

**Università Ca' Foscari  
Scuola Dottorale di Ateneo  
Graduate School**

**Dottorato di ricerca  
in Storia sociale europea dal Medioevo all'età contemporanea**

**Ciclo 26  
Anno di discussione 2014**

***La psichiatria coloniale italiana  
Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni  
1906-1952***

**Settore scientifico disciplinare di afferenza: M-STO/04**

**Tesi di Dottorato di Marianna Scarfone, matricola 955815**

**Coordinatore del Dottorato  
Dottoranda**

**Prof. Mario Infelise**

**Dottoranda**

**Tutrice della**

**Prof. Bruna Bianchi**

**Co-tutrice della**

**Prof. Isabelle von  
Bultzingsloewen**

## Sommario

Introduzione	5
Ringraziamenti	26
<b>Prima parte.</b>	
<b>Le grandi potenze coloniali di fronte alla questione psichiatrica: i modelli di Gran Bretagna e Francia</b>	<b>27</b>
<i>1. L'assistenza psichiatrica nell'Impero britannico</i>	<i>29</i>
L'inchiesta del 1863 su "Colonial Hospitals and Lunatic Asylums"	29
Focus sull'Africa	35
Egitto	35
Sud Africa	39
L'Africa Occidentale e l'inchiesta del 1936 "to advise on treatment of lunatics"	46
L'Africa Orientale e la "East Africa School of Psychiatry"	62
<i>2. L'assistenza psichiatrica nelle colonie francesi</i>	<i>72</i>
Prime ricognizioni sulla malattia mentale in Africa e in Oriente dalla metà dell'Ottocento	72
Il trattamento della malattia mentale nelle colonie come problema	87
Antoine Porot e l'Ecole d'Alger	102
<b>Seconda parte.</b>	
<b>Origini e sviluppi della psichiatria nelle colonie italiane: Eritrea, Somalia, Libia ed Etiopia</b>	<b>113</b>
<i>1. La psichiatria nei possedimenti italiani del Corno d'Africa: tappe e problemi</i>	<i>115</i>
<i>1.1. I primi studi: ipotesi, progetti, statistiche</i>	<i>115</i>
Primi cenni di psichiatria etnografica tra gli specialisti italiani	115
L'inchiesta su "La pazzia fra i popoli non europei": dati su Eritrea e Benadir	126
Lo studio di riforma carceraria in Eritrea e la "Sezione speciale per alienati"	131
Malattie nervose e mentali nelle "Note di patologia etiopica" del dottor Bevilacqua	133
Il dottor Alberto Mochi e l'idea di creare dei villaggi per alienati in Eritrea	137

<i>1.2. L'adattamento ambientale dei bianchi e i disturbi mentali</i>	141
L'approccio al problema nelle relazioni sanitarie	141
La questione dell'adattamento esposta al primo Congresso coloniale (1931)	146
“La nevrastenia sotto i tropici”: per una profilassi e una terapia corrette	148
“I falliti morali dell'adattamento”	151
I malati psichiatrici inviati al manicomio di Napoli	153
<i>1.3. Indagini sulle patologie mentali indigene</i>	167
Patologie mentali e psicologia gli indigeni	167
La malattia del Latah in Africa Orientale	168
La scoperta della “malattia del diavolo” tra gli ascari	172
Nesso tra psicologia primitiva e manifestazioni psicotiche	182
Un ritorno d'interesse per la criminologia etnica	190
<i>1.4. Interrogativi e soluzioni per l'assistenza psichiatrica in loco</i>	205
La legislazione sanitaria per le colonie e i reparti psichiatrici ospedalieri	205
Luigi Cabitto e la necessità di “istituire al più presto degli ospedali psichiatrici” in AOI	208
L'idea di assistenza psichiatrica in loco resta un “pio desiderio”	213
<b><i>2. L'assistenza psichiatrica nella Libia italiana: fasi e protagonisti</i></b>	<b>217</b>
<i>2.1. Dai propositi costruttivi alla soluzione di ripiego (1911-1912)</i>	217
Lettere dalla campagna di Libia per i «Quaderni di psichiatria»	217
Lettere sanitarie da Tripoli nelle pagine della «Gazzetta delle Cliniche e degli Ospedali»	222
L'Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli	226
Il dottor Luigi Scabia dal manicomio di Volterra a Tripoli	236
Le proposte di Scabia per un sistema di assistenza psichiatrica in loco	243
Il ridimensionamento delle ambizioni di Scabia e la fine dell'esperienza tripolina	250
Il trasferimento dei pazienti al manicomio di Palermo	258
Il dottor Pietro Paolo Fusco a capo della sezione psichiatrica dell'ospedale coloniale	262
<i>2.2. L'alienazione mentale tra i militari nella fase italo-turca della guerra di Libia</i>	269
L'officina della guerra prima della Grande Guerra	269
Il connubio tra psichiatria militare e psichiatria coloniale nell'ambito francese	276
L'organizzazione della psichiatria militare italiana a partire dalla guerra di Libia	279
Anormali, amorali e criminali in guerra: classificazioni e perizie	284

Il peso del fattore emotivo in guerra: paura, emozioni, shock	290
Casi di nevrosi tra i soldati: esaurimento, depressione, mutismo	297
Militari rimpatriati dalla Libia e curati all'Ospedale di Catania	301
Soldati indigeni ricoverati al manicomio di Palermo	305
<i>2.3. Cartelle cliniche del manicomio di Palermo</i>	<i>311</i>
<i>2.4. Il primo studio sistematico di psichiatria coloniale in Italia: i "Frammenti" di Angelo Bravi</i>	<i>332</i>
Traiettorie biografica e carriera di Angelo Bravi	332
La pubblicazione dei "Frammenti di psichiatria coloniale"	346
Esiste una psichiatria coloniale ?	350
Con quali difficoltà si scontra lo psichiatra coloniale?	354
Quali sono i caratteri costanti della psicologia normale e patologica degli indigeni?	361
Oltre la norma fisiologica e l'eccesso psicopatologico: la criminalità indigena	369
L'appello di Bravi "a quanti si occupano di Psichiatria Coloniale"	379
<i>2.5. Tra anni Trenta e Quaranta: l'assistenza psichiatrica in loco</i>	<i>384</i>
L'organizzazione psichiatrica libica al Congresso italiano di psichiatria del 1937	384
Gli istituti di prevenzione e pena e l'Ospedale psichiatrico	388
La direzione del reparto psichiatrico ospedaliero per nazionali e il manicomio per libici	392
Il manicomio per Libici: "quanto di più perfetto la scienza psichiatrica suggerisce"	398
Verso un'assistenza psichiatrica capillare: il reparto ospedaliero e il dispensario	403
La "Occupied enemy territory administration" e il neuropsichiatra Mario Felici	406
<i>2.6. Un caso clinico: "temperamento paleopsicologico e psicosi di civilizzazione"</i>	<i>419</i>
Conclusioni	437
Fonti e bibliografia	443



## Introduzione

Il presente lavoro intende ricostruire le origini e gli sviluppi della psichiatria nelle colonie italiane, ovvero indagare in quali momenti medici e funzionari impegnati nella missione civilizzatrice si accorgono della presenza di uomini e donne affetti da forme diverse di alienazione mentale e percepiscono tale presenza come un problema di fronte al quale reagire predisponendo soluzioni.

Si tratta in primo luogo di alienati indigeni: sono soprattutto quelli venerati all'interno delle proprie comunità di appartenenza, ossia trattati in una maniera del tutto insolita agli occhi di un europeo, insieme a quelli che vagano nelle città, a destare la maggiore attenzione degli osservatori e a costituire il materiale delle prime descrizioni. Sono anche quelli già rinchiusi in luoghi ad essi adibiti dalle autorità precedenti a passare forzatamente sotto lo sguardo dei nuovi occupanti. Sono infine quelli che via via si presentano alle nuove autorità in ragione della creazione di servizi più o meno specifici, o che le nuove autorità per motivi diversi – non ultimo il mantenimento dell'ordine pubblico, unità di misura della necessità di cura – decidono di internare.

In un panorama antropico e sociale comunque esotico e sconosciuto, collocare queste figure in un posto rassicurante – un luogo fisico e una casella della mappa mentale e operativa dell'osservatore – richiede un'attenzione specifica da parte di chi di esse si accorge, che poi può essere declinata in modo negativo – nascondere, isolare, negare l'esistenza di questi soggetti – o positivo, ovvero far seguire alla scoperta la cura, paternalistica o talora disinteressata, mirante all'esportazione e alla promozione di una scienza e alla celebrazione del “progresso”, finalizzata all'ostensione della propria bontà e della bontà, in ogni ambito, del sistema del dominio dell'europeo sull'africano e dei mezzi di attuazione di tale egemonia nella società civile.

Ma gli alienati in colonia sono anche italiani: per i coloni viene creata la diagnosi di nevrastenia sotto i tropici, l'indebolimento dei nervi dovuto a fattori diversi – l'allontanamento dalla casa, dagli affetti, la fatica dell'adattamento, la nostalgia, il calore eccessivo, la spossatezza – che risulta in atteggiamenti insoliti, in

aggressività, in senso di frustrazione, depressione e persecuzione<sup>1</sup>; naturalmente questa etichetta si somma alle molteplici categorie diagnostiche psichiatriche coniate nel corso dei secoli in contesti europei, che non vanno comunque escluse sotto i tropici.

Non solo i civili finiscono sotto lo sguardo del medico: anche i militari, forse in maniera più sistematica. In una compagnia militare il disturbo del soldato, italiano o indigeno che sia, è rilevato dal medico di truppa o dell'ospedale da campo, tanto più se il sanitario ha competenza psichiatrica. E ciò ha buone probabilità di verificarsi in anni in cui, persino prima della Grande Guerra, e sull'esempio di altre potenze coloniali, la psichiatria militare si occupava, ancor prima di quella civile, degli effetti delle missioni in terre lontane, sconosciute, nemiche e impervie, sulla psiche degli individui, dei soldati nel caso specifico<sup>2</sup>.

I soggetti che ho ora descritto a rapide pennellate non sono gli unici protagonisti sulla scena dell'assistenza psichiatrica coloniale. Oltre ai pazienti, vi sono i medici, mentre sullo sfondo restano gli amministratori e i decisori politici, le famiglie e le comunità di provenienza dei pazienti. Nel caso di medici ospedalieri, medici di battaglione, dottori degli ambulatori o delle postazioni nelle più remote località coloniali, essi interagiscono direttamente con i pazienti: li visitano, li osservano, li hanno in cura, dialogano o provano a comunicare con i mezzi linguistici a loro disposizione (lo studio e l'assiduità, un interprete o un infermiere indigeno), fanno prognosi, impongono categorie diagnostiche, deliberano in merito e contemporaneamente costruiscono la loro "carriera" di malati, li inviano in istituti

---

<sup>1</sup> Su questo tema cfr. D. Kennedy, *The Perils of the Midday Sun: Climatic Anxieties in the Colonial Tropics*, in J. M. MacKenzie (a cura di), *Imperialism and the Natural World*, Manchester University Press, 1990; D. N. Livingstone, *Tropical Climate and Moral Hygiene: The Anatomy of a Victorian Debate*, «The British Journal for the History of Science», 32, 1, 1999; W. Anderson, *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*, Duke University Press, Durham-London 2006, in partic. *The White Man's Psychic Burden*, pp. 130-157; A. Crozier, *What Was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa*, «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 64, 4, 2009, pp. 518-548; W. Jackson, *Madness and marginality. The lives of Kenya's white insane*, Manchester University Press, Manchester-New York 2013.

<sup>2</sup> Cfr. il caso della Francia, dove i medici militari furono i primi ad occuparsi delle forme psichiatriche coloniali. Nell'articolo *La neuropsychiatrie dans la Marine* («Archives de médecine navale et coloniales», gennaio 1910, pp. 35-72 e febbraio 1910, pp. 81-114) lo psichiatra Hesnard afferma che "la scienza della psichiatria militare è stata creata a Bordeaux da Régis e dai suoi allievi: de Belval, Duponchel, Catrin, Granjux, Simonin, Boigey, Famechon, Chavigny, Jude, Rebierre".

di assistenza ad hoc o li lasciano nelle mani delle famiglie o delle comunità. Vi sono poi medici che pur non interagendo coi pazienti, agiscono in maniera più o meno diretta sul loro destino: essi studiano le soluzioni tecniche e pratiche per la custodia e la cura, affiancati sostenuti o disincentivati dai politici e dagli amministratori, finendo col deciderne la collocazione come gruppo umano con caratteri particolari (la patologia, l'anormalità). Vi sono infine i medici che, talvolta con dati di seconda mano e scarso contatto con gli individui, elaborano teorie sul paziente "tipo" africano, nordafricano, libico, arabo, ebreo; sulla mentalità e sulle mancanze, che accade di naturalizzare da un lato (inevitabile marchio di uno stadio primitivo dell'umanità) o di culturalizzare dall'altro (usi e abitudini radicati, diffusi, contagiosi, segno di orizzonte simbolico remoto, incomprensibile, da imbrigliare e sradicare).

Come si colloca lo storico di fronte a queste figure, a queste interazioni? Può tratteggiare appunto alcune "carriere" come suole dirsi – tanto di pazienti quanto di medici – che si possano considerare esemplari, o illustrarne alcuni frammenti, data la limitatezza delle fonti. Attraverso documenti preziosi come le cartelle cliniche è possibile rievocare le traiettorie dei pazienti, raccontare storie di vita e fissare dei punti ricorrenti nelle diverse esperienze; ma anche scorgere le evoluzioni della scienza psichiatrica e della tecnica manicomiale in colonia come in madrepatria. Analizzando forma e contenuto di dette cartelle e dei documenti che le accompagnano, è possibile svelare le interpretazioni peculiari di scienza e tecnica da parte di alcuni medici di cui sia possibile riconoscere la paternità degli scritti presenti nei dossier dei pazienti. Inoltre, grazie alla documentazione privata di alcuni sanitari coloniali è possibile cogliere le ragioni che spingevano gli specialisti "oltremare" e, attraverso la letteratura psichiatrica del periodo preso in esame, ricostruire gli scambi e le ispirazioni che alimentavano l'attività degli psichiatri in colonia. Anche le traiettorie dei medici possono dunque in alcuni casi essere tracciate e presentano alcuni snodi significativi per comprendere le evoluzioni dell'assistenza psichiatrica in colonia, consentendo talora di ricostruire network scientifici che mettevano in comunicazione gli "oltremare" di diverse potenze europee.

Il presente lavoro si inserisce in un filone di studi emerso negli ultimi decenni, anche se la messa in questione della psichiatria coloniale e l'interesse per le sue origini e i suoi sviluppi sono precedenti. Nascono infatti sull'onda delle denunce fanoniane dell'esperienza psichiatrica come specchio dell'esperienza coloniale *tout court*; i dispositivi di dominio in gioco nella relazione psichiatrica – il mancato riconoscimento dell'individualità dell'altro, la sua spersonalizzazione, la privazione della parola, l'attitudine impositiva, classificatoria e normativa<sup>3</sup> – sono, secondo Frantz Fanon, aspetti innegabilmente costitutivi della relazione coloniale. Con la sua denuncia delle teorie psicologiche razziste e discriminatorie della Scuola di Algeri e delle pratiche diagnostiche e cliniche da esse derivanti<sup>4</sup>, lo psichiatra martinicano è senza dubbio il pioniere di una riflessione storico-critica sulla psichiatria coloniale<sup>5</sup>. La fortuna di Fanon si colloca, nell'immediato, sul piano della denuncia sociale e politica, mentre le sue riflessioni sulla psichiatria coloniale hanno “poca eco nell'ambiente psichiatrico”<sup>6</sup>, sia nell'attività clinica sia nella pratica di rilettura critica del passato della disciplina. Solo verso la fine degli anni Settanta appaiono i primi articoli e le prime tesi universitarie che sondano gli sviluppi coloniali della disciplina psichiatrica e delle sue istituzioni. L'interesse nasce dall'interrogazione di psichiatri impegnati nei paesi di recente decolonizzazione o che, pur operando in Europa, avvertono l'esigenza di tornare criticamente su una disciplina che, proprio con la colonizzazione, ha superato i limiti geografici ed epistemologici della sua origine.

---

<sup>3</sup> Così si esprime Fanon nella Lettera al ministro residente in cui annuncia le proprie dimissioni dal manicomio di Blida in Algeria (ora in *Opere Scelte*, a cura di Giovanni Pirelli, vol. I: *Acculturazione e cultura nazionale. Medicina, colonialismo e guerra di liberazione. Sociologia di una rivoluzione*, Einaudi, Torino 1971, pp. 103-106): “Se la psichiatria è la tecnica medica che si propone di consentire all'uomo di non essere più estraneo al suo ambiente, ho il dovere di dichiarare che l'arabo, alienato cronico nel proprio paese, vive in uno stato di totale spersonalizzazione”, p. 104.

<sup>4</sup> Guidata dallo psichiatra Antoine Porot, conta numerosi allievi (Don Come Arrii, Jean Sutter, Henri Aubin) e produce – oltre a numerose tesi e articoli di psichiatria, psicologia e criminologia nordafricana – un manuale utilizzato a lungo nelle università francesi: Antoine Porot, *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris 1952, con sezioni dedicate alla psicopatologia dell'indigeno nordafricano.

<sup>5</sup> Cfr. in partic. F. Fanon, *Syndrome nord-africain*, «Esprit», 2, 1952, pp. 248-257; *Peau noire, masques blancs*, Paris, Seuil, 1952; *Réflexions sur la ethnopsychiatrie*, «Consciences Maghrébines», 3, 1955, pp. 1-2; *Les damnés de la terre*, Maspero, Paris 1961. Anche i due articoli sono ora tradotti in italiano in F. Fanon, *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale* (a cura di R. Beneduce), Ombre Corte, Verona 2011.

<sup>6</sup> R. Collignon, *Quelques propositions pour une histoire de la psychiatrie au Sénégal*, «Psychopathologie africaine», 2, 1976, pp. 245-273 (253).

Tale messa in questione trova dunque terreno fertile in contesti di rinnovamento della psichiatria in ambito africano: è il caso di alcuni esponenti del gruppo di psichiatri, antropologi, e psicologi operanti a Dakar a partire dagli anni Sessanta del Novecento intorno a Henri Collomb. L'interrogativo sulla storia della psichiatria nelle colonie raggiungerà i dipartimenti universitari solo negli anni Ottanta: gli approcci si affinano e si moltiplicano; a partire dall'impero britannico, differenti paesi e regioni diventano oggetto di approfondimento in questo senso; la categoria di razza viene indagata nel discorso più ampio prodotto dalle discipline psichiatriche e antropologiche; la prospettiva di genere acquisisce un posto di rilievo in un contesto dove i livelli di subalternità si sommano e si articolano: i motivi di alterità rispetto al colonizzatore – colore della pelle, ruolo sociale – sono aggravati (o in una certa misura annullati?) da una variabile ulteriore: il disturbo mentale. Se già una differenza mentale – nello stato psichico normale – è alla base della sottomissione al bianco, naturalizzata proprio in ragione del deficit proclamato di intelligenza, di sviluppo, di capacità di crescita e di autogoverno che legittima tale sottomissione, che ruolo gioca l'ulteriore “differenza” data dalla malattia mentale? Se l'adulto indigeno<sup>7</sup> ha lo stesso sviluppo cerebrale di un bambino europeo, che ne è dell'indigeno con disturbi psichiatrici?

Nel 1973 lo psichiatra Henri Collomb<sup>8</sup>, nell'articolo *Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone*<sup>9</sup>, affronta il tema della psichiatria del periodo coloniale all'interno di un discorso più ampio volto a legittimare e a gettare le basi di una “nuova psichiatria” nel contesto senegalese, dove da quindici anni dirigeva una

---

<sup>7</sup> Va precisato che non c'è un indigeno generico, ma popolazioni diverse occupano diversi gradini della scala evolutiva, una cosa è il Nord Africa, altra è l'Africa orientale, ad esempio; e, per la Libia, diverso è l'israelita dall'arabo. Si potrebbero discutere i criteri di tali distinzioni.

<sup>8</sup> Henri Collomb, fondatore della cosiddetta scuola di Dakar, che aveva la sua sede presso l'ospedale psichiatrico di Fann, è uno dei primi psichiatri a interessarsi alle pratiche terapeutiche praticate in Africa (lui lavora in Senegal), mosso dalla volontà di integrare tecniche e concezioni mediche occidentali con quelle locali. Arriva nel 1958 a Dakar come primario di neuropsichiatria e titolare di quella cattedra alla facoltà di medicina, creata in quell'anno, dopo aver prestato il proprio servizio come medico militare a Gibuti, in Etiopia e in Estremo Oriente. Su Collomb: R. Arnaut, *La folie apprivoisée: L'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie*, De Vecchi, Paris 2006; M. Boussat, *A propos de Henri Collomb (1913-1979): De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières*, «L'autre: cliniques, cultures, sociétés», 3, 2002, pp. 411-424.

<sup>9</sup> H. Collomb, *Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone*, «The African journal of psychiatry», 2, 1975, pp. 87-115.

clinica psichiatrica. A suo parere “l’interesse di una storia della psichiatria consiste nella possibilità di comparare la psichiatria tradizionale, quella dei guaritori, e la psichiatria moderna, importata dall’estero, all’interno di un campo specifico comune”<sup>10</sup>. Questo è infatti il progetto che Collomb porta avanti all’ospedale di Fann, per trasformarlo da manicomio, cronicario di relitti umani, luogo e mezzo di imposizione di modelli di cura e controllo della malattie mentale importati senza mediazione dall’Europa, a luogo di cura dove grazie all’interazione tra pazienti, famiglie, medici e guaritori sia possibile seguire il corso della malattia in un ambiente protetto e in una certa misura noto, restituendo ai soggetti un orizzonte di senso entro cui muoversi in maniera libera e costruttiva, tra modelli non mutualmente escludentisi bensì complementari.

È René Collignon, psicologo e antropologo dell’équipe etnopsichiatrica guidata da Collomb a Dakar, a condurre per primo una riflessione di carattere storico intorno alla fase coloniale della psichiatria africana, promuovendo in tal modo una possibile e auspicabile storiografia della psichiatria coloniale, che potrebbe rivelarsi un antidoto ad agiti irriflessi e un bagaglio fondamentale (la conoscenza e il ritorno critico sulle proprie “radici”) per qualsiasi disciplina che proclami una propria autonomia, benché frutto – come l’etnopsichiatria – di una collaborazione interdisciplinare<sup>11</sup>. Partendo dalla constatazione della mancanza di una riflessione storico-critica della disciplina psichiatrica su se stessa in contesto coloniale, avanza *Quelques propositions pour une histoire de la psychiatrie au Sénégal*<sup>12</sup>. Le sue

---

<sup>10</sup> Ivi, p. 107.

<sup>11</sup> Cfr. Georges Devereux, *Essais d’ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris 1970, in partic. *Chapitre premier: Normal et anormal*. “In quanto scienza interdisciplinare, l’etnopsichiatria considera congiuntamente i concetti chiave e le problematiche di base dell’etnologia e della psichiatria. Non può accontentarsi di prendere in prestito le tecniche di indagine e di spiegazione dell’una e dell’altra. C’è in effetti, una differenza metodologica fondamentale tra il prendere in prestito semplicemente le tecniche e la fecondazione reciproca dei concetti. Le scienze davvero interdisciplinari sono il prodotto di una fecondazione reciproca dei concetti chiave che sottendono ciascuna delle discipline coinvolte. Quale scienza autonoma, l’etnopsichiatria – ovvero l’etnologia psichiatrica e la psichiatria etnologica (l’etichetta è in funzione dell’uso che viene fatto di questa scienza interdisciplinare ‘pura’) – si sforzerà di confrontare e coordinare il concetto di ‘cultura’ con la coppia concettuale normalità-anormalità”, pp. 1-2.

<sup>12</sup> R. Collignon, *Quelques propositions*, cit. Pubblicato su «Psychopathologie africaine», la rivista di cui la “Société de Psychopathologie et d’Hygiène mentale de Dakar” si dota dal 1965, il saggio muove da un’esigenza che è – prima ancora che degli storici – degli psichiatri, degli antropologi e degli psicanalisti che lavorano con Henri Collomb. Secondo Collignon, “il ritorno critico sulle condizioni

proposte in direzione di un recupero storico-critico delle vicende della psichiatria nei paesi colonizzati restano però lettera morta nel contesto francese sino alla fine degli anni Ottanta e ai primi anni Novanta, quando vengono pubblicati altri contributi scritti da psichiatri o psicanalisti che esercitano la professione e contemporaneamente, mossi da forti motivazioni personali, si dedicano alla ricerca storica<sup>13</sup>. A metà degli anni Novanta la rivista «Psychopathologie Africaine» sotto la direzione di Collignon promuoverà il tema delle origini dell'etnopsichiatria, percorrendo alcune pagine della psichiatria coloniale degli inizi del XX secolo<sup>14</sup>.

---

storiche dello sviluppo di una produzione scientifica nel campo che andrà progressivamente specificandosi come quello dell'etnopsichiatria accusa un certo ritardo". Il ritardo in tal senso è misurato nel confronto con altre discipline, come la sociologia e l'antropologia che, sviluppatesi anch'esse in notevole misura in concomitanza con l'avventura coloniale europea, si sarebbero mostrate maggiormente disposte in seguito alla decolonizzazione a fare i conti con la propria storia, al fine di decolonizzare i contenuti di cui erano portatrici. In particolare "ad oggi, una rivalutazione globale dell'eredità psichiatrica coloniale basata su una documentazione davvero conseguente, in grado di aggiornare il contesto istituzionale, ideologico, teorico e pratico dell'intervento degli psichiatri in Africa, ancora manca", pp. 253-254.

<sup>13</sup> Si tratta in particolare di testi sulla storia della psichiatria nel Maghreb francese: J.M. Bégué, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie 1830-1939*, Paris 1989; R. Berthelier, *L'homme maghrebin dans la littérature psychiatrique*, L'Harmattan, Paris 1991; J. Bennani, *La Psychanalyse au pays des Saints. Les débuts de la psychanalyse et de la psychiatrie au Maroc*, Le Fennec, Casablanca 1996.

<sup>14</sup> Alla metà degli anni Novanta la rivista «Psychopathologie Africaine» introduce nelle sue pagine interessanti rassegne di approfondimento tematico: la prima esplora la storia della psichiatria in Africa, analizzando i casi della Nigeria inglese, del Senegal francese e della Tanzania tedesca, con i contributi di A. Boroffka, *Psychiatric care in Nigeria*, «Psychopathologie africaine», 1995-1996, 1, pp. 27-36; R. Collignon, *Some reflections on the history of psychiatry in French speaking West Africa. The Example of Senegal*, pp. 37-51; A. Diefenbacher, *The implementation of the lunatic asylum in Africa. The example of the colony of German East Africa*, pp. 53-65. La seconda, dal titolo *Psychiatrie, histoire et altérité*, propone ai lettori il testo di Emil Kraepelin del 1904 *Vergleichende Psychiatrie*, considerato iniziatore della psichiatria comparata: E. Kraepelin, *Vergleichende Psychiatrie*, «Psychopathologie africaine», 1995-1996, 2-3, pp. 259-263. Nel numero di «Psychopathologie Africaine» del 1997 viene offerta ai lettori una riflessione sul rapporto presentato da Reboul e Régis al congresso degli alienisti francesi riunito a Tunisi nel 1912 su *L'assistance des aliénés aux colonies*, ritenuto il testo fondatore della psichiatria coloniale francese: J.M. Bégué, *Génèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française: le rapport Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912*, «Psychopathologie africaine», 1997, 2, pp. 177-220. La rivista fornisce infine una corposa bibliografia critica, raccolta e annotata da Collignon, intitolata *Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée dans les Annales médico-psychologiques*: R. Collignon, *Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée dans les Annales médico-psychologiques. Essai de bibliographie annotée, 1. De la création de la revue jusqu'à la veille de la Deuxième Guerre mondiale (1843-1939)*, «Psychopathologie africaine», 1995-1996, 2-3, pp. 265-296; 2. *De la Deuxième Guerre mondiale à la décolonisation (1940-1962)*, ivi, pp. 297-326; *Du lendemain des indépendances des anciennes colonies françaises à aujourd'hui (1963-1996)*, «Psychopathologie africaine», 1997, 2, pp. 221-269. Un decennio dopo questo interessamento manifestato sulle pagine di «Psychopathologie africaine», Collignon riprende il tema affrontando, in prospettiva comparata, *La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal*, «Revue Tiers Monde», 187, 2006, pp. 527-546.

La storiografia universitaria sarà ugualmente percorsa da un interesse per la storia della psichiatria in ambito coloniale, a partire dal mondo anglosassone. Con l'articolo del 1983 *Idioms of Madness: Zomba Lunatic Asylum, Nyasaland in the Colonial Period*<sup>15</sup>, Megan Vaughan inaugura un filone storiografico che richiamerà diversi studiosi interessati a indagare le dinamiche di dominio-subalternità esercitate attraverso la pratica psichiatrica in contesto coloniale. La storica inglese suggerisce come nelle dinamiche di funzionamento e di internamento in una struttura di custodia e cura psichiatrica, si possano scorgere i conflitti di ordine politico, sociale e culturale che caratterizzano la situazione coloniale; avendo ben presente tuttavia che in Africa, ad esempio, non si è mai avuto il “grande internamento” che Foucault descrive per la realtà occidentali<sup>16</sup>. Vaughan pone al centro una questione che resta pertinente per tutte le ricerche sulla psichiatria coloniale: di che grado si allontana l'alienato coloniale rispettivamente dalle due forme di alienazione o diversità di cui è portatore, ovvero l'alienazione mentale quanto lo fa essere più diverso di quanto non lo sia per altri fattori? Nella percezione dell'europeo che crea e applica, adattandola in parte, la classificazione ai popoli in cui si imbatte, quanto incide l'alienazione mentale nel suo sommarsi a un'alienazione primaria, palese e ancor meno “curabile” o “educabile” (ovvero la supposta inferiorità che giustifica la soggezione)? Il colore della pelle, le tradizioni culturali, l'organizzazione sociale differiscono in primo luogo; solo secondariamente si avverte l'alienazione mentale ad approfondire questa distanza percepita come essenziale e costitutiva del diverso posizionamento nell'evoluzione umana.

Numerosi studiosi proseguiranno nella direzione indicata da Vaughan – in base a cui la psichiatria è un sito privilegiato per indagare il rapporto tra sapere e potere durante il colonialismo – approfondendo lo studio di diverse realtà africane: il Sud Africa<sup>17</sup>, la Nigeria<sup>18</sup>, la Sierra Leone<sup>19</sup>, l'Africa orientale<sup>20</sup>, oppure fornendo

---

<sup>15</sup> M. Vaughan, *Idioms of madness: Zomba Lunatic Asylum, Nyasaland, in the Colonial Period*, «Journal of Southern African Studies», 1983, 9, pp. 218-238.

<sup>16</sup> Cfr. M. Vaughan, *The Madman and the Medicine: Colonial Psychiatry and the Theory of Deculturation*, in Ead. *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*, Polity Press, Cambridge 1991, pp. 100-128 (101).

<sup>17</sup> Diversi lavori di ricerca sono stati compiuti a questo proposito: Henriette Deacon, *A history of the medical institutions on Robben Island, Cape Colony, 1846-1910*, PhD Cambridge University 1994; Sally

un resoconto delle teorie, cui gli psichiatri coloniali hanno ampiamente contribuito, sull'*African Mind*, all'incrocio tra disciplina psichiatrica, antropologia e concezioni razziste<sup>21</sup>. Mentre Vaughan affronta la storia della psichiatria in Africa, Waltraud Ernst si occupa dell'India, pubblicando nel 1985 il primo saggio sul trattamento dei pazienti europei nel periodo della Compagnia delle Indie<sup>22</sup> e nel 1991 il libro più ampio sullo stesso tema<sup>23</sup>. Negli anni successivi Ernst approfondisce da un lato le pratiche mediche indigene in India, dall'altro la relazione tra pazienti psichiatrici internati – considerati nella loro soggettività, ma oggettivati nelle fonti, nelle cartelle cliniche e nel discorso medico – e le modalità del potere coloniale<sup>24</sup>. Il suo ultimo

---

Swartz, *Colonialism and the production of psychiatric knowledge at the Cape 1891-1920*, PhD University of Cape Town 1996; Felicity Swanson, *'Of unsound mind': a history of three Eastern Cape mental institutions, 1875-1910*, MA University of Cape Town 2001; Lynette Jackson, *Surfacing up: madness, institutionalization and colonial order in colonial Zimbabwe*, PhD Columbia University, New York 2001 (in seguito pubblicato con il titolo: *Surfacing up: Psychiatry and Social Order in Colonial Zimbabwe 1908-1968*, Cornell University Press, Ithaca-London 2005); Julie Parle, *States of mind: mental illness and the quest for mental health in Natal and Zululand*, PhD University of KwaZulu-Natal 2004; T. F. Jones, *'Disordered' states: views about mental disorder and the management of the mad in South Africa, 1939-1989*, PhD Queen's University, Kingston, Ontario 2004.

<sup>18</sup> J. Sadowsky, *Imperial Bedlam. Institution of Madness in Colonial Southwest Nigeria*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1999; Id., *The Confinements of Isaac O.: A Case of "Acute Mania" in Colonial Nigeria*, «History of Psychiatry», 7, 1996, pp. 91-112; Id., *Psychiatry and Colonial Ideology in Nigeria*, «Bulletin of the History of Medicine», 1997, 1, pp. 94-111; Id., *Symptoms of Colonialism: Content and Context of Delusion in Southwest Nigeria, 1945-1960*, in R. Barrett, J. Jenkins (a cura di) *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge University Press, Cambridge 2003; *Confinement and Colonialism in Nigeria*, in R. Porter, D. Wright (a cura di) *The Confinement of the Insane, 1800-1965: International Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.

<sup>19</sup> Leland V. Bell, *Mental and Social Disorder in Sub-Saharan Africa: The Case of Sierra Leone, 1787-1990*, New York 1991; aveva già scritto: *Treating the mentally ill: from colonial times to present*, Praeger, New York 1980.

<sup>20</sup> S. Mahone, *Psychiatry in the East African Colonies: A Background to Confinement*, «International Review of Psychiatry», 18, 2006, 4, pp. 327-32; Ead., *The Psychology of Rebellion: Colonial Medical Responses to Dissent in British East Africa*, «Journal of African History», 47, 2006, 2, pp. 241-58.

<sup>21</sup> J. McCulloch, *Colonial Psychiatry and the African Mind*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.

<sup>22</sup> W. Ernst, D. Kantowsky, *Mad Tales from the Raj*, «Society», 22, 1985, pp. 31-38.

<sup>23</sup> W. Ernst, *Mad Tales from the Raj: the European Insane in British India, 1800-1858*, Routledge, New York 1991.

<sup>24</sup> Tra i suoi saggi e articoli si ricordano: *Asylums in alien places*, in W. Bynum, M. Shepherd e R. Porter (a cura di), *Anatomy of Madness*, Tavistock, London 1988, pp. 48-70; *Doctor-patient interaction in British India: a case of "intellectual insanity"*, «History of Psychiatry», 1, 1990, pp. 207-22; *Racial, social and cultural factors in the development of a colonial institution: the Bombay Lunatic Asylum, 1670-1858*, «International Quarterly for Asian Studies», 1-2, 1992, pp. 61-80; *European madness and gender in nineteenth-century British India*, «Social History of Medicine», 9, 1996, pp. 357-82; *Idioms of madness and colonial boundaries*, «Comparative Studies in Society and History», 39, 1997, 1, pp. 153-81; *Colonial policies, racial politics and the development of psychiatric institutions in early nineteenth-century British India*, in W. Ernst, B. Harris (a cura di), *Race, Science and Medicine*, Routledge, London 1999, pp. 80-100; *Colonial policies and the Madras Lunatic Asylum in the early nineteenth century*, in M. Harrison, B. Pati (a cura di),

libro, *Colonialism and transnational psychiatry*<sup>25</sup>, la conferma quale massima esperta della storia della psichiatria del subcontinente indiano.

La storiografia sulla psichiatria coloniale francese, come accennato, è stata a lungo terreno degli psichiatri; solo negli anni Duemila appare sulla scena uno storico: si tratta dello studioso americano Richard Keller che nel 2007 pubblica *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*<sup>26</sup>. Si tratta di un testo innovativo e ricco di ipotesi originali: la colonia come sito della sperimentazione e dell'innovazione nel campo psichiatrico; come luogo di negoziazione e riconoscimento per gli psichiatri metropolitani in vista di una riaffermazione del loro ruolo professionale; la psichiatria coloniale come dispositivo definitorio di identità per contrapposizione, e come spazio dove si rivela, articolandosi a partire da aspetti sia intimi-individuali che collettivi-istituzionali, la dialettica dominio-resistenza. Le risposte che Keller ha elaborato, alla luce dei documenti relativi alla psichiatria nel Maghreb francese nell'ultimo secolo, hanno inizialmente mosso alcuni degli interrogativi alla base del mio lavoro: le colonie italiane sono state ugualmente, in quest'ambito, un sito di sperimentazione? E per gli alienisti della penisola, come singoli e come rappresentanti di una disciplina ancora molto legata alle mura manicomiali, hanno rappresentato un luogo di affermazione? Quanto sulla dialettica tra dominatore e subalterno – considerata nella sua declinazione coloniale – può avere incidenza la fattispecie psichiatrica?

A conferma del clima di fermento storiografico degli ultimi decenni, vi sono due contributi che meritano menzione, diversissimi ma utili a tracciare direzioni, se non inedite, quanto meno minoritarie nel campo di ricerca qui affrontato: da un

---

*Medicine and Empire*, Orient Longman, Hyderabad 2001, pp. 137-165; *Colonial psychiatry, magic and religion*, «History of Psychiatry», 2004, 1, pp. 57-71; *Madness and Colonial Spaces. British India, 1800-1947*, in L. Topp, J. Moran, J. Andrews (a cura di), *Madness, Architecture and the Built Environment*, Routledge, London 2007; *'Colonial' and 'Modern' Psychiatry in British India. Treatments at the Indian Mental Hospital at Ranchi, 1925-1940*, in W. Ernst, T. Müller (a cura di), *Transnational Psychiatries*, Cambridge Scholars, Newcastle 2010.

<sup>25</sup> W. Ernst, *Colonialism and transnational psychiatry. The development of an Indian Mental Hospital in British India 1925-1940*, Anthem Press, London 2013.

<sup>26</sup> R. Keller, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, University of Chicago Press, Chicago 2007. Tra gli articoli: R. Keller, *Madness and Colonization. Psychiatry in the British and French Empires 1800-1962*, «Journal of Social History», 35, 2001, pp. 295-326; Id., *Pinel in the Maghreb: Liberation, Confinement and Reform in French North Africa*, «Bulletin of the History of Medicine», 79, 2005, pp. 459-499.

lato, per l'approccio di genere che privilegia, una tesi di dottorato (*The Hidden Patients: North African Women seen by Colonial Psychiatry, 1883-1962*)<sup>27</sup> e dall'altro, per il pubblico ampio di lettori cui si rivolge, il breve articolo a carattere divulgativo apparso in uno dei «Grands Dossiers des Sciences Humaines» – dedicato a *L'histoire des troubles mentaux*, e non ai disturbi mentali *tout court* – intitolato *Psychiatrie coloniale: des préjugés tenaces*<sup>28</sup>; entrambi propongono indirizzi in parte inediti: il focus sulle pazienti indigene e la volontà di far conoscere il tema della psichiatria coloniale fuori dagli steccati accademici.

Vanno ugualmente segnalati due volumi collettanei: *Psychiatry and Empire*<sup>29</sup> e *Transnational Psychiatries*<sup>30</sup>. Il primo, curato da Vaughan e Mahone, raccoglie saggi metodologicamente diversi: alcuni adottano “l'approccio istituzionale” confermandone il valore euristico, altri analizzano l'intreccio delle variabili di razza, genere e classe nella costruzione di categorie e definizioni variabili del confine tra normale e patologico, nelle dinamiche di internamento e trattamento, nelle risposte, di resistenza o di incorporazione, al sistema egemonico o aspirante tale. Il secondo propone nuove piste di ricerca nel campo della storia della psichiatria: Waltraud Ernst, curatrice insieme a Müller, invita infatti a concentrare l'analisi sulla “circolazione di idee e ideologie tra le diverse realtà coloniali, a costituire una rete, che è ad un tempo struttura e processo”<sup>31</sup> e a riporre l'attenzione “non solo su transfer in sé, ma anche su pratiche che per ragioni diverse non subirono lo stesso processo di implementazione nelle diverse realtà prese in considerazione”<sup>32</sup>.

Alla luce di questi studi ho riformulato alcuni quesiti dai quali la mia ricerca aveva avuto origine: la documentazione può supportare l'ipotesi di una certa

---

<sup>27</sup> Nina Salouâ Studer, *The Hidden Patients: North African Women seen by Colonial Psychiatry, 1883-1962*, PhD thesis, Zurigo-Oxford 2013.

<sup>28</sup> Jean-Christophe Coffin, *Psychiatrie coloniale: des préjugés tenaces*, «Grands Dossiers», 28, sept-oct-nov 2012 «L'histoire des troubles mentaux».

<sup>29</sup> S. Mahone, M. Vaughan (a cura di), *Psychiatry and Empire*, Palgrave Macmillan, London 2007. Sulla concezione di questa raccolta di saggi, le curatrici scrivono: “L'idea di questo volume è nata dalla serie di seminari settimanali della *Wellcome Unit for the History of Medicine* all'Università di Oxford nella primavera del 2002”, *ivi*, p. vii.

<sup>30</sup> W. Ernst, T. Müller (a cura di), *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, 1800-2000*, Cambridge Scholars Publishing, Cambridge 2010.

<sup>31</sup> W. Ernst, *Practising 'Colonial' or 'Modern' Psychiatry in Modern India?*, in W. Ernst, T. Müller (a cura di), *Transnational Psychiatries*, *cit.*, pp. 80-114 (82).

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 88.

“trasversalità periferica”, di circolazione di paradigmi ed esperienze ai margini dell'impero (degli imperi) tra rappresentanti del progetto coloniale (dei progetti coloniali)? È in questo senso che può assumere un valore ulteriore l'accostamento di diverse esperienze, ovvero i casi francese e inglese, a quello italiano. La comparazione può mostrare analogie e differenze, ma anche scambi, prestiti, sovrapposizioni.

Parallelamente a ciò, tra gli obiettivi iniziali della ricerca vi era quello di verificare o smentire un'*unidirezionalità* nella relazione tra metropoli e territori d'oltremare<sup>33</sup>, in base alla quale la colonia farebbe propri paradigmi elaborati in patria e pratiche ivi in uso, apportando raramente contributi – di innovazione o comunque di sperimentazione. Si inserisce in questa riflessione l'ipotesi da diversi studiosi avanzata, e nella mia ricerca da mettere alla prova della documentazione, del territorio oltremare come *laboratorio* “per testare, mettere a punto e perfezionare una serie di progetti medici, scientifici e sociali prima della loro implementazione nei contesti europei”<sup>34</sup>. Nel caso della psichiatria infatti “le colonie hanno offerto un quadro di sperimentazione decisivo per stabilire una forma 'biocratica' di igiene mentale, in cui le scienze dello spirito potessero apportare il loro contributo alla 'missione civilizzatrice' ”<sup>35</sup> diretta verso “popolazioni di complessione fisica e mentale diversa”<sup>36</sup>.

Un'altra questione ineludibile è quella del contributo apportato dalla psichiatria a sostegno dei paradigmi che l'antropologia andava elaborando per declinarli poi in chiave razzistica<sup>37</sup>. La prima infatti, fornendo “prove” organicistico-biologiche, poteva conferire basi più solide ad asserzioni che rilevavano solo

---

<sup>33</sup> Nel caso francese l'unidirezionalità della relazione nel senso madrepatria-colonia è stata smentita dalla ricerca di Keller.

<sup>34</sup> Richard Keller, *Colonial Madness*, cit., p. 6. Keller osserva a questo proposito che “l'espansione globale è stata, in base a questa logica, un fattore costitutivo nello sviluppo della scienza moderna piuttosto che un suo effetto”, ivi, p. 6.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

<sup>36</sup> Louis Lallement, *Essai sur la mission de la France*, Seuil, Paris 1944, p. 183, citato in Françoise Jacob, *La psychiatrie française face au monde colonial au XIXème siècle*, «Sources, Travaux historiques», 34-35, 1994, pp. 365-373.

<sup>37</sup> Sempre nelle parole di Keller, “l'elemento più innovativo che gli psichiatri coloniali hanno portato al loro campo è stato lo sviluppo, all'interno della disciplina psichiatrica, di una specialità sorta su basi empiriche, finalizzata allo studio della relazione tra razza e mente”, R. Keller, *Colonial Psychiatry*, cit., p. 7.

dall'osservazione e dall'adattamento delle teorie darwiniane alle scienze umane. Se l'antropologia pone al centro lo studio dell'uomo, i suoi confini sfumano da un lato nella sociologia – l'uomo nel corpo sociale – dall'altro nella psichiatria – l'uomo nella sua individualità psichica oltre che fisica. Se è vero che “antropologia e psichiatria erano in quel momento strettamente embricate – in quanto evidentemente entrambe discorsi aventi per oggetto gli uomini e le loro relazioni, e quindi la questione dell'alterità”<sup>38</sup>, ritengo proficuo verificare in che misura l'antropologia, impegnata a “trovare una scala unica e vera su cui misurare le differenze [...] che avesse al suo culmine nell'uomo bianco, adulto e di classe abbiente”<sup>39</sup>, cercasse conferme nella psichiatria, oltre che nella biologia e nella medicina.

Per quanto concerne le colonie italiane l'interesse della storiografia è molto recente. Nel 2010, dopo diversi anni di ricerca condotta parallelamente all'esercizio della professione di psichiatra, Luigi Benevelli ha pubblicato *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero 1936-1941*<sup>40</sup>. Nelle parole dell'autore “la storia della psichiatria coloniale italiana attende ulteriori nuovi contributi che potranno derivare dalla consultazione e dallo studio delle cartelle cliniche dei pazienti trasferiti dalle colonie agli ospedali psichiatrici civili e giudiziari del Regno e dalle ricerche presso gli archivi dell'amministrazione civile e sanitaria ospedaliera italiane”<sup>41</sup> nelle colonie. In effetti le fonti da esplorare sono numerose, anche se non sempre di facile accesso. Due sono in particolare le tipologie documentarie utili alla scoperta e

---

<sup>38</sup> Paolo F. Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008, p. 128. L'autore prosegue così: “La psichiatria – che di produzione di forme dell'alterità attraverso processi dialettici e asimmetrici aveva fatto larga e secolare esperienza attraverso il manicomio – viene ad assumere una posizione di protagonista nella costruzione dell'ideologia coloniale”.

<sup>39</sup> V. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982.

<sup>40</sup> L. Benevelli, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero 1936-1941*, Argo, Lecce 2010. Il volume era stato preceduto dall'articolo *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941): prime acquisizioni*, «I sentieri della ricerca», 9-10, 2009, pp. 317-328 e seguito da altri contributi: *Dopo la perdita delle colonie: una psichiatria post-coloniale italiana? I casi della Libia e della Somalia*, «I sentieri della ricerca», 11, 2010, pp. 179-206; *Il fascino dell'Oriente. Una grande passione d'amore e una grande passione professionale nella vita e nell'opera di Angelo Bravi*, in G. Proglia (a cura di), *Orientalismi italiani*, Antares Alba 2012, pp. 134-152.

<sup>41</sup> L. Benevelli, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero 1936-1941*, cit., p. 136.

all'analisi dei protagonisti e delle istituzioni della psichiatria coloniale: da un lato, abbiamo le cartelle cliniche, documenti grazie a cui è possibile ricostruire le traiettorie dei pazienti, sebbene più nei passaggi amministrativi e nelle circostanze cliniche della loro biografia che nell'intimità del loro vissuto<sup>42</sup>. Vi si trovano annotate infatti le scelte e le modalità di internamento e di eventuale licenziamento, gli anni di permanenza in un'istituzione, le diagnosi, le problematiche che insorgono durante l'internamento, dal disorientamento dei pazienti alla cronicizzazione. Dall'altro lato abbiamo le fonti a stampa, articoli e libri pubblicati da medici, psichiatri o funzionari attivi in colonia, che affrontino il problema della psichiatria in contesto coloniale presentando quindi – oltre alle concezioni della malattia e della normalità nel soggetto colonizzato e eventuali le peculiarità rilevate nelle patologie dei nativi – le scelte, pattuite con gli organi dell'amministrazione coloniale, di implementare o meno un sistema di assistenza psichiatrica in colonia e infine le realizzazioni in questo senso.

La prima parte del lavoro è dedicata alle modalità con cui Inghilterra e Francia hanno trattato il problema dell'alienazione mentale nelle colonie. La questione dell'assistenza psichiatrica “oltremare” e dell'approccio a sistemi di cura e credenze differenti da quelli tratteggiati dalla psichiatria occidentale, infatti, non interessava solo e ancor meno per primo in ordine di tempo, l'Oltremare italiano. La questione psichiatrica aveva già ricevuto attenzione da parte di altre potenze coloniali, in epoche diverse, su altre porzioni di territori, con impostazioni in parte differenti. Questa diversità emerge, oltre che da dati noti ed evidenti sulla durata-

---

<sup>42</sup> Sull'importanza delle cartelle cliniche come fonti per la storia della psichiatria, in un'ottica di storia istituzionale, ma ancor più di storia sociale e di “history from below”, cfr. Roy Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, «Theory and Society», 14, 1985, 2; Samuel Shortt, *The New Social History of Medicine: Some Implications for Research*, «Archivaria», 10, 1989-1990, pp. 5-22; Augusta Molinari, *Autografie della vita e della mente*, «Genesis», 1, 2003, pp. 151-176; Carol Berkenkotter, *Patients tales: case histories and the uses of narrative in psychiatry*, University of South Carolina Press 2008; Femi Oyeboade, *Autobiographical Narrative and Psychiatry*, «Advances in Psychiatric Treatment», 9, 2003, pp. 265-270; Michela Sessa (a cura di), *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, Editrice Gaia, Naples 2010; Vinzia Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in Francesca Alberico et alii (a cura di), *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova 2010, pp. 51-69; Volker Hess, *Medical record as means of hospital historiography*, in «Historia hospitalium», 27, 2010-2011, pp. 43-52; Volker Hess, Benoît Majerus, *Writing the history of psychiatry in the 20th century*, in «History of Psychiatry», 22, 2011, pp. 140-147.

natura-ampiezza di ciascun colonialismo, dalla tipologia stessa delle fonti che mi si sono offerte con maggiore sistematicità nell'uno e nell'altro caso e che quindi ho scelto di valorizzare, in una ricostruzione volutamente e necessariamente parziale delle due esperienze.

Per quanto riguarda la potenza inglese, le mie ricerche bibliografiche e d'archivio si sono indirizzate verso una particolare tipologia di documenti, secondo me indicativa di una certa impostazione della questione, ossia relazioni sulle condizioni dei manicomi sparsi nei territori dell'impero e sul trattamento riservato agli alienati dentro e fuori queste strutture. Nel 1863 il parlamento inglese dà avvio a un'inchiesta sulle condizioni di *asylums* e ospedali in tutte le colonie<sup>43</sup>. Anche se non si conoscono i provvedimenti effettivamente presi per intervenire su situazioni deprecabili e disumane, il report che nasce dalle risposte al questionario inviato a tutti i governatori, mostra una preoccupazione per aspetti molto concreti della gestione degli alienati<sup>44</sup>. Analogamente nel 1936, in seguito a un'interrogazione parlamentare che chiede un trattamento più umano per gli alienati nelle colonie africane e la fine della loro detenzione in prigioni invece che in strutture ad hoc<sup>45</sup>, viene affidata a un esperto una missione "to advise and report on care and treatment of lunatics in West Africa"<sup>46</sup>. Questi percorre quattro colonie, visita le prigioni, i manicomi, altre strutture di detenzione, intervista i pazienti internati e visita gli alienati presenti nei villaggi, fuori dalle città, segnalati dalle autorità locali. È evidente un cambiamento di sensibilità tra i due episodi, di impostazione della questione e di strumenti di indagine, ma resta un'attenzione ad aspetti molto concreti dell'internamento psichiatrico: si indagano ad esempio la tenuta dei registri e la ventilazione dei locali nel primo caso; si interrogano i pazienti e si batte il

---

<sup>43</sup> Ciò accade in seguito a uno scandalo che investe il manicomio di Kingston in Giamaica, facendo molto rumore sia a livello locale sia in madrepatria, e all'avvio di un processo a carico del direttore medico e del personale.

<sup>44</sup> Colonial Office (CO) 885/3/4 (National Archives, London-Kew): 'Colonial hospitals and lunatic asylums.' Memorandum setting out the existing conditions in the colonies, with comparative tables giving statistics on hospitals and asylums. The appendix contains various sample forms, 41 pages, 1864 Jan 14.

<sup>45</sup> CO 847/5/5 : Treatment of Lunatics, Parliamentary question, Africa 1935.

<sup>46</sup> CO 554/105/5, CO 554/109/9, CO 554/114/12, CO 554/119/6, CO 554/124/19: "Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics", 1936-1937-1938-1939-1940.

territorio palmo a palmo nel secondo, per avere un quadro del trattamento a tutti i livelli, con intenti anche statistici. Non mancano naturalmente gli articoli di riviste e volumi di etnopsichiatria, specialmente nell'ambito di quella che è nota come *East African School of Psychiatry*, di cui rendo conto nell'ultima parte della sezione sull'approccio inglese al problema psichiatrico.

Nel panorama francese, oltre agli articoli su riviste specialistiche – il primo numero dei famosi «*Annales médico-psychologiques*» si apre con le *Recherches sur les aliénés en Orient* di Moreau de Tours<sup>47</sup> – e a inchieste ad ampio spettro e relativi rapporti – come quello di Reboul e Régis su *L'assistance des aliénés aux colonies* presentato al congresso di Tunisi del 1912<sup>48</sup> – molto comuni sono le tesi di laureandi in medicina che trattano aspetti diversi della psichiatria coloniale. La questione entra nelle facoltà di medicina (Parigi, Lione, Bordeaux, Marsiglia, Algeri) e interessa i giovani psichiatri, neurologi, medici militari; ugualmente irrompe nei *congrès coloniaux* e in quelli dei *médecins aliénistes et neurologistes*, dai quali scaturiscono le proposte da presentare ai decisori politici. In ambito francese sono dunque i *savants* e i loro consessi a giocare un ruolo determinante nella discussione e nella soluzione del problema psichiatrico “oltremare”.

È infine utile precisare che, in un lavoro il cui focus sono le colonie italiane, ho dovuto limitare questa lunga e preliminare comparazione sulla situazione di altri e più vasti “imperi” ad alcuni territori: nel caso delle colonie inglesi, dopo un'apertura sull'intero panorama imperiale, restringo l'osservazione ai possedimenti africani (Egitto, Sud Africa, West Africa, East Africa); nel caso delle colonie francesi, nonostante qualche accenno ad altri territori, in Africa o in Oriente, l'analisi si concentra sul Nord Africa, date anche le analogie di diverso ordine e i contatti con la vicina Libia che più avanti verranno trattati.

Per la ricostruzione della storia della psichiatria nelle colonie italiane – che costituisce la seconda parte del lavoro – mi sono servita di tutte le tipologie di fonti disponibili: ho utilizzato relazioni sanitarie, alcune dattiloscritte e non pubblicate,

---

<sup>47</sup> Jacques Joseph Moreau de Tours, *Recherches sur les aliénés en Orient*, «*Annales médico-psychologiques*», 1, 1843, pp. 103-132.

<sup>48</sup> Henri Reboul, Emmanuel Régis, *L'assistance des aliénés aux colonies*, Masson, Paris 1912.

altre confluite in volumi; lettere dal fronte coloniale di medici militari, in particolare psichiatri, apparse in riviste di settore; atti di convegni coloniali, di psichiatria e di criminologia; articoli pubblicati in riviste specialistiche con le intenzioni più diverse: dal tentativo di spiegare attraverso il “fattore etnico” alcune patologie indigene e pratiche terapeutiche locali, all’invocazione di soluzioni al problema degli alienati in colonia, alla celebrazione delle realizzazioni effettuate in tal senso nel quadro dell’“organizzazione civile e politica” dell’Oltremare. Mi sono servita inoltre del materiale reperito in alcuni archivi privati di medici che hanno lavorato in ambito coloniale: corrispondenza per lo più o appunti, cartoline, fotografie. Ho potuto visionare le carte del periodo tripolino di Luigi Scabia – alienista inviato in Libia nel 1912 con il compito di studiare una possibile organizzazione del servizio alienati ma dopo pochi mesi rientrato in Italia – conservate dalla famiglia a Volterra<sup>49</sup>; le cartoline e le fotografie di Pietro Paolo Fusco, assistente medico all’ospedale di Tripoli con una dedizione particolare per i soggetti affetti da malattia mentale, conservate dalla nipote a Milano<sup>50</sup>; la corrispondenza di Angelo Bravi, psichiatra di scuola pavese in Libia nella seconda metà degli anni Trenta, con il rettore del collegio Ghislieri a Pavia, conservata presso la biblioteca del collegio stesso<sup>51</sup>. Altra fonte preziosa sono state le cartelle cliniche e i dossier personali dei pazienti conservati presso gli ex ospedali psichiatrici di Palermo e di Napoli<sup>52</sup>. A Palermo venivano infatti inviati i pazienti psichiatrici provenienti dalla Tripolitania e della Cirenaica, indigeni e italiani; a Napoli venivano inviati i pazienti “nazionali” dal Corno d’Africa, in particolare negli anni dell’Impero. Grazie a questa documentazione si possono da un lato ricostruire storie di singoli individui, le tappe della loro carriera di pazienti o con più difficoltà delle loro traiettorie di vita; dall’altro i meccanismi di una pratica diffusa – l’invio dei malati in madrepatria, il ricovero in manicomi, l’intervento delle autorità di polizia – e il funzionamento

---

<sup>49</sup> Archivio Famiglia Scabia, Volterra.

<sup>50</sup> Archivio Pietro Paolo Fusco, Milano.

<sup>51</sup> Archivio Collegio Ghislieri, Pavia, corrispondenza Angelo Bravi - Pietro Ciapessoni.

<sup>52</sup> Archivio ex Ospedale psichiatrico di Palermo, conservato dall’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, presso il Dipartimento di Salute Mentale; Archivio ex Ospedale psichiatrico di Napoli, conservato dall’Azienda Sanitaria Locale “Napoli 1 Centro”, presso l’ex ospedale psichiatrico “Leonardo Bianchi”.

interno delle strutture che erano nate per accogliere questa tipologia particolare di ammalati: gli strumenti di cura o di repressione disponibili, l'organizzazione del lavoro, lo scandimento dei ritmi e la distribuzione delle responsabilità, l'integrazione degli spazi, la divisione dei sessi e delle diverse "specie" patologiche, presenti in padiglioni diversi e in percentuali diverse nelle "tabelle nosologiche" semestrali.

Non si tratta però delle cartelle cliniche prodotte in colonia ed eventualmente conservate presso strutture di internamento e cura lì presenti; ma di cartelle prodotte da alienisti e psichiatri che non avevano alcuna contezza della vita coloniale, nessun interesse per approfondimenti di ordine etnologico e si ritrovavano nei loro manicomi provinciali ad accogliere alienati di colore, provenienti dalle "propaggini imperiali", che in fondo erano considerati – da quello che emerge dalla documentazione – non molto diversamente dagli alienati italiani: lo stigma dell'alienazione bastava di per se stesso a classificare, a isolare i soggetti, a dettare protocolli di "gestione" e trattamento degli individui, senza che il dato ulteriore del colore della pelle aggravasse la situazione. In tal senso non emergono dai dossier personali dati che facciano pensare a un diverso trattamento dei pazienti siciliani e di quelli tripolini al manicomio di Palermo, ma si possono intuire le difficoltà che rendevano ancor più miserabile la vita dei pazienti nordafricani e più complesso, quindi meno perseguito e infine infruttuoso, il rapporto del personale curante con i malati. Le cartelle prodotte in colonia ci avrebbero forse potuto dire qualcosa in più su quella che chiamiamo psichiatria coloniale nelle sue pratiche e teorie, come vissuta e costruita dai suoi protagonisti all'interno delle istituzioni coloniali. Materiale utile in tal senso potrebbe essere presente a Tripoli, presso il manicomio inaugurato dagli italiani nel 1939 e tuttora funzionante come parte di un sistema più complesso e in via di perfezionamento, tanto più necessario nella fase attuale in cui le vicende della guerra, la violenza quotidiana e il disordine socio politico non fanno che accrescere il bisogno di supporto anche psicologico alle popolazioni. La verifica dell'esistenza all'interno dell'ospedale psichiatrico di Gargaresch di documenti prodotti sotto il colonialismo italiano non mi è tuttavia stata possibile, e la preparazione del viaggio a Tripoli vana.

Un ultimo chiarimento mi pare doveroso a proposito della periodizzazione suggerita nel titolo: i limiti temporali scelti non corrispondono a momenti salienti della storia del colonialismo italiano, né sono date note per particolari avvenimenti socio-politici o militari-diplomatici<sup>53</sup>. Essi sono stati in una certa misura imposti dalle fonti disponibili ed hanno assunto un senso periodizzante nell'indagine di pratiche, teorie, istituzioni e protagonisti della psichiatria coloniale italiana che il titolo evoca. Il 1906 è una data a mio avviso importante poiché vede la pubblicazione di diversi saggi di psichiatria coloniale; è in particolare il contributo dello psichiatra padovano Benedetto Giovanni Selvatico Estense *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*<sup>54</sup> a inaugurare in Italia il filone di studi di psichiatria etnografica, o psichiatria comparata come l'aveva definita Kraepelin solo due anni prima<sup>55</sup>, o psichiatria coloniale come Angelo Bravi userà chiamare questo speciale filone della scienza psichiatrica e della tecnica manicomiale<sup>56</sup>. Contemporaneamente Marco Levi Bianchini, più noto per il suo contributo all'introduzione della psicanalisi in Italia, pubblicava, dopo una breve esperienza nel Congo belga come medico militare, un resoconto sulla psicologia della colonizzazione, mettendo in luce l'abbruttimento cui la psiche del bianco va soggetta in colonia, quando l'ideologia e l'ansia del dominio, dell'assoggettamento dell'altro abbattono ogni remora all'aggressività o alla violenza, ritenute d'altronde anche da Levi Bianchini gli unici mezzi per addentrarsi in una realtà remota, nemica

---

<sup>53</sup> In questo senso si è mosso invece Luigi Benevelli con *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero 1936-1941*, cit.

<sup>54</sup> Benedetto Giovanni Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, estratto dalle *Ricerche e studi di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia e Filosofia dedicate al Prof. Enrico Morselli nel 25° anniversario del suo insegnamento*, Vallardi, Milano 1906.

<sup>55</sup> Emil Kraepelin, *Vergleichende Psychiatrie*, «Centralblatt für Nervenheilkunde», 27, 1904. Kraepelin nel 1903 si reca a Giava, dove dal 1881 esisteva un manicomio fondato dagli olandesi, a Buitenzorg; qui osserva i pazienti internati, li divide in gruppi, incasellando le patologie nella sua nosografia (si apprestava a pubblicare la settima edizione del *Lehrbuch der Psychiatrie*) concludendo che “non ci sono serie ragioni per ammettere l'esistenza di forme completamente nuove, a noi ignote, di follia tra gli indigeni di Giava” e che quindi, pur in quadro comparato, che riconosce l'esistenza di sindromi legate a particolari culture (come l'amok o il latah), la nosografia da lui affinata poteva essere effettivamente proposta come universale. Si augura che la psichiatria comparativa da lui sperimentata con un lavoro sul campo, possa diventare “un'importante scienza che favorisca lo studio psicologico delle nazioni”.

<sup>56</sup> Angelo Bravi, *Frammenti di psichiatria coloniale*, Pio Luogo Orfani, Brescia 1937.

e pericolosa<sup>57</sup>. Guido Ruata, psichiatra in servizio all'Ospicio Nacional di Rio de Janeiro, scriveva nello stesso anno un saggio su *Le malattie mentali della razza negra*, dove argomentava intorno ad alcuni dei più recenti risultati della scienza anatomica, ovvero il peso scarso del cervello dei neri, e le loro derivazioni in ambito fisiologico, l'arresto di sviluppo cerebrale a uno stadio infantile e in ambito psichiatrico, con manifestazioni patologiche peculiari<sup>58</sup>.

Nessuno di questi testi è costruito intorno alle colonie italiane; in particolare il secondo e il terzo esulano totalmente da esse, in una fase storica in cui d'altronde studi del genere avevano un'attinenza solo indiretta con gli interessi oltremare italiani, peraltro ancora privi di sbocchi reali e realizzazioni concrete e all'altezza dell'aspirazione a "grande potenza". Nel primo invece ci sono le prime testimonianze di osservatori italiani, attraverso i dati inviati a Selvatico Estense da medici coloniali operanti nelle regioni, sulla diffusione delle malattie mentali e sul loro trattamento in Eritrea e in Benadir, insieme a dati sul resto dell'Africa, sulle Americhe, sull'Asia; l'apertura e la chiusura del saggio mi sembrano significative invocazioni alla necessità di portare la psichiatria nella sua veste positivista di scienza elevata che cura l'uomo negli aspetti più intimi e non solo grettamente fisici, al di fuori dei confini dell'Europa, per "bonificare" altre terre, e farne beneficiare altre popolazioni. Questa impostazione è d'altronde in linea con il carico (e l'incarico), ovvero il fardello e la missione, "terapeutici" del colonialismo, come *pharmakon* che moralizza, igienizza, bonifica, civilizza, con tutte le declinazioni e le realizzazioni che tale missione può assumere.

Se il significato del 1906 è più di ordine culturale e quindi fluido – a quell'epoca si pongono diversi mattoni nell'edificio teorico della psichiatria etnografica o coloniale – la data con cui ho scelto di chiudere questo studio è più di ordine istituzionale, di conclusione, documentata e ben definita, di un'esperienza altrettanto ben delineata. Nel 1952 vengono infatti trasferiti dall'ospedale

---

<sup>57</sup> Marco Levi Bianchini, *La psicologia della colonizzazione nell'Africa periequatoriale*, «Rivista di psicologia applicata alla Pedagogia e alla Psicopatologia», 6, 1906; Id., *Il Congo e la colonizzazione dell'Africa centrale*, «Rivista coloniale», luglio-agosto 1907.

<sup>58</sup> Guido Ruata, *Le malattie mentali della razza negra*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1907, pp. 260-268.

psichiatrico di Palermo a quello di Tripoli gli ultimi pazienti indigeni di provenienza libica li internati. Un anno dopo l'indipendenza formale della Libia dal protettorato militare inglese in Tripolitania e in Cirenaica e francese nel Fezzan e nove dopo l'annientamento delle forze italiane in Libia da parte delle potenze alleate, venivano quindi rimpatriati i pazienti psichiatrici inviati in Italia, secondo una prassi che era iniziata nel novembre 1912, un anno dopo l'occupazione e la formale annessione della Libia all'Italia, per concludere le loro vite all'interno di altre mura manicomiali, nella terra da cui erano stati strappati, deportati, anni o talvolta decine d'anni prima.

All'interno di questo arco temporale si colloca la presente storia della psichiatria coloniale che affronta gli sviluppi della disciplina, il confronto dei medici bianchi con le prassi terapeutiche indigene e con le patologie "speciali" di difficile classificazione con il solo ausilio di definizioni e modelli diagnostici importati ma per lo più ritenuti universali, che traccia le tappe istituzionali degli sviluppi di un'assistenza psichiatrica in loco, e percorre storie di vita, trasferimenti da una sponda all'altra del mediterraneo o da un padiglione all'altro di un manicomio di donne e uomini, militari e civili, italiani e indigeni.

## **Ringraziamenti**

Al compimento di questo lavoro hanno contribuito diverse persone cui va la mia riconoscenza, per il supporto che mi hanno fornito, le indicazioni di cui sono state prodighe o le opportunità che mi hanno aperto. Ringrazio Bruna Bianchi e Isabelle von Buelzingsloewen, che hanno accettato di dirigere il mio lavoro e seguirne le tappe. Ringrazio Rolf Petri che ha sempre letto le mie pagine e incoraggiato la mia ricerca. Ringrazio inoltre Vinzia Fiorino, Nikita Dhawan, Gianni Dore, René Collignon, Paolo Capuzzo, Carlotta Sorba, Marie Derrien, Adelisa Malena, Luigi Benevelli, Nicola Labanca e Patrizia Guarnieri. Ringrazio anche quanti mi hanno permesso di accedere a materiali documentari importanti per la ricerca: Gebrelassié Zenawi, Atalay Alem, Mesfin Araya per avermi accolto all'Ospedale Amanuel di Addis Abeba; Giovanni Villone e Anna Sicolo per avermi accordato l'accesso all'archivio dell'ex manicomio Leonardo Bianchi di Napoli e alla sua bellissima biblioteca; Antonio Sabatino, Rosangela Magazzù e Carmela Teresi per avermi consentito di consultare le carte conservate presso l'ex manicomio di Palermo, ora sede amministrativa del dipartimento di Salute mentale del capoluogo siciliano; Giuseppina Motta per la cortese ricezione alla biblioteca del Collegio Ghislieri a Pavia e Rosalba Bradde per l'accoglienza alla Scuola superiore di sanità militare e alla sua biblioteca. Ringrazio Francesco Felici che mi ha evocato la sua infanzia tipolina con il padre neuropsichiatra; ringrazio Neda e Gaia Scabia per avermi mostrato le carte di Luigi Scabia; ringrazio infine Adriana La Rocca, nipote di Pietro Paolo Fusco, appassionatasi di recente alla storia del nonno medico, che mi ha aperto le porte della sua casa, dei suoi ricordi e mi ha mostrato i documenti conservati.

**Prima parte.**

**Le grandi potenze coloniali di fronte alla questione  
psichiatrica:  
i modelli di Gran Bretagna e Francia**



## 1. L'assistenza psichiatrica nell'Impero britannico

### L'inchiesta del 1863 su “Colonial Hospitals and Lunatic Asylums”

Il nostro resoconto sulla storia della psichiatria nelle colonie britanniche prende avvio dagli anni Sessanta del XIX secolo. Se forme di isolamento e assistenza alla popolazione considerata alienata esistevano già in precedenza, è in questo decennio che si concretizzano alcune iniziative volte ad emendare i sistemi di internamento e trattamento esistenti; ed è in particolare grazie a un'inchiesta del 1863 che siamo in grado di fare il punto sulle istituzioni manicomiali allora esistenti nell'impero britannico.

Nel 1860 una paziente del manicomio di Kingston in Giamaica pubblica *Seven Months in the Kingston Lunatic Asylum, and What I Saw There*<sup>59</sup> per denunciare le condizioni spaventose cui gli alienati sono sottoposti; il pamphlet ha vasta circolazione sia nell'isola che presso le autorità coloniali implicate in madrepatria, nella comunità degli psichiatri e tra gli amministratori coloniali.

Un articolo apparso sul «Journal of Mental Science» all'indomani dello scandalo, ritiene giunto il momento di interrogarsi su “Come sono trattati gli alienati (*the insane*) nelle nostre colonie e dipendenze; quali sono le leggi sull'alienazione (*lunacy laws*) e chi se ne occupa”; infatti “in madrepatria non si sa pressoché nulla dello stato degli alienati nelle colonie”<sup>60</sup>. In queste circostanze “sarebbe buona cosa se il governo coloniale potesse intervenire e portare la macchina della *English Lunatic*

---

<sup>59</sup> CO 137/350/52 (UK National Archives, London-Kew): “Pamphlet circulated in Jamaica, dedicated to DR. L.Q. Bowerbank, 'Seven Months in the Kingston Lunatic Asylum and What I Saw There', containing allegations of abuses, witnessed and suffered by former patient Ann Pratt. Report and correspondence published by government, 'Official Documents on the Case of Ann Pratt, the Reputed Authoress of a Certain Pamphlet...!', 1860 Aug 21”. Il pamphlet viene presto stampato e reso pubblico: Ann Pratt, *Seven Months in the Kingston Lunatic Asylum, and What I Saw There*, G. Henderson Savage, Kingston 1860. Cfr. anche: CO 137/351/62 (UK National Archives, London-Kew): “Case of pamphlet by Ann Pratt regarding incidents witnessed at Kingston Lunatic Asylum; pamphlet was not as widely circulated as first thought and efforts to obtain copies have been unsuccessful. Update on legal proceedings initiated upon information provided by Ann Pratt. Enclosed: copy of official pamphlet written in response to Anne Pratt's publication, 1860 Dec 27”. Un articolo recente rende conto della vicenda, dalla denuncia al processo: Margaret Jones, *The most cruel and revolting crimes: the treatment of the mentally ill in Mid-Nineteenth-Century Jamaica*, «Journal of Caribbean History», 42, 2008, 2, pp. 290-309.

<sup>60</sup> *The Jamaica Lunatic Asylum*, «Journal of Mental Science», 6, 1860, pp. 157-167.

*Commission* a occuparsi della questione, aprendo un'inchiesta sullo stato in cui versano gli alienati, sui luoghi che li contengono (*receptacles for them*) non solo in Giamaica, ma in tutte le colonie delle Indie occidentali; senza dubbio un'inchiesta del genere è molto urgente"<sup>61</sup>. Il diario di Ann Pratt, con l'eco prodotta soprattutto nell'ambiente psichiatrico e filantropico, darà avvio non solo a un'approfondita inchiesta sulle condizioni delle istituzioni sanitarie della Giamaica<sup>62</sup> e dell'area circostante, ma a una ben più vasta indagine sulla situazione degli ospedali e dei manicomi nei diversi possedimenti britannici, della quale si lamentavano l'ignoranza e l'assenza di dati, che potevano nascondere altri "vistosi abusi e crudeltà di cui si legge con tanto dolore e rammarico"<sup>63</sup>.

Il primo gennaio 1863 a tutti i governatori delle colonie viene inviata una circolare da parte del Colonial Office: riferendo il caso del manicomio di Kingston, essa invita a rispondere a un questionario mirante a verificare le condizioni di manicomi e ospedali. Con l'analisi del materiale ricevuto – sono trentatré i governatori che forniscono le loro risposte<sup>64</sup>, relativamente a 39 ospedali e 28 manicomi – nel gennaio successivo il *Parliamentary Department* produce un rapporto su *Colonial hospitals and lunatic asylums* con dati riguardanti le forme di finanziamento di cui gli istituti ospedalieri e manicomiali dispongono, l'adeguatezza delle loro strutture, le situazioni sanitarie ed igieniche (collocazione e spazi, rete fognaria e idrica, ventilazione), il funzionamento interno (disponibilità e formazione di medici e infermieri, dieta, mezzi di contenzione, occupazione per gli internati, servizio

---

<sup>61</sup> Ivi, p. 166.

<sup>62</sup> CO 885/3/4 (UK National Archives, London-Kew): "*Colonial hospitals and lunatic asylums*. Memorandum setting out the existing conditions in the colonies with comparative tables giving statistics on hospitals and asylums. The appendix contains various sample forms, 41 pages, 1864 Jan 14".

<sup>63</sup> *The Jamaica Lunatic Asylum*, cit., p. 159.

<sup>64</sup> Le colonie che inviano al *Parliamentary Department* le risposte al sondaggio sono le seguenti: Trinidad, Turk's Island, British Guiana, Barbados, St. Vincent, Grenada, Antigua, Dominica, New Brunswick, Newfoundland, Nova Scotia, Prince Edward's Island, Cape of Good Hope, Natal, Bermudas, Gibraltar, Tasmania, British Honduras, Saint Lucia, Cape, Hong Kong. I territori da cui non perviene alcuna risposta sono i seguenti: Bahamas, Montreal, St. Kitts, Virgin Islands, British Columbia, Vancouver Island, Falkland Island, Malta, Lagos, British Kaffraria, New South Wales, Queensland, South Australia, New Zealand, Ceylon.

religioso), ed infine lo statuto e gli organi amministrativi e di controllo delle istituzioni<sup>65</sup>.

Se tra tutte le istituzioni di cui si ha notizia “ce ne sono poche in cui hanno luogo crudeltà commesse deliberatamente, la quasi totalità presenta gravi difetti dal punto di vista igienico e sanitario, mentre per alcune ci sono disfunzioni per quanto riguarda la documentazione interna e le ispezioni; in questo modo l’eventuale esistenza di abusi grossolani non è segnalata né prevenuta”. Si sente l’eco dell’allarme evocato dalle denunce di Ann Pratt per le condizioni e i trattamenti subiti dai pazienti al manicomio di Kingston. In base a un bilancio degli elementi informativi ricevuti, le strutture peggiori risultano quelle delle Indie Occidentali – tutti i possedimenti vicini alla Giamaica appunto – di Bermuda e di Gibilterra. I manicomi versano in generale in condizioni peggiori rispetto agli ospedali sotto tutti gli aspetti – finanziamenti, strutture e condizioni sanitarie, economia e organizzazione interna, ispezioni e supervisioni<sup>66</sup> – al punto da suggerire “l’impressione che siano ritenuti, forse inconsciamente, semplici mezzi di

---

<sup>65</sup> Nell’introduzione all’analisi e al trattamento delle risposte ricevute, per una generica valutazione di forma e contenuto, criteri di redazione e intenti di reticenza, l’autore fa emergere in maniera chiara alcune problematiche: la parzialità delle informazioni, la riluttanza a registrare le carenze, la tendenza a tacere punti che dovrebbero essere salienti. “Le informazioni fornite sono in genere insufficienti, in particolare quelle relative alle istituzioni che versano nelle peggiori condizioni”; inoltre “in molte istanze le condizioni presenti paiono compatibili con l’esistenza, non rilevata, dei più grossolani abusi” e “tali abusi sono molto comuni”. Tuttavia, “a tale riguardo, vi è una generica reticenza sulla loro diffusione” e sembra prevalere “un’incredibile ignoranza delle opportune condizioni di efficienza e spesso succede che certe condizioni in contrasto con i principi più elementari vengano descritte con compiacimento”. Anzi, “spesso un’affermazione di generica soddisfazione sostituisce qualsiasi descrizione più precisa”. In particolare l’insufficienza delle risposte e la mancanza di informazioni certe hanno inficiato il valore dell’inchiesta, che avrebbe voluto in ultima analisi arrivare a produrre dei prospetti statistici, disponendo di dati sicuri e comparabili; ad esempio, “il numero di morti, dimissioni e guarigioni sono interamente omessi in un buon numero di istanze, e le modalità di segnalazione sono spesso incoerenti, rendendo impossibile la comparazione dei dati”. L’autore del rapporto ricorda infine che le risposte al questionario sono state prodotte da persone sulle quali “pende quanto meno la responsabilità morale” delle istituzioni considerate, e tali riscontri sono dunque costruiti “di conseguenza”.

<sup>66</sup> Riassumendo i dati raccolti in merito allo stato e alle condizioni sanitarie delle strutture, l’autore evidenzia le carenze comuni e diffuse: “in molti casi i siti sono brutti e inadeguati [...] e gli edifici costruiti male”. I reparti sono piccoli e sovraffollati e “lo spazio concesso a ciascun paziente è talmente piccolo che è dannoso più che benefico”. I difetti più ricorrenti in merito all’organizzazione degli ospedali sono la carenza di personale e l’assenza di medici residenti. Inoltre “la generale mancanza di mezzi per l’impiego e il divertimento degli alienati” e l’assenza di servizi religiosi contribuiscono al malfunzionamento dei manicomi, al loro definirsi quali luoghi di relegazione e non di cura. Anche “l’assenza di controlli e registri” è da considerarsi una grave mancanza: “nelle condizioni attuali non c’è garanzia che un controllo adeguato sia esercitato dagli ufficiali superiori sugli inferiori, o che le regole siano rispettate”.

liberazione da una classe fastidiosa, senza alcun interesse per i trattamenti terapeutici” (*as means of relief from a troublesome class, without care for curative treatment*). In particolare da un lato si ritiene che i manicomi “richiedano meno imperativamente competenze specifiche per la loro gestione”, dall’altro che costituiscano “materia troppo delicata per l’intervento di riformatori inesperti”. Inoltre “la follia non raccoglie la stessa simpatia di quelle malattie da cui l’umanità sente di poter guarire” (*nor does insanity appeal so strongly to common sympathy as those diseases to which men ordinarily feel themselves reliable*). Il rischio che la noncuranza delle amministrazioni verso i manicomi abbia a manifestarsi nelle colonie, dopo aver dato mostra di sé con deplorabili e dannosi risultati in Europa, è tenuto in conto e si auspica perciò di prevenirlo rimediando alla situazione presente.

Il compilatore del report divide i possedimenti inglesi in quattro aree: Indie occidentali, Nord America, Africa, Asia e Australia; l’India, dal 1858 dipendenza diretta della Corona, non è inclusa nell’inchiesta. Qui, sotto l’amministrazione della East India Company, si era provveduto ad istituire diverse strutture di internamento: i tre manicomi principali (Calcutta, Madras, Bombay) ricevevano gli europei che, in ogni caso, venivano smaltiti con invii periodici via nave (una o due volte l’anno) in Inghilterra, presso la Pembroke House, casa di cura privata londinese specializzata dal 1818 nel trattamento di chi veniva rimpatriato, con diagnosi di alienazione mentale, dall’India. C’erano poi i manicomi per indigeni in diverse province, nonché prigioni o celle annesse ad alcuni ospedali<sup>67</sup>.

Nella *West Indian division*, esistevano all’epoca dell’inchiesta, nove manicomi<sup>68</sup>. In ragione delle risposte elusive o dell’inconsapevolezza del problema, “è difficile scovare i difetti nella gestione interna”. Le strutture – vecchie baracche, prigioni o case private non adattate alle funzioni di ricovero degli alienati<sup>69</sup> – spesso sono

---

<sup>67</sup> Cfr. Waltraud Ernst, *Mad Tales from the Raj*, cit.

<sup>68</sup> Uno in Jamaica (Kingston), uno nel British Honduras (Belize), uno nella British Guyana (Georgetown), uno a Barbados, uno a Grenada, uno a St. Lucia (Castries), uno ad Antigua, uno a Dominica (Morne) e uno a Mauritius (che rientra in questa divisione per pura comodità, essendo ben distante dal Mare dei Caraibi, ossia nell’Oceano indiano, vicino semmai al Madagascar).

<sup>69</sup> “C’è un’ignoranza generale della necessità di manutenzione a livello igienico-sanitario e anche dei principi che regolano queste questioni”. Lo spazio “vitale” per ogni singolo paziente così come un sistema di ventilazione che permetta un ricambio d’aria sono questioni non considerate nella progettazione e nel funzionamento delle strutture (come spesso i sistemi idraulici e di fognatura) e le

affollate di incurabili e in particolare i manicomi sono “pieni di semplici idioti, che traggono solo danno dall'internamento e dalla vicinanza degli alienati”. Nella maggior parte dei casi non è prevista la presenza di un ufficiale medico residente e i manicomi non dispongono di servizi religiosi, né di attività di lavoro o di intrattenimento. “Il trattamento finalizzato alla cura non è nemmeno allo stadio infantile nelle colonie delle Indie occidentali” (*curative treatment of insanity is, indeed, not yet in its infancy in the West indian colonies*); tuttavia, rassicura l'autore del rapporto, “è già soddisfacente scoprire che l'idea della contenzione eccessiva è in genere ripudiata persino qui”. Ospedali e manicomi si reggono su donazioni private; una minima parte delle entrate è garantita dalle rette dei pazienti benestanti, mentre i capitani di nave o i datori di lavoro mantengono marinai e operai internati.

Nella *North American Division* i manicomi sono dodici<sup>70</sup>; un numero elevato, motivato dall'aumentata incidenza della follia, in una catena causale non sempre univoca, la cui spiegazione risulta difficile: “Il numero di manicomi si spiega con le cifre in costante crescita dell'alienazione che [...] sono però incomprensibili”. Molte istituzioni presentano gravi deficienze nelle strutture, nonché nella gestione dei malati<sup>71</sup>. Le istituzioni canadesi sono quelle che funzionano meglio<sup>72</sup>: la tesoreria provinciale fissa delle rette che costituiscono il finanziamento principale dei manicomi; è garantita la presenza di un medico a cui viene conferita la massima autorità nella gestione della struttura manicomiale; il “Central board of inspectors of

---

conseguenze si manifestano “nella frequenza di forme letali di cancrena, dissenteria e problemi dell'intestino e della pelle che, come sappiamo dagli ospedali europei, sono elementi concomitanti, e spesso i primi indicatori, di difetti sanitari”.

<sup>70</sup> Sette di essi in Canada (Toronto, Orillia, University Branch e quello criminale di Rockwood in Ontario; Beauport in Québec, Malden nel New Brunswick, St. John's nel Labrador; questi sarebbero nell'insieme dotati di strutture più adeguate e vanterebbero un migliore funzionamento); uno in Newfoundland, uno in Nova Scotia, uno nella Prince Edward Island e uno a Bermuda (tutti in condizioni deplorabili; da notare che in queste tre ultime località esiste un manicomio, ma non un ospedale). È opportuno ricordare che le amministrazioni di Montreal, British Columbia, Vancouver Island e Falkland Island non hanno fornito risposte all'inchiesta.

<sup>71</sup> “In nessun caso c'è spazio sufficiente. [...] Rispetto alla gestione interna, i difetti sono l'insufficienza di personale e la mancanza di divertimenti e impiego per gli alienati. Si auspica di avere più terra, che offre il miglior genere di occupazione, vantaggiosa quando può essere ottenuta in maniera semplice”.

<sup>72</sup> Fa eccezione il manicomio di St. John's nel Labrador, ma il Canada da solo ne conta altri sei. Fanno da contraltare negativo ai manicomi canadesi quelli del New Brunswick e di Prince Edward Island “in nessuno dei quali l'utilizzo dei mezzi di contenzione viene documentato e non ci sono ispezioni, se non una volta da parte del Governatore nell'intera durata del suo mandato”.

Asylums, Prisons & c.”, sul modello di quello inglese, dispone delle ispezioni periodiche, grazie a cui si sono avuti dei “notevoli miglioramenti”.

Nella *Australian and Eastern Division* viene riferita l'esistenza di tre manicomi<sup>73</sup>: uno in Tasmania, uno in Australia occidentale (Freemantle) all'interno di una prigione e uno nel Victoria (Yarra Bend); in tutti e tre gli spazi sono insufficienti; si registra inoltre una carenza diffusa per quanto concerne l'occupazione dei pazienti, persino nell'agricoltura; anche i registri interni e le ispezioni sono insufficienti.

Nella *Mediterranean and African Division* vi sono strutture manicomiali a Freetown in Sierra Leone, a Robben Island nella colonia del Capo, a Sant'Elena e a Gibilterra. Questi manicomi, a differenza degli otto ospedali presenti nelle medesime regioni, “*managed with care*”, sarebbero tutti “mal costruiti e mal gestiti”. Il mantenimento degli alienati poveri è garantito dal tesoro delle colonie, anche se vi è la tendenza a delegare a privati la gestione degli alienati, con “risultati negativi”: in tal modo infatti tale gestione è sottratta alla pubblicità e al controllo esterno; rientra inoltre tra gli interessi del privato minimizzare l'intervento e la supervisione del medico, ed infine è suo “interesse [...] trattenere più a lungo possibile i pazienti per cui è pagato, e trattarli nel modo più economico possibile”. Ciò che in fin dei conti è più grave è che “un tale sistema esclude l'idea di trattamento curativo”. Manca inoltre qualsiasi forma di occupazione per i pazienti: “chi gestisce è in genere incapace di provvedere a un'occupazione per i pazienti diversa dal fare le pulizie”; ma ciò che è più preoccupante è che “c'è ragione di pensare che l'uso di contenzione e isolamento in modo arbitrario ed eccessivo è molto diffuso a Robben Island, mentre negli altri due manicomi, sebbene l'abuso sia negato, mancano registri”. In particolare, a Sant'Elena non ci sono registri né documenti scritti di nessun tipo e una carenza nel sistema di controlli e ispezioni accomuna le tre strutture.

---

<sup>73</sup> Va detto che le amministrazioni di New South Wales e Queensland non hanno risposto.

## Focus sull’Africa

### Egitto

All’epoca dell’inchiesta analizzata, l’Egitto non faceva ancora parte dei domini britannici. Il primo resoconto apparso in una pubblicazione scientifica inglese delle condizioni dei malati mentali al Cairo è datato 1879. È il «Journal of Mental Science» a ospitare l’articolo dei medici Urquhart e Tuke, che descrivono struttura e occupanti del manicomio di Boulak, una casa trasformata all’uopo nascosta nelle viuzze del Cairo, “completamente sotto controllo indigeno, visitata ogni tanto da un medico arabo”<sup>74</sup>. Composta da una decina di celle e due dormitori collettivi, la struttura ospita circa duecento malati. “Le condizioni sanitarie in cui versano questi sfortunati [...] sono davvero penose; il pavimento e i muri sono sudici e cosparsi di urina, in un’atmosfera decisamente pestilenziale”. In conclusione della visita i due osservatori possono affermare che “si tratta di un posto talmente al di fuori di ogni civiltà da risultare il posto più vergognoso sulla faccia della terra, il peggiore persino del Continente Nero”. Nel 1880 i pazienti vengono trasferiti in una nuova struttura nella periferia del Cairo, ad Abbasiah<sup>75</sup>, che dottor Sandwith visiterà pochi anni dopo trovandovi “sudiciume, fame, catene, nudità e fruste in ogni angolo”. Nominato direttore del *Sanitary Department*, dall’anno successivo Sandwith vi compie ispezioni regolari e si dà da fare per la sua riorganizzazione progressiva. Vi trova “circa 240 uomini e 60 donne vestiti di stracci, seduti tutto il giorno sui loro letti, senza fare esercizio fisico né dedicarsi ad attività. Tutti quelli ritenuti pericolosi erano costretti a portare addosso delle catene come quelle usate in Egitto per i prigionieri impiegati nei lavori forzati”. Nota l’indecenza delle latrine, la sporcizia della cucina e della lavanderia, le celle soffocanti, senza aria, con le sbarre. Difetti strutturali, assenza di attività per i pazienti, in condizione di prigionieri, si sommano alla carenze nella gestione generale, all’impreparazione e allo scarso

---

<sup>74</sup> A. R. Urquhart, W. S. Tuke, *The Cairo asylum in 1877*, «Journal of Mental Science», April 1879, pp. 1510-1515.

<sup>75</sup> Si tratta di ciò che resta di un palazzo reale che aveva subito un incendio qualche anno prima: la parte destinata al manicomio corrisponde all’ala precedentemente occupata dalle schiave nere.

numero del personale, all'assenza di controlli e di documentazione scritta<sup>76</sup>. Il dottor Sandwith riferisce nell'articolo apparso nel 1888 sul «Journal of Mental Science» della sua energica azione riformatrice<sup>77</sup>: il gesto *à la Pinel* di strappare le catene è descritto vividamente:

Avevo già avuto il piacere di togliere le catene a tutti i prigionieri trattati nei ventitré ospedali controllati dal Sanitary Department, e ora ho strappato tutte le catene del manicomio [...], ho distrutto gli anelli sradicandoli dalle loro basi nelle quattro celle, preservandone una, da mostrare ai visitatori. In sostituzione sono state procurate delle camicie di forza fabbricate al Cairo [...] raramente necessarie, ma perfette in ogni caso nelle manifestazioni di mania acuta.

La nuova amministrazione apporta miglioramenti su tutti i fronti, almeno così riferisce Sandwith: i pazienti vengono trasferiti dalle celle buie a reparti meglio areati e luminosi, con le pareti pulite e dipinte; dormono in letti dotati di materassi e lenzuola, si dedicano al giardinaggio e alla falegnameria, in applicazione della teoria ergoterapica, secondo cui “chiunque sia capace di lavorare deve essere impiegato”, trascorrono due ore la mattina e due nel pomeriggio nel cortile all'aperto, portano una divisa (“tutti i pazienti portano un cappello bianco, maglia, braghe, giacca, ciabatte, e un cappotto blu”) e seguono una dieta più ricca. Le azioni intraprese da Sandwith vengono portate avanti anche dal suo successore alla guida del *Sanitary Department*, il medico di brigata Greene “che, dopo aver lealmente riconosciuto gli

---

<sup>76</sup> “Non c'era un registro dei nomi, e nemmeno delle patologie dei pazienti [...]. Non c'erano ispettori ufficiali, ci si rifiutava di ammettere gli stranieri e gli amici degli internati raramente ottenevano il permesso di fare visita. I guardiani erano uomini e donne deboli e inutili presi dall'ospedale indigeno generale [...]. I medici abitavano tre miglia fuori dalla città, dove avevano la famiglia e svolgevano servizio privato, mentre stavano solo la mattina un'ora in manicomio. Il medico capo, assistito da un indigeno robusto, era un ebreo italiano che non aveva nessun diploma di medicina [...]. Non aveva nessun senso pratico, e nel lavoro di riforma era inutile tanto quanto suo fratello, un paziente idiota dell'asilo”.

<sup>77</sup> “La riorganizzazione del manicomio di Abbassiah fu cominciata nel 1883 da F. M. Sandwith, poi diventato vice direttore dei servizi sanitari, in seguito a gravi accuse contro l'istituzione portate avanti dalla *Egyptian Gazette* e in un memorandum ufficiale dell'ufficiale medico capo dell'esercito egiziano. Sandwith ha completamente rivoluzionato il manicomio e, anche se molto è stato fatto anche in seguito, le basi sono state poste da lui”, *Hospital Administration in Egypt*, «The British Medical Journal», May 31<sup>st</sup> 1890, p. 1206.

sforzi già intrapresi, ha introdotto nuovi provvedimenti”. Ad esempio, nel 1887, dota la struttura di cinque celle imbottite, “le prime di quel genere in Egitto”; introduce inoltre una regolamentazione delle ammissioni, che devono essere sottoscritte da due sanitari<sup>78</sup>, nonché dei passaggi che portano il malato – qualora sia il caso – dall’ospedale generale al manicomio<sup>79</sup>.

Nel suo articolo Sandwith tenta una classificazione delle psicopatologie più diffuse e delle loro cause, senza alcuna pretesa di esaustività, dal momento che “ancora non vengono prese note cliniche nel manicomio”<sup>80</sup>. Per quanto riguarda gli uomini, l’hashish si colloca al primo posto tra le cause di follia: “i pazienti in acuto arrivano molto eccitati con idee di esaltazione, più raramente malinconici. Vengono trattati dapprima con una purga, poi con bagni freddi e una dieta ordinaria, e bromuro di potassio, spesso insieme a cloro e laudano”. L’eccitamento religioso – “sintomo piuttosto che causa del disturbo” – non è raro: il manicomio ospita sempre qualche folle che si crede un profeta. Gli idioti non costituiscono un gruppo rilevante, “perché gli egiziani tengono a casa i deboli di mente indifesi e solo poche eccezioni fanno la loro comparsa al manicomio”. Ci sono poi i melanconici, gli ipocondriaci, gli affetti da nostalgia. I maniaci in preda ad eccitamento sono frequenti e vengono trattati con “impacchi freddi alla testa, bagni freddi, bromuro e cloro”, indossano le camicie di forza quando serve o sono rinchiusi nelle celle imbottite. Infine “gli omicidi non sono separati dagli altri pazienti”. Per le donne, il

---

<sup>78</sup> “Prima del 1886 i pazienti erano ammessi senza certificati regolari, inviati dal Mudir o dalla polizia, mentre ora bisogna scrivere una serie di documenti per ciascun alienato. La polizia o le persone vicine al paziente comunicano in primo luogo con il medico capo della provincia, che esamina il paziente e lo invia, se lo ritiene malato di mente, all’ulteriore esame da parte di due dottori, che lo visitano e certificano in dettaglio i sintomi dell’alienazione”, F. M. Sandwith, *The Cairo Lunatic Asylum*, «The Journal of Mental Science», January 1889, pp. 473-490 (486).

<sup>79</sup> Il medico italiano viene sostituito da un musulmano (“non parla nessuna lingua europea e apparentemente non ha nessuna nozione intorno all’alienazione, ma la sua presenza è una garanzia contro il maltrattamento dei componenti del suo gregge”); ha un assistente anch’egli indigeno, formatosi con Charcot alla Sapetrière e con Ball all’ospedale Saint Anne di Paris. Entrambi “passano l’intera mattina al manicomio, mentre per il resto della giornata sono sostituiti dall’addetto alla dispensa o dall’economista”. “Quando si presentano casi di pazzia nell’interno del paese, in prima istanza vengono trasportati all’ospedale più vicino, poi, non appena la diagnosi viene stabilita, vengono trasferiti al manicomio dell’Abbassiah. Vige una regola nell’amministrazione sanitaria in base a cui i pazienti mentali non devono essere detenuti a livello locale per più di quarantotto ore. Prima, nell’antico regime, queste sfortunate creature erano tenute incatenate per settimane o per mesi e il regolamento ora menzionato venne messo in atto per porre fine a questo scandalo”, *Indian Hemp and Insanity in Egypt*, «The British Medical Journal», December 30<sup>th</sup> 1893, p. 1452.

<sup>80</sup> E che “chi scrive sa di psicologia ancora meno di quanto conosca l’arabo”.

cui numero al manicomio di Abbassiah in quegli anni varia tra 60 e 80, le cause più frequenti di disturbo psichico sono “alcol, hashish, un marito cattivo, disperazione per la perdita di un figlio,”<sup>81</sup>. L'autore fa poi una notazione, *en passant*, proprio mentre descrive alcuni casi di malati rinchiusi all'Abbassiah, sugli “Egiziani sani di mente” che sarebbero “come bambini cresciuti”: nell'economia del testo, ricco invece di descrizioni di individui e delle loro manifestazioni patologiche, l'accento è, per così dire, secondario<sup>82</sup>, ma dimostra come l'accostamento degli indigeni “normali” ai bambini europei fosse diffuso e dato per scontato.

Quando nel 1895 il dottor Warnock prende la direzione del manicomio del Cairo, lo trova in pessime condizioni e con un tasso di mortalità pari al 33 per cento annuo. Ci sono 304 uomini e 136 donne: “molte pazienti non avevano nome e uno dei miei primi compiti fu di assegnare loro dei nomi” racconta Warnock, orgoglioso del gesto di “nominare”, ancor prima che le patologie, gli individui stessi. Anche se da parte del personale subalterno non c'è “crudeltà intenzionale, vige di certo molta trascuratezza e mancanza di attenzione”. Non vengono tenuti registri e non si utilizza la “classificazione moderna dei pazienti”. Warnock provvede subito a questa carenza e dal primo luglio 1895 sono in uso “schedari moderni, registri, archiviazione post-mortem, documenti di ammissione, registro chirurgico, diario medico settimanale, fogli di lavoro, note mediche giornaliere, libri di reparto [...] stampati in arabo e in inglese” e “isolamento e contenzione meccanica vengono registrati, come in Inghilterra”. Vengono aggiunti padiglioni, si eliminano le stanze imbottite; “i pazienti vengono riclassificati e l'area dei dormitori ampliata”. Quasi ogni anno delle risorse finanziarie sono allocate per l'assistenza psichiatrica: l'ospedale cresce, nel 1910 supera i mille posti letto, nel 1912 ne viene aperto un altro a Khanka; nel 1920 il numero di pazienti nelle due strutture supera

---

<sup>81</sup> Così Sandwith passa in rassegna alcuni casi che lo colpiscono: “Un'italiana che prega sempre, due casi di malinconia cronica ciascuno insorto quattro anni fa, [...] una donna cieca demente cronica, un caso di demenza senile con emiplegia, una ragazza erotomane e una donna isterica al climaterio con una storia di follia ereditaria. [...] Un caso di debolezza mentale in una donna ritenuta *rara avis*, perché non si era mai sposata. Pensa di essere posseduta da una santo chiamato Mohammed, si adorna con orecchini e braccialetti fatti di corda intrecciata. Vicino a questa c'era una maniaca cronica, internata da due anni, che aveva partorito al manicomio”.

<sup>82</sup> Serve per dire che ugualmente, “quando sono malati di mente sono lo stesso abbastanza semplici da gestire”, come bambini appunto; almeno così sembra suggerire la lettera del testo.

abbondantemente quello dei letti, la corsa all'ampliamento continua. La Tunisia assumerà come modello l'organizzazione dell'assistenza al Cairo, basata su due manicomi e un annesso della prigione per gli alienati criminali; Henri Bouquet, allievo di Antoine Porot, che ritroveremo nel capitolo sulla psichiatria nelle colonie francesi, scrive a questo proposito nel 1909: "Insomma, l'assistenza agli alienati è davvero ben organizzata in Egitto, e un fatto su cui bisogna attirare l'attenzione è che la maggior parte degli individui che forma la clientela del manicomio sono dei musulmani, simili a quelli della Tunisia, ai quali si è riusciti perfettamente a far accettare la concezione moderna dell'assistenza agli alienati"<sup>83</sup>.

### **Sud Africa**

Il manicomio di Robben Island, che dal 1846 ospita alienati e malati cronici, tra il 1852 e il 1871<sup>84</sup>, in ragione di scandali e denunce, è oggetto di un'energica azione di riforma in seguito a cui "il manicomio ha migliorato la propria condizione orientandosi alla cura, adottando un sistema moderno e umano fatto di cura morale e *no-restraint*, metodi già applicati nei manicomi inglesi"<sup>85</sup>. Tuttavia, la naturale associazione di tale manicomio con l'idea di esilio e prigionia, con l'internamento di cronici e il persistere di pratiche detentive più che curative, porta negli stessi anni a una "marginalizzazione" del manicomio di Robben Island, che procede di pari passo con l'apertura di altre strutture sulla terraferma<sup>86</sup>. Questo proliferare di manicomi corrisponde anche a una razzializzazione della psichiatria in Sud Africa; la

---

<sup>83</sup> Henri Bouquet, *Les aliénés en Tunisie*, Thèse Lyon 1909, p. 98.

<sup>84</sup> Harriet Jane Deacon, *Madness, race and moral treatment: Robben Island lunatic asylum, Cape Colony, 1846-1890*, «History of Psychiatry», 7, 1996, pp. 287-297. Alle pp. 290-291 spiega le origini di tale preoccupazione: il sovrintendente medico di Robben Island, dottor Birtwhistle, viene accusato per non essersi adeguato a "trattare i malati mentali come una categoria speciale di pazienti per cui la punizione non è indicata" nonché per il fatto di sfruttare la sua posizione per favori economici e sessuali. Le accuse sono un segno evidente dal cambiamento dei tempi e di un approccio più umanitario alla questione dei malati mentali, della loro terapia e della gestione dei luoghi del loro internamento. Il medico viene licenziato nel 1855 e contestualmente si decide di eliminare l'istituzione di Robben Island. In realtà, alcuni anni dopo, si opta – anche per ragioni economiche – per la riforma del manicomio voluta dal nuovo sovrintendente medico, dottor Edmunds.

<sup>85</sup> Così, "con il miglioramento della percezione pubblica, un numero maggiore di donne bianche della *middle class* vengono mandate in questa struttura", *ivi*, p. 288.

<sup>86</sup> Il manicomio di Grahamstown (Fort England Asylum) nel 1875, quello di Port Alfred nel 1888, quello di Fort Beaufort nel 1894 e quello di Valkenberg nel 1891.

distinzione razziale tra gli alienati – accompagnata da teorie sulla minorità del nero incardinate in pubblicazioni scientifiche e concretizzate nella segregazione – si aggiunge alle consuete distinzioni dei malati per tipo e gravità della patologia e per pericolosità: Port Alfred Asylum, ad esempio, ospitava “malati cronici, anziani e poveri”<sup>87</sup>; Robben Island tratteneva “lebbrosi, poveri e criminali”<sup>88</sup>; il Somerset Hospital, ospedale generale esistente dal 1825, accoglieva anche alienati non pericolosi. Nell’ultimo quarto del XIX secolo esistono dunque istituzioni che, se in un primo tempo “accoglievano sia pazienti bianchi che neri”<sup>89</sup>, presto si distinguono in strutture per i bianchi e strutture per i “*coloured*”. Il Valkenberg Asylum, nella periferia di Città del Capo, è un manicomio per soli bianchi (dall’apertura nel 1891 fino al 1916, quando viene inaugurata una sezione, separata, per i neri), “il primo manicomio completamente segregazionista della colonia, creato per provvedere ai casi delle classi superiori, per i quali c’era possibilità di recupero e cura”. Il Fort Beaufort Asylum, aperto nel 1894 nella parte orientale della colonia, è il primo manicomio per soli neri (con una sezione per donne nere aperta nel 1897). Il Grahamstown asylum, fondato nel 1875, nel 1908 si trasforma in “istituzione solo per bianchi”. Nel 1891, quando il «Lancet» pubblica un articolo su *Lunacy at the Cape*<sup>90</sup>, si rileva dunque l’esistenza di ben cinque istituzioni nella colonia del Capo in cui sono internati gli alienati certificati. Alcune sono assimilate a delle prigioni, o meglio, manicomi e prigioni sono intercambiabili: “data la carenza di spazi nei manicomi, le prigioni della colonia continuano a essere largamente usate come surrogati dei manicomi”<sup>91</sup>. La contiguità del trattamento dei malati e della

---

<sup>87</sup> Harriet Deacon, Howard Phillips, Elizabeth van Heyningen (a cura di), *The Cape Doctor in the Nineteenth Century: A Social History. Clio Medica*, no. 74, Wellcome Series in the History of Medicine, Rodopi, Amsterdam 2004.

<sup>88</sup> Thomas Duncan Greeless, *Lunacy administration in Cape Colony*, «Journal of Mental Science», April 1910, pp. 261-272.

<sup>89</sup> Sally Swartz, *The Black Insane in the Cape, 1891-1920*, «Journal of Southern African Studies», 1995, pp. 399-415 (399). In particolare, “in quest’epoca, una politica informale di segregazione razziale si sovrapponeva alla classificazione dei pazienti in base alla classe: i pazienti solventi della *better class*, spesso bianchi, erano separati dai pazienti neri, violenti e incontinenti, e da quelli che erano impiegati nel lavoro manuale. In tutti i manicomi si tentava anche di separare gli uomini dalle donne, non sempre con successo”.

<sup>90</sup> *Lunacy at the Cape*, «The Lancet», November 21<sup>st</sup> 1891, p. 1186.

<sup>91</sup> A tale proposito il dottor Dodds, primo ispettore dei manicomi del Sud Africa (tra il 1889 e il 1913), informa che al primo gennaio del 1890, 35 malati mentali si trovavano in prigione, e che

detenzione dei criminali è dovuta anche alla legislazione a quel tempo vigente: come rileva Dodds, consigliere tecnico del governo e ispettore dei manicomi, che seguirà da vicino l'elaborazione e l'emanazione dei *Lunacy Acts* nell'ultimo decennio del secolo, "l'intero processo di certificazione legale dei casi di follia è subordinato all'esistenza di atti o manifestazioni di tipo criminale"<sup>92</sup>.

Al di là di questi difetti, non irrilevanti per il regolare funzionamento degli ingranaggi del sistema, ma che verranno sanati con i *Lunacy Acts* del 1891<sup>93</sup> e del 1897<sup>94</sup> modellati sulla legislazione inglese, vi sono anche dei miglioramenti, come rileva l'ispettore già nel suo rapporto del 1890, citando il principio-guida della psichiatria: "curare i curabili e immettere qualche bagliore di luce nelle vite di quelli che non possono essere curati", con l'obiettivo di creare "con spirito liberale e illuminato" una rete di manicomi "che ci diano credito come colonia", per un

---

durante l'anno 82 nuovi casi vi vengono ammessi, per un totale di 117 pazienti psichiatrici trattati per un periodo più o meno lungo all'interno delle prigioni.

<sup>92</sup> Il che significa che, in base al *Lunacy Act* del 1875, un folle deve commettere un qualche delitto, esserne imputato e in ragione di ciò "incappare nelle maglie della legge"; anche se da un lato questa procedura non viene in genere impugnata dai parenti del malato e dall'altro costituisce un rischio per i medici che potrebbero essere legalmente perseguiti nel caso di detenzione illegale di un paziente (avendo firmato un "*lunacy certificate*") a meno che si tratti chiaramente di un "caso di intervento di polizia". Perciò circa cinque sestimi dei pazienti detenuti nei manicomi lo sono "all'infuori dei regolamenti" essendo internati invece "in base a istruzioni o circolari della Segreteria coloniale". In seguito, anche in relazione all'"esperienza della madrepatria in merito ai problemi legali legati ai regolamenti dell'alienazione, si giustifica il bisogno urgente di occuparsi della questione, trattandola in modo efficiente attraverso l'approvazione di una legge che possa provvedere, tra le altre cose, all'ammissione nei manicomi dei casi ordinari di alienazione considerandoli distintamente dai casi criminali e pericolosi".

<sup>93</sup> La macchina legislativa si mette in moto anche in relazione a un caso specifico di denuncia: nel 1890 "una donna, internata in uno dei manicomi per ordine del segretario coloniale, ha denunciato il governo per detenzione illegale, e il giudice, nell'ordinare il suo rilascio immediato, ha fatto severi rimproveri a qualsiasi dipartimento del governo che si assumesse dei poteri del genere, che non gli erano conferiti da un atto del Parlamento. Questo accadeva nel 1890, e il Governo, minacciato da numerose denunce per detenzione illegale, fu forzato a introdurre il *Lunacy Bill*, che è passato e diventato legge nel 1891 [...]. Il *Lunacy Act* del 1891 è stato un immenso passo avanti rispetto a quello che esisteva prima, ma l'esperienza del suo funzionamento ha provato che ha numerosi difetti, specialmente in un paese dove le distanze sono così grandi per cui i certificati, firmati a casa del paziente, sono già scaduti prima che il paziente possa raggiungere il manicomio", Duncan Greenless, *Lunacy Administration in Cape Colony*, «Journal of mental Science», April 1910, pp. 262-263.

<sup>94</sup> Secondo il dottor Greenless, l'emendamento del 1897 elimina molti dei difetti presenti nell'Act del 1891, "con il risultato che per la sua semplicità e facile applicazione [...] non esito a dire che uscirebbe positivamente da qualsiasi comparazione con i diversi *lunacy acts* esistenti", *ivi*, p. 263. Addirittura questa legge sarebbe "sotto molti punti di vista migliore del nostro *Lunacy Act*, dato che la questione delle ultime disposizioni di una persona, qualora venga privata della libertà, è molto importante", *ivi*, p. 268.

“trattamento più umano degli alienati”<sup>95</sup>. Ha modo così di confrontare la situazione sudafricana con quella inglese; in questo senso

ha fatto di più per gli alienati la colonia sudafricana in questo breve lasso di tempo [1890-1910] che non l’Inghilterra nel corso dell’ultima generazione. Con i suoi costumi conservativi, senza dubbio ‘accelera piano’ [...]; ma dovrebbe darsi da fare nella corsa della civilizzazione, se non vuole essere lasciata indietro dai suoi figli, ovvero le colonie. Già nell’amministrazione e nella legislazione manicomiale dovrebbe prendere esempio (*she would do well to take a lesson*)<sup>96</sup>.

In un articolo apparso sul «Journal of Mental Science» nel 1895 Duncan Greenless<sup>97</sup> offre un quadro dei pazienti indigeni curati a Grahamstown nel ventennio 1875-1894<sup>98</sup>. Il direttore annovera, tra le cause della malattia mentale, “eccesso nel bere e nel fumare *dagga*, una pianta che assomiglia alla cannabis indiana”; nomina la masturbazione: benché non sappia dire “se giochi una parte importante nel causare l’alienazione” afferma che “gli indigeni sono dipendenti da questa abitudine, che peraltro è un chiaro sintomo di alienazione tra gli indigeni internati”. La mania che “rappresenta una perdita degli strati inferiori e meno sviluppati della macchina mentale” è la patologia più diffusa è la mania; essa si manifesta comunque in forme più semplici rispetto a quelle che colpiscono i bianchi. La malinconia è rara e “non è mai così acuta come si presenta nei bianchi”;

---

<sup>95</sup> Dodds, cit. in Sally Swartz, *The Black Insane in the Cape, 1891-1920*, «Journal of Southern African Studies», 21, 3, 1995, pp. 399-415 (401). “I regolamenti relativi alle ammissioni sono stati rimodellati in modo da porre fine alle vessazioni relative ai tempi di ammissione e rilascio dei pazienti. Si presta molta attenzione all’occupazione dei pazienti, con risultati notevoli. Si organizzano passeggiate quotidiane oltre i confini del cortile; gli alti muri in diversi casi sono in corso di demolizione; si offrono divertimenti in maniera più liberale; è stata introdotta maggiore varietà nelle diete; ei reparti, che sono le loro case, sono stati rinnovati e resi più gradevoli [...]. C’è una positiva diminuzione del ricorso all’isolamento e alla coercizione”.

<sup>96</sup> Duncan Greenless, *Lunacy Administration in Cape Colony*, cit., p. 271.

<sup>97</sup> Id., *Insanity among the natives of South Africa*, «Journal of Mental Science», January 1895, pp. 70-78.

<sup>98</sup> Al Grahamstown asylum sarebbero entrati 473 indigeni “da ogni parte del paese” (ivi, p. 75), 319 uomini e 154 donne. 133 sarebbero stati dimessi guariti, 146 trasferiti in altre istituzioni, 114 morti in manicomio (pochi per cause cerebrali, la maggior parte per patologie polmonari). La patologia mentale colpirebbe gli uomini per lo più tra i 25 e 30 anni, le donne tra i 30 e i 35; relativamente all’età di prevalenza dei disturbi mentali, i dati relativi ai nativi si avvicinano a quelli relativi alle “razze bianche” (ivi, p. 72).

tuttavia è probabilmente sotto diagnosticata nella popolazione internata in ragione delle difficoltà di comunicazione e della percezione diffusa tra i medici che gli indigeni fossero meno portati a soffrirne<sup>99</sup>. Inoltre “non ci si attende che malattie che hanno la loro origine in preoccupazione o angoscia si manifestino” in un contesto di vita semplice. L’epilessia si riscontra soprattutto tra le popolazioni “sottoposte all’influenza della civilizzazione” e “non la si ritrova nelle forme acute da cui sono affetti i bianchi”; la paralisi generale è praticamente sconosciuta “tra gli indigeni, puri e incontaminati”.

Oltre ai dati statistici, Greenless fornisce anche approfondimenti dottrinali, permettendoci di evocare alcune delle teorie allora più in voga in quel filone della psichiatria che si accostava ai popoli cosiddetti primitivi, cercando di comprenderne la psiche, e di classificarne le patologie. Euclea innanzitutto il problema della scarsità di dati e di conoscenze (“le informazioni a nostra disposizione [...] sono scarse in quantità e, se possibile, ancora più scarse in qualità”) persino volendosi limitare a delineare la “condizione mentale normale”:

Forse una delle ricerche più difficili è lo studio delle caratteristiche mentali delle razze selvagge e, prima di formulare teorie riguardo la loro storia psichica, è necessario effettuare uno studio accurato sui loro modi di vita, il loro stato mentale normale, e gli elementi di folklore accessibili. Sfortunatamente il materiale relativo alle normali condizioni mentali degli abitanti del Sudafrica a nostra disposizione, è molto limitato.

Prosegue facendo emergere l’elemento della razza che si salda con quello del grado di civilizzazione a determinare l’incidenza patologica, ma anche la condizione mentale “normale”:

La storia del Sudafrica è di enorme interesse e sembra un romanzo. Forse in nessun altro paese l’influenza dell’uomo bianco è stata così forte e gli effetti devastanti della civilizzazione moderna sugli indigeni così sentiti. [...]

---

<sup>99</sup> Cfr. Sally Swartz, *Changing diagnoses in Valkenberg Asylum, Cape Colony, 1891-1920: a longitudinal view*, «History of Psychiatry», 24, 1995, 6, pp. 431-451 (443).

Inoltre una classificazione rigorosa è impossibile, perché le razze sono ormai mischiate [...]. Infatti, il Bastardo – un misto di sangue bianco e nero – sembra presentare moralmente tutte le peggiori caratteristiche di entrambe le razze, e la posizione che occupa è così degradata che è obbligato a stare con i suoi fratellastri di colore<sup>100</sup>.

Emergono qui potentemente i primi tratti di una psichiatria razzista, che si andrà puntualizzando nei decenni successivi; i pazienti di colore sono stigmatizzati, la loro impurità è nella pelle come nelle menti, nei costumi sociali come nelle attitudini morali. Dunque Greenless, osservando e registrando la popolazione manicomiale, mette alla prova e conferma, in primo luogo, la teoria diffusa secondo cui il grado di civilizzazione contribuisce a differenziare il livello di incidenza delle patologie mentali (a una maggiore civilizzazione corrisponde una maggiore sensibilità al disturbo psichico). Ad esempio, le tribù degli Ottentotti e dei Kefir, in contatto da più lungo tempo con gli Europei, “sono ora esposti a quei disturbi fisici e mentali che colpiscono l’emigrante africano [...]. Rispetto alle altre tribù loro, per la maggior parte, si tengono ancora alla larga dalla civiltà, ma verrà presto il momento in cui la civilizzazione li travolgerà con i suoi effetti perniciosi, portando con sé innumerevoli malattie, e sterminando infine tutte le razze che si oppongono al suo avanzare”. Inoltre, nell’annoverare l’utilità dell’anatomia comparata e delle osservazioni e misurazioni cerebrali<sup>101</sup>, Greenless fa propria una più grossolana comparazione tra il cervello degli indigeni e quello dei bambini europei: “il cervello indigeno ha il suo analogo nel cervello del bambino europeo; sotto molti aspetti gli attributi mentali sono simili a quelli di un bambino, e nell’esaurimento nervoso del cervello infantile si possono indagare le condizioni da un punto di vista che non può essere ottenuto in nessun altro modo”.

Avvicinandosi ai canoni della psichiatria europea, in quanto alle procedure legali di ammissione, all’ergoterapia, al “moral treatment”, la sua variante africana (sudafricana nel caso specifico) se ne distingue approfondendo la questione razziale

---

<sup>100</sup> Duncan Greenless, *Insanity among the natives*, cit., pp. 71-72.

<sup>101</sup> “Al manicomio di Grahamstown stiamo conducendo una serie di osservazioni a occhio nudo e al microscopio sul cervello degli indigeni e questo studio, quando sarà completo, sarà la prova dei vantaggi dell’anatomia comparata”.

come discriminante che sarebbe all'opera sia nella diffusione delle patologie che nel trattamento conseguente.

Sull'onda di quanto sostenuto da Greenless, anni dopo J. T. Dunston, membro della commissione sui disordini mentali dell'Unione sudafricana esporrà la sua convinzione di avere a che fare, in Sudafrica, con una razza mentalmente inferiore:

Dal fatto che in tutte queste generazioni gli indigeni non hanno fatto nessun progresso da soli in nessuna arte della civilizzazione e nonostante siano stati per gli ultimi due o tre secoli in contatto sempre più stretto con la civiltà bianca, la loro vita di villaggio è stata poco influenzata, si può inferire che sono mentalmente una razza inferiore. Questa impressione è rafforzata da altri fatti: sono estremamente infantili ed emotivi, mancano di iniziativa, raramente mostrano previdenza o preoccupazione per il futuro. [...] Inoltre si orientano nel tempo in maniera molto vaga: non hanno idea della loro età e quasi nemmeno dello scorrere del tempo. [...] Non hanno una lingua scritta, strumenti musicali solo rudimentali, e una minima idea dei colori<sup>102</sup>.

Riguardo le patologie psichiatriche, Dunston non ha osservato nessun caso di paranoia vera e propria, semmai “idee fisse non sistematizzate e senza allucinazioni”; si chiede “se il fatto che la paranoia apparentemente non esiste tra gli indigeni è segno della loro inferiorità mentale” poiché non avrebbero “abbastanza *reasoning power* per diventare paranoici”. Considerazioni come queste suggeriscono allo psichiatra l'idea che “l'indigeno, persino quello dalle tribù migliori (*best tribes*) probabilmente appartiene mentalmente a una razza inferiore” e questo “difetto dei neuroni” non può essere corretto né dall'educazione, né dall'ambiente, né da altri fattori; solo “una mutazione potrebbe portare al livello di avanzamento delle razze più elevate”. Il problema è quello delle possibilità di civilizzare un popolo mentalmente inferiore, che potrebbe invece essere destinato, nonostante gli sforzi

---

<sup>102</sup> Dunston, *The problem of feeble-minded in South Africa*, «Journal of Mental Science», October 1921, pp. 449-458.

educativi imposti dall'esterno, a non raggiungere gradi superiori. Così Dunston articola il problema:

C'è lo stesso pericolo sia nel sottostimare la loro capacità di assorbire la civilizzazione superiore, che nel sovrastimarla. Solo il tempo potrà mostrarlo, ma è essenziale comprendere che il problema esiste ed è di così fondamentale importanza per il futuro che non possiamo spingerci a conclusioni affrettate, ma dobbiamo condurre indagini psicologiche accuratissime. Non essendo stati in grado di capire (*to decide*) lo status mentale dell'indigeno, è impossibile pronunciarsi sui gradi più elevati di "difettosità" tra gli indigeni.

Se in questo modo Dunston ha "cercato di indicare in che cosa consiste il problema dei mentecatti in Sudafrica" ritenendo "da quello che ha letto" che sia "lo stesso negli altri paesi", vedremo tra breve come negli altri paesi africani si procedeva nell'indagare e comprendere la mentalità indigena. Mentre in Africa occidentale il settore psichiatrico era meno sviluppato che nel resto dei possedimenti inglesi e necessitava per questo di inchieste che svelassero da un lato il funzionamento della macchina assistenziale e dall'altro l'incidenza e la natura della malattia mentale per provvedervi adeguatamente, in Africa orientale vi erano diversi psichiatri che avevano acquisito notorietà per le loro teorie sulla psiche indigena, costituendo la scuola nota come "East African School of Psychiatry".

### **L'Africa Occidentale e l'inchiesta del 1936 "to advise on treatment of lunatics"**

Il 2 agosto 1935 nell'aula della House of Commons, il luogotenente-colonnello Sir Arnold Wilson rivolge al segretario di Stato per le Colonie, M. MacDonald, un'interrogazione parlamentare che suona così: "si chiede al Segretario di Stato per le Colonie se è consapevole che i malati di mente pur non avendo commesso alcun crimine, sono incarcerati nelle prigioni del Kenya, del Tanganika e della Nigeria; e se, data l'umanità di questa pratica e le sofferenze che genera, sia ai

malati di mente che agli altri detenuti, abbia intenzione di prendere delle misure per porvi fine”<sup>103</sup>. Il 22 ottobre 1935 il Segretario di Stato per le colonie risponde in sede parlamentare a Wilson secondo le informazioni ottenute dai governatori dei paesi coinvolti e assicura che sta approfondendo la questione (*looking into the matter*)<sup>104</sup>.

Infatti, già dalla metà di agosto, pochi giorni dopo l’interrogazione parlamentare, presso il *Colonial Office* si accumulano documenti ufficiali e confidenziali su questo tema. “Se non vogliamo finire in uno scandalo per queste vicende, dobbiamo cercare qualcuno che si dedichi a tempo pieno a visitare tutti i manicomi e approfondisca tutte le questioni relative agli alienati sul posto”<sup>105</sup>.

L’indagine è ritenuta più urgente per quel che concerne le colonie dell’Africa occidentale, mentre si rimanda l’approfondimento della questione per le colonie dell’Est. Secondo il segretario di Stato,

le colonie dell’Africa Occidentale non hanno avuto disponibilità di fondi per costruire dei grandi ospedali psichiatrici o manicomi [...] e anche qualora quei fondi si fossero rivelati disponibili, restava aperta la questione dell’opportunità di tali grandi istituzioni per l’internamento degli alienati. [...] È nella presente fase di depressione che va costruito un approccio (*policy*) alla malattia mentale in Africa Occidentale, in modo che quando

---

<sup>103</sup> CO 847/5/5 (National Archives, London-Kew): “Treatment of Lunatics, Parliamentary question, Africa 1935”. Questo il testo originale: “to ask the Secretary of State for the Colonies, whether he is aware that insane persons who have committed no offence are incarcerated in the prisons of Kenya, Tanganyka and Nigeria; and whether, in view of the inhumanity of this practice and the suffering it causes, both to the insane persons and to the other prisoners, he will take steps to end it”.

<sup>104</sup> In Tanganika “un sospetto alienato può essere detenuto in prigione per un periodo non superiore a trenta giorni”. In Kenya “alcune prigioni sono organizzate (*scheduled*) come asili per alienati. Ci si sforza di assicurare la segregazione totale della popolazione alienata da quella criminale della prigione. È stato di recente approvato un finanziamento per l’ampliamento dell’ospedale psichiatrico di Mathari”. In Nigeria “gli alienati per cui non c’è posto nei due manicomi esistenti, sono detenuti nelle prigioni. Sono tenuti separati dai criminali e indossano una divisa speciale. L’inopportunità di tenere insieme alienati e criminali è assolutamente riconosciuta, ma le diverse richieste di spesa fatte al Governo hanno sinora impedito che si provvedesse a dotare il paese di nuovi manicomi”.

<sup>105</sup> Inizialmente si pensa al dottor McLagan, *lunacy specialist* in Ghana (Gold Coast), per adempiere a quel compito, anche se “anche se è più preparato sul trattamento istituzionale dei casi”; al dottor Gordon, “*a good mental man*” a cui potrebbe piacere “una missione itinerante” (*roving*); e ci si rammarica che il dottor Home abbia lasciato la Nigeria, altrimenti avrebbe potuto assumersi l’incarico.

arriveranno tempi migliori, una tale politica potrà essere implementata senza rimandare.

Poiché per assumere il compito di visitare le colonie dell’Africa occidentale e valutare le misure da prendere si ritiene sia preferibile incaricare un medico che abbia già partecipato ad una commissione sulla *lunacy* e quindi abbia maggiori strumenti di valutazione rispetto a chi abbia ricoperto solo ruoli clinici o istituzionali, viene scelto il dottor R. Cunyngham Brown<sup>106</sup>; si ritiene infatti “molto difficile ottenere i servigi di un altro *medical man* con lo stesso bagaglio di esperienza sul controllo degli alienati”.

All’inizio del 1936 viene inviata una circolare ai governatori della Nigeria, della Gold Coast, della Sierra Leone e del Gambia, con la quale vengono informati delle intenzioni del segretario di Stato per le colonie in merito all’indagine da condursi in loco sulla situazione dell’assistenza psichiatrica e della detenzione dei pazienti:

Ho l’onore di informarvi che la questione della cura e del trattamento degli alienati nell’Africa Tropicale è stata portata alla mia attenzione nel corso di un’interrogazione della Camera dei Comuni, al mio predecessore il 2 agosto 1935 [...]. Sono consapevole che non è certo che nelle condizioni sociali dell’Africa Occidentale, l’istituzione di vaste strutture per l’internamento degli alienati sia opportuna, e che in ogni caso al momento attuale non ci sono fondi disponibili per la costruzione di grandi ospedali psichiatrici. D’altro canto però mi rammarico dell’indefinito perpetuarsi del sistema in base a cui, in certe *dependencies*, gli alienati per cui non ci sia posto nei manicomi esistenti siano detenuti in prigione, sebbene in alcuni casi separati dai criminali; sono sicuro che converrete con me sul fatto che si debbano intraprendere i primi passi per elaborare una politica chiara per trattare il problema, da adottare poi senza esitazione quando le finanze lo permetteranno. A questo proposito è stato suggerito che il primo passo da fare è di ottenere la disponibilità di un esperto nella gestione e controllo

---

<sup>106</sup> È anzi lui stesso ad offrirsi per la missione. “[Cunyngham Brown] ritiene che sarebbe meglio avere, per una missione del genere, una persona con esperienza nel Board of control, piuttosto che un uomo con sola esperienza istituzionale”.

dell'alienazione e fargli visitare le colonie dell'Africa Occidentale per studiare approfonditamente le condizioni esistenti ed esporre le sue raccomandazioni di conseguenza. È stato ugualmente suggerito che sarebbe preferibile incaricare di questa missione qualcuno che abbia già lavorato nel *Board of Control for England and Wales* piuttosto che qualcuno che abbia solo esperienza istituzionale. [...] Apprendo con piacere che c'è la disponibilità del dottor Robert Cunyngham Brown, comandante, ex commissario del Board of Control e direttore generale dei servizi sanitari presso il Ministero delle Pensioni, che pare eminentemente qualificato per adempiere al compito. La missione proposta non durerà più di sei mesi durante i quali il commissario visiterà la Nigeria, la Gold Coast, la Sierra Leone e, se possibile, il Gambia.

Nelle risposte che si susseguono nel mese di febbraio, Ghana, Nigeria e Gambia approvano senza esitazioni la linea del segretario di Stato, mentre la Sierra Leone non concorda sulla somma che il suo Governo dovrebbe corrispondere per la missione *to advise and report on care and treatment of lunatics*. Al Colonial Office si mormora tuttavia che il problema reale sia un altro, ovvero se il manicomio della Sierra Leone sia a prova di commissione” (*commissioner proof*).

La missione è così pianificata: il dottore dovrebbe partire il primo aprile 1936 dall'Inghilterra, diretto in Gold Coast, dove resterà un mese, per poi spostarsi in Nigeria dove si fermerà due mesi e mezzo, in seguito in Sierra Leone, per due settimane, e qui valutare se è fattibile una visita anche in Gambia<sup>107</sup>. Durante la missione, che sostanzialmente rispetta il piano, pur aumentandone l'estensione temporale<sup>108</sup>, Cunyngham Brown tiene informato Stanton, il suo referente presso il Colonial Office, delle sue visite, delle sue impressioni, dell'accoglienza presso

---

<sup>107</sup> “Non ritenevamo potesse far visita anche al Gambia, ma si è deciso che se al suo arrivo in Sierra Leone questo si fosse dimostrato possibile, si sarebbe organizzato per la visita al Gambia”.

<sup>108</sup> “I periodi nelle diverse colonie furono ripartiti come segue: in Gold Coast dal 15 aprile al 3 giugno; in Nigeria dal 4 giugno al 19 settembre; in Sierra Leone dal 23 settembre al 22 ottobre; in Gambia dal 23 al 29 ottobre”, Cunyngham Brown, lettera da Marsiglia del 13 novembre 1936.

ciascuna colonia<sup>109</sup>. Così Cunyngham Brown, in una lettera inviata al Colonial Office durante il viaggio di ritorno, riassume l'organizzazione della missione:

L'itinerario all'interno di ciascuna colonia è stato preparato, dopo prevee corrispondenze e conversazioni, dal direttore dei Servizi Sanitari tenendo presenti, *inter alia*, i seguenti oggetti d'indagine: incidenza dell'alienazione (disordine mentale, idiozia, imbecillità); metodi e mezzi attuali di detenzione e trattamento degli alienati e dei sospetti alienati, nei manicomi, nelle prigioni o in sezioni delle prigioni, in ospizi, in ospedali generali, in colonie per lebbrosi o nelle proprie case o nei dintorni di quelle dei medici indigeni (*native doctors*); alcune proposte già in discussione nelle colonie in merito alla questione. Copie degli itinerari sono state fornite in anticipo ai capi delle province e dei dipartimenti per inoltrarle agli interessati, e dopo un periodo di studio nel quartier generale della Sanità, le visite sono state svolte [...]. Quindi in ogni località sono stati visitati ospedali, dispensari, servizi sociali e di maternità, prigioni, celle e riformatori, ricoveri, piazze del mercato (per alienati vagabondi), centri per lebbrosi e grazie all'intermediazione a diversi livelli dei capi locali, anche gli alienati curati nelle loro case o nelle case dei medici indigeni<sup>110</sup>.

La testimonianza di quanto eseguito ed osservato durante la missione si trova nelle lunghe relazioni relative a ciascun paese, redatte nei mesi successivi e spedite al Colonial Office che si premurerà di stamparle e diffonderle presso le amministrazioni coloniali e le maggiori biblioteche londinesi.

Durante il periodo trascorso in **Ghana** (Gold Coast), prima tappa della missione, Cunyngham Brown indaga le dimensioni della questione psichiatrica, ossia “il numero attuale e la percentuale di persone con disturbi mentali”<sup>111</sup> e “la

---

<sup>109</sup> Lettere di Cunyngham Brown in missione spedite a Stanton, del *Colonial Office*. 10 maggio 1936, 24 maggio, 4 giugno, 10 luglio, 4 agosto, 2 novembre, 13 novembre.

<sup>110</sup> Lettera di Cunyngham Brown da Marsiglia del 13 novembre 1936.

<sup>111</sup> Fornire delle cifre rispetto al numero di alienati è pressoché impossibile – il manicomio di Accra nel 1936 ospita 465 pazienti, ma tutti quelli all'infuori di esso sfuggono ai calcoli ufficiali – anche se si opta per un due per mille sull'intera popolazione, proporzione riscontrata anche nelle altre colonie dell'Africa occidentale. “Una stima anche approssimativa dell'incidenza dell'alienazione mentale nelle città e nei villaggi della colonia, non si potrà avere finché degli osservatori competenti non

proporzione relativa [...] delle diverse patologie mentali: idioti, imbecilli, maniaci, dementi, deliranti e per quanti e quali si presenta la necessità di trattamento”; i canali attraverso cui gli alienati e i presunti tali “*come to official notice*”; la loro situazione e il trattamento, “compresi i mezzi ufficiali di internamento e trattamento e se tali mezzi sono impiegati dagli indigeni stessi nei loro villaggi”; le pratiche legali relative agli alienati civili e criminali. Oltre al *colonial asylum* di Accra, la cui fondazione risale al 1887<sup>112</sup>, e alle prigioni dove i sospetti alienati sono detenuti in osservazione, Cunyngham Brown visita anche ospedali, dispensari, mercati, scuole, lebbrosari. In questa colonia non ha modo di visitare un gran numero di alienati nei villaggi indigeni – mentre lo farà nella tappe successive – ma sa che vige un *family-group* o *extended families system*, grazie a cui gli alienati sono “curati, tenuti in casa, talvolta contenuti con mezzi meccanici o curati (*medically treated*) dai medici indigeni, alcuni dei quali sono specializzati nei disturbi mentali”. I pazienti del manicomio non sono necessariamente “rappresentativi come tipologia dei malati mentali della colonia”: infatti si tratta di “un gruppo selezionato, nel senso di solito si tratta di (a) *offenders against the law*, definiti malati di mente come esito di un processo (*criminal lunatics*) o criminali che sono stati definiti malati di mente dopo o durante la permanenza in prigione (*lunatic criminals*); (b) *non-offenders* portati all’attenzione pubblica in genere dai loro parenti o vicini perché hanno infranto i costumi indigeni”. Nelle statistiche del marzo 1936, relative al manicomio di Accra, su oltre 450 internati – in una struttura progettata per 92 – 33 pazienti, 24 uomini e 5 donne, “erano contenuti con mezzi meccanici, con ceppi alle gambe (*leg-irons*) o alle mani (*bandcuffs*)” e altri 22 “isolati per agitazione, violenza o pericolosità”. Anche fuori dal manicomio, sebbene l’attitudine generale dei nativi sia di “attenzione generosa ed assidua, anche se spesso mal direzionata”, molti alienati “erano incatenati o rinchiusi [...] spesso senza che fosse necessario”. La contenzione meccanica è infatti “liberamente e [...] spesso senza bisogno applicata ai malati di mente dai parenti e dai medici indigeni. L’uso è

---

avranno effettuato un’indagine in un numero consono di distretti rappresentativi, cosa che in questa colonia non è mai stata fatta”.

<sup>112</sup> “Nel 1887 viene aperto un manicomio ad Accra, la città principale del Ghana. Gli sviluppi sono simili a quelli del manicomio di Kissy in Sierra Leone: la struttura di Accra diventa presto sovraffollata di criminali, violenti e sfortunati”, Leland V. Bell, *Mental and social disorder*, cit., p. 17.

così comune che non genera particolari preoccupazioni [...] nemmeno nei pazienti che vengono trattati in questo modo”. In ogni caso, le condizioni di sovraffollamento del manicomio e la mancanza di attività per i ricoverati, fanno preferire la permanenza dei malati in seno alle loro famiglie rispetto alla reclusione: Cunyngham Brown nota una certa

riluttanza da parte sia dei funzionari che dei medici a mandare i malati al manicomio di cui si conosce lo stato di sovraffollamento, specialmente se non sono né criminali né pericolosi; mentre preferiscono [...] lasciare alle famiglie anche quelli che avrebbero bisogno di costrizione meccanica, perché comunque in famiglia si assicurano una cura e un’attenzione più umane.

Rispetto all’internamento in manicomio, persino la detenzione in prigione è preferibile, sia dal punto di vista del trattamento (“custodia, cura, benessere e impiego dei prigionieri ordinari”) che del grado di stigmatizzazione: “l’internamento in un manicomio è comunemente vissuto dai parenti come un colpo molto più grave al prestigio della famiglia”. Inoltre le prigioni della colonia della Gold Coast costituirebbero un esempio di “amministrazione penale illuminata e umana”, anche se “per provvedere ai pazienti psichiatrici manca tutto”, per cui se ne stanno essenzialmente legati con dei ceppi e delle catene al pavimento o ai muri. Il fatto che i presunti alienati siano detenuti per lunghi periodi in prigione per osservazione (ossia “l’uso della prigione come luogo di custodia per i sospetti alienati”) non è considerato un’ingiustizia, né fonte di stigmatizzazione. Tuttavia Cunyngham Brown ritiene che si debba porre fine a questa pratica e che il periodo di osservazione per i presunti alienati debba essere trascorso in reparti appositamente creati nelle prigioni, o in unità all’interno di ricoveri per i poveri o ancora in sezioni riservate negli ospedali generali.

Se le prigioni funzionano in maniera esemplare, almeno per la detenzione dei criminali, lo stesso non può dirsi per il manicomio, dove mancano “alloggi adeguati, sistemi di segregazione e classificazione in base alla condotta e alla categoria medica, organizzazione di esercizi e lavori per gli internati, strumenti speciali per l’esame, la

diagnosi, la cura e il trattamento dei soggetti con disturbi mentali”; dove il personale è ridotto, la contenzione è all’ordine del giorno e la mortalità si aggira intorno al 17% sulla media giornaliera dei pazienti. Si tratta di deficienze “comuni alla maggior parte dei sistemi di assistenza ai malati mentali, ai primi stadi del loro sviluppo”, derivanti dal fatto che “la pubblica sicurezza è il principale, se non esclusivo, elemento tenuto in considerazione, e la detenzione la risposta”. Tuttavia in Gold Coast è necessario che lo standard dell’assistenza mentale si innalzi, in collaborazione con i servizi ospedalieri che già esistono e creando formule di assistenza diffusa sul territorio<sup>113</sup> che facciano capo a tre distinti ospedali psichiatrici, di cui due da costruirsi<sup>114</sup>. Tanto più che in “un paese come la Gold Coast, primitivo in origine ma che ora sta rapidamente adottando gli standard europei, ci si attende una crescita del numero di alienati che verrà all’attenzione delle istituzioni”. L’esperienza di altri paesi dimostra infatti che “non appena le condizioni economiche diventano più stabili e le vie di comunicazione aumentano, il progresso materiale avanza e il quadro sociale diventa più complesso, i casi di disordine mentale che si manifestano crescono parallelamente”. Relativamente ai miglioramenti da apportare, l’ispettore fa diverse raccomandazioni: è necessario inserire l’ergoterapia, formare il personale delle strutture psichiatriche, adottare il sistema di affidamento dei pazienti a delle famiglie locali, in particolare a quelle del personale dell’ospedale psichiatrico, quale “supplemento positivo all’internamento istituzionale”, secondo una formula già in uso in diverse realtà europee. I modelli di presa in carico del paziente da parte della famiglia o della comunità, diffusi in tutta l’Africa occidentale visitata da Cunyngham Brown, necessitano di forme di guida, orientamento e supervisione; è una formula che va mantenuta, poiché radicata e benefica sia per il benessere dei pazienti che per il funzionamento del sistema più ampio di assistenza psichiatrica (liberando posti ospedalieri per i casi più gravi, permettendo il seguito di cura per i pazienti dimessi), e va semmai corretto,

---

<sup>113</sup> “C’è ragione di attendersi che, come altrove, la crescente consapevolezza dell’interdipendenza dei disordini fisici e mentali e il bisogno di assicurare i mezzi per uno sforzo medico congiunto, porteranno alla creazione non solo di posti all’interno delle istituzioni, ma anche di dipartimenti per pazienti esterni, reparti psichiatrici negli ospedali generali in comunicazione con il personale medico del manicomio”.

<sup>114</sup> Oltre a quello di Accra, uno andrebbe costruito a Kumasi e uno a Tamale.

migliorato e implementato. Il Governatore della Gold Coast concorda con l'opinione di Cunyngham Brown secondo cui "il bisogno più urgente per la colonia è ora la creazione di un nuovo ospedale psichiatrico", anche se deve rimandare l'attuazione del progetto alla fine della guerra; mentre l'ampliamento del manicomio di Accra, nel giugno 1940, è vicino al completamento.

In **Nigeria**, prima della visita di Cunyngham Brown "to advise and report on care and treatment of lunatics", il Colonial Office aveva già inviato un alienista inglese con il compito di studiare l'alienazione e l'assistenza psichiatrica in quel vasto territorio. Il dottor Bruce Home nel 1928 aveva prodotto la relazione *Insanity in Nigeria* che "contiene, in forma compressa, molti dei dibattiti che sarebbero sorti in seguito su temi come la *cross-cultural diagnosis*, il ruolo della civilizzazione, l'incidenza della malattia mentale per sesso e la percentuale della depressione"<sup>115</sup>. All'epoca di queste inchieste in Nigeria esistono due manicomi, uno a Yaba e uno a Calabar<sup>116</sup>; data tuttavia l'esiguità dei posti disponibili, "alcune parti delle prigioni di Lagos e Lokoja sono state destinate agli alienati e la maggior parte delle prigioni locali per indigeni hanno una sezione, in genere all'infuori del complesso principale, riservata per loro"<sup>117</sup>. Considerata l'inopportunità di rinchiudere nelle stesse strutture prigionieri e alienati, nel 1930 viene presentato un progetto per la costruzione di un altro manicomio, ad Abeokuta, che possa ospitare 500 pazienti, ma la realizzazione non è ritenuta urgente, né i fondi vengono reperiti: richiesti al

---

<sup>115</sup> Jonathan Sadowsky, *Imperial Bedlam. Institutions of madness in colonial Southwest Nigeria*, University of California Press, 1999, p. 99.

<sup>116</sup> "L'assistenza psichiatrica occidentale ha fatto la sua comparsa in Nigeria, l'area più vasta dell'Africa occidentale inglese, nel 1907, con l'apertura del manicomio di Yaba a Lagos; in seguito un'altra struttura per malati mentali è stata aperta a Calabar e nel 1945, il manicomio di Lantoro è stato aperto ad Abeokuta, inizialmente solo per i criminali", Leland V. Bell, *Mental and social disorder*, cit., p. 17. L'ospedale psichiatrico vero e proprio esiste dal 1954, ma il suo antecedente, allora manicomio e ora chiamato "Lantoro Annex" è stato aperto il 13 aprile 1944, quando tredici membri del personale sanitario e ausiliario vengono trasferiti dall'asilo di Yaba per aprire una nuova struttura, i cui primi pazienti furono cinque soldati rimpatriati dal fronte di Burma dopo la seconda guerra mondiale. Lantoro era la ex prigione locale e venne presa prima dai militari e poi dal dipartimento sanitario coloniale. nel gennaio 1946, i primi pazienti civili vengono ammessi a Lantoro. Nel corso dello stesso anno, i criminali ritenuti mentalmente disturbati erano ammessi a Lantoro, in base alle indicazioni dei giudici in accordo alla Lunacy Ordinance. Presto la struttura diventa sovraffollata e si decide di sostituirla con un ospedale per malattie nervose dotato di tutto il necessario. Cfr. il sito dell'ospedale tuttora esistente: <http://neuroaro.com/>

<sup>117</sup> Quando sono detenuti in prigione, gli alienati, civili o criminali, sono tenuti separati dai criminali e indossano un abito distintivo. Nel corso del 1934, 16 *civil lunatics* vengono ammessi in carcere.

*Colonial Development Fund*, esso non li concede, commentando che si tratta di un'opera "che non rientra nella categoria dello sviluppo coloniale"<sup>118</sup> e che anzi confligge con la formula della *Indirect Rule* vigente in Nigeria.

Per quanto riguarda invece la percezione della malattia e le pratiche curative in uso Cunyngham Brown afferma che

Le concezioni sulla natura e le cause del disturbo mentale e la loro traduzione in pratiche di trattamento variano considerevolmente, come d'altronde ci si aspetta in un paese che abbraccia, da un confine all'altro, comunità pagane dall'organizzazione sociale molto semplice, stati musulmani ben sviluppati, che hanno ereditato e mantenuto il loro aspetto e i costumi medievali e sono allo stesso tempo desiderosi di accogliere i benefici del "progresso" occidentale; aree tribali amministrate energicamente da capi indigeni la cui popolazione dimostra una grande ricettività e adattabilità alle forme della civilizzazione europea, di cui sono molto avidi. Quindi si può dire che la Nigeria di oggi fornisce esempi di tutti i capitoli della lunga e triste storia degli alienati in tutti i paesi, dai suoi inizi nell'antichità ai tempi recenti, con l'eccezione degli sviluppi della fine dell'Ottocento e dei primi del Novecento<sup>119</sup>.

Il report sulla Nigeria è particolarmente ricco e ci permette di fare un excursus sui *native doctors*, seguendo le considerazioni del suo compilatore: si tratta in genere di uomini – ma ci sono anche donne – "che esercitano l'arte (*art and craft*) medica e chirurgica, senza avere seguito una formazione e un addestramento

---

<sup>118</sup> CO 847/6/9 (National Archives, London-Kew): "Treatment of lunatics in Tropical Africa, 1936".

<sup>119</sup> Non ho trovato il report dattiloscritto in CO 554/114/12, CO 554/119/6, CO 554/124/19 (National Archives, London-Kew): "Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics", 1938-1939-1940, dove sono collocate le relazioni su Gambia, Gold Coast e Sierra Leone; ho consultato invece la copia a stampa presente in (Wellcome Archives), donato da Alexander Boroffka. In questa copia lo psichiatra tedesco sottolinea le ultime quattro righe sopra citate ed utilizzerà lo stesso concetto, formulato con parole diverse nell'articolo *Psychiatric care in Nigeria*: studiare la "psichiatria nelle varie forme in cui è tuttora praticata in paesi come la Nigeria [...] ci può dare un'idea di come la psichiatria si sia sviluppata nei secoli" nella misura in cui, in contesti come quello, le diverse fasi possono essere osservate in contemporanea, rendendo possibile indagare la "storia permanente della psichiatria", Alexander Boroffka, *Psychiatric care in Nigeria*, «Psychopathologie africaine», XXVII, 1995-1996, 1, pp. 27-36.

sistematico né essere in possesso di diplomi o autorizzazioni all'esercizio", bensì sono investiti di questa carica dalla comunità. Sembra che "i medici indigeni specializzati in disordini mentali formino una classe a sé", in cui l'arte si tramanda di padre in figlio durante un lungo apprendistato. Praticano esorcismi, incantesimi, riti propiziatori e sacrifici, inalazioni o fumigazioni spesso di sostanze stupefacenti, applicazioni di unguenti sulla testa, sul corpo o alle narici, lavaggi di pezzi di legno o di ardesia su cui sono scritti versetti del Corano, pillole e pozioni contenenti potenti rimedi mischiati a tessuti animali come cervello di lucertola, estratti vegetali soporiferi o sedativi; se l'ipnotismo non pare sia applicato ai casi mentali, "la suggestione orale, combinata a droghe soporifere è considerata benefica, fornendo così un'altra analogia interessante con la pratica moderna". Tra i metodi utilizzati ce ne sono poi anche "di crudi, una severa e primitiva contenzione meccanica [...], ma in ogni caso i medici prestano grande cura a ciascuno dei pazienti, da cui sono guardati con rispetto, fiducia e talvolta persino affetto". Cunyngham Brown rileva l'importanza di queste figure e si chiede quale sarà la loro posizione in futuro, quando i servizi europei funzioneranno a regime, questione che dovrà essere esaminata a suo tempo con "pazienza, tatto e buonsenso".

Il medico visita e intervista i pazienti detenuti nelle prigioni, nei piccoli manicomi locali e nei due maggiori, ma anche alcuni di quelli trattenuti a casa o curati dai medici locali. Le interviste costruite sulla base di un questionario preciso servono per stabilire le diagnosi ma anche per scopi statistici e comparativi tra i dati relativi ai pazienti istituzionalizzati e quelli curati in famiglia o nella comunità. Stabilire il numero di alienati è anche in questo caso un'impresa di difficile risoluzione: tra i soggetti segnalati come alienati dalle autorità ai diversi livelli, molti sono risultati avere difetti solo fisici e non psichici; molti vagabondi, soli e indifesi, non sono stati segnalati; la barriera della lingua – nonostante la presenza di un interprete – impedisce di fare diagnosi corrette, così come l'ignoranza dei costumi; i centri più remoti e mal collegati non sono stati visitati; è la distanza dai grandi centri che impedisce agli alienati di manifestarsi, non il fatto che il contatto con la civilizzazione pare rendere la popolazione più vulnerabile alla malattia mentale, mentre l'assenza di tale contatto preservi gli individui: "è nella distanza o nella

mancanza di comunicazione, non nei contatti o nel *clash of culture* che si trova la spiegazione della densità della malattia mentale in colonia”.

Quello di Kissy in **Sierra Leone** rimane per lungo tempo l'unico manicomio esistente nei territori inglesi dell'Africa occidentale, ed è qui che vengono ricoverati anche molti pazienti originari del Gambia, in base a una convenzione tra le due colonie contigue. Nel corso delle sue tre visite a Kissy, Cunyngham Brown intervista tutti i pazienti con il supporto del sovrintendente medico della struttura, ricavandone informazioni soprattutto in merito al livello di occupazione e al comportamento, “due questioni strettamente legate”. I pazienti “ricevono un trattamento medico accurato e sono ben trattati, in modo efficiente e benevolo”, ma quasi il 70% degli internati non si dedica ad alcuna attività, anche se è noto che l'*occupational-therapy* in voga nelle istituzioni mentali europee, “aumenta il benessere, le abitudini e il comportamento dei pazienti [...], trasforma il demente cronico inattivo in un paziente dalla buona condotta, lavoratore e soddisfatto”. Cunyngham Brown informa inoltre il Colonial Office sul suo tour dei villaggi, durante il quale, accompagnato da un interprete, ha potuto visitare alcuni malati mentali, in carico alla famiglia, alla comunità, al capo villaggio e spesso a un medico indigeno. “Mentre i casi incontrati nei villaggi costituiscono un campione ‘naturale’ di alienati, i casi detenuti nell’asilo di Kissy rappresentano un gruppo ‘selezionato’ di pazienti, condotti al manicomio perché potenzialmente o in atto pericolosi o criminali”: interverrebbe dunque un fattore di selezione “artificiale”, com'è ovvio, nella composizione della popolazione internata a Kissy (da riferirsi tanto a questioni di prossimità all’asilo stesso, quanto a istanze di ordine pubblico), mentre quelli che restano fuori, che spesso “sfuggono completamente alla ricognizione ufficiale”, forniscono un esempio più vario e “naturale” dei casi di pazzia in cui si possa incappare. Si tratta spesso di pazienti agli stadi iniziali della malattia, potenzialmente ancora curabili, ma che sfuggendo alle ricognizioni ufficiali, “perdono l’opportunità di essere ricoverati con un trattamento adeguato” – ove il *proper treatment* è visto in opposizione ai trattamenti forniti in seno alla comunità: benevoli ma “ignoranti”<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> I pazienti sono infatti “assistiti con riguardo e trattati con benevolenza anche se spesso in modo ignorante”. L’attitudine dei parenti e della comunità nei confronti dei malati è di “gentile

A ciò fa da contraltare però una migliore situazione “abitativa” nei villaggi: l’alienato “non è imprigionato tra i muri spogli di una *strong-room* di un manicomio, lui da solo con le allucinazione spesso terrificanti come unica compagnia, giorno e notte”.

Cunyngham Brown intervista i pazienti e i familiari, ricostruisce l’anamnesi e esprime una diagnosi. In tal senso “se è vero che la maggior parte [dei pazienti mentali] può essere classificata nelle diverse categorie di disturbo mentale accettate, ciò non vale per tutti”<sup>121</sup>, nel senso che non tutte le forme osservate sono facilmente etichettabili in base alla nosografia che l’ europeo vorrebbe importare. Ciò che più colpisce l’ispettore inglese sono le pratiche terapeutiche locali, di cui la figura del curatore indigeno si fa portatore. Nel caso che qui riportiamo si tratta di un medico musulmano che ha in cura due pazienti visitati da Cunyngham Brown in un villaggio:

Il *mallam* mi ha ricevuto molto cortesemente e mi ha spiegato i suoi trattamenti. Nel primo caso, dopo un periodo di violenza in cui la contenzione in celle si era rivelata necessaria per un mese intero, il trattamento consisteva in “lavacri” di scritture prese dal Corano, inalazioni o “fumi” da foglie bruciate su cui erano stati scritti versetti del Corano, e anche “passi” magnetici quando un certo Djinn appariva al paziente e – così il *Mallam* mi ha assicurato – a lui stesso. L’altro paziente, una giovane affetta da isteria, era trattata con amuleti contenuti in un vaso d’argilla.

Cunyngham Brown, che osserva e dialoga, cerca di incasellare ma allo stesso tempo si interroga attivamente sulle concezioni indigene, fa una digressione sul valore del sogno in relazione all’origine della malattia mentale, o della possessione da parte di uno spirito malvagio,

devo menzionare la frequenza considerevole con cui ho riscontrato sogni, spesso di Djinns, che portavano “bastoni di fuoco”, che gli abitanti dei

---

commiserazione, prendendosi cura degli alienati vagabondi in maniera automatica e naturale, proteggendoli e accudendoli assiduamente in base ai loro principi”.

<sup>121</sup> “Alcuni dei casi osservati, senza dubbio casi di isteria per origine e tipo, per brevi periodi di pochi giorni esibiscono tutti i sintomi di una psicosi acuta da cui poi si rimettono completamente”.

villaggi e i dottori nativi ritengono siano i primi responsabili della malattia mentale. In molti di questi casi, le apparenze oniriche o le presenze mentali erano parte del delirio iniziale dovuto a infezioni febbrili acute di genere diverso; mentre in altri casi la presenza di disfunzioni fisiche era negata ancor più enfaticamente. Ma, al di là di questi casi, le mie conversazioni con i parenti dei pazienti, e con i loro medici nativi, hanno mostrato che mentre la maggior parte delle persone nei paesi civilizzati guarda i sogni come l'esito dell'immaginazione di colui che sogna, l'indigeno africano, come anche altri osservatori hanno notato, è profondamente convinto che i sogni abbiano origine fuori di lui, e che i "djinnns" e altri personaggi dei sogni siano reali, per quanto esseri spirituali. Forse in ragione dell'ampia diffusione di questa credenza e della sua importanza conseguente nel bagaglio mentale ed emotivo dell'indigeno dell'Africa occidentale, o forse per il suo carattere e la sua costituzione, succede che le emozioni potenti, come la paura, hanno effetto sui soggetti che presentano stati mentali anormali, che certamente differiscono da quelli comunemente mostrati dagli europei.

Tra i provvedimenti da intraprendere, l'ispettore nomina i seguenti: la creazione di una sezione separata a Kissy per l'ammissione e il trattamento dei casi recuperabili (che va di pari passo con un minore ricorso alla "procedura di emergenza" per cui i presunti alienati sono internati per semplice osservazione e spesso rilasciati) e la divisione dei pazienti in base a categoria patologica e comportamento (e non più solo per sesso), in base alle raccomandazioni della tecnica manicomiale europea. A tale divisione deve seguire un'adeguata offerta occupazionale per i pazienti "graduata in base al livello mentale del paziente, da più semplice a più complessa". Cunyngham Brown raccomanda inoltre la creazione di un nuovo *asylum* – che significativamente chiama "*Mental Hospital*" – per soppiantare quello di Kissy: esso dovrà essere circondato da terreni, per dare occupazione in campo agricolo ai pazienti, e "provvedere alloggio separato per i diversi gruppi, sia nella parte maschile che in quella femminile: osservazioni e ricoveri, agitati, tranquilli, infermi".

Infine l'ispettore valuta positivamente la presa in carico dei pazienti da parte della comunità, "un sistema di coesione familiare e tribale" in cui è la famiglia o il gruppo ad assumere la responsabilità per l'ammalato; tuttavia ritiene necessarie misure di orientamento, supervisione e guida, anche per effettuare una selezione dei casi bisognosi di assistenza ospedaliera. Il Governatore della Sierra Leone, letti gli studi e i pareri di Cunyngham Brown, pur dichiarandosi d'accordo sulle raccomandazioni generali, sull'opportunità di costruire un nuovo ospedale psichiatrico e di istruire il personale, fa sapere al *Colonial Office* che non è in grado di assicurarne l'adempimento per ragioni finanziarie<sup>122</sup>.

In **Gambia** non esistono manicomi, e gli individui bisognosi di internamento sono trasferiti al Kissy Asylum in Sierra Leone, in base alla *Lunatics' removal ordinance* del 1904. Tale regolamento stabilisce che gli alienati non africani devono essere inviati via mare nel Regno Unito, mentre gli africani devono varcare il confine coloniale per essere reclusi a Freetown, in Sierra Leone, accompagnati da un certificato firmato da due ufficiali medici della colonia del Gambia e dalla garanzia sottoscritta dal governatore che le spese siano a carico della colonia stessa. L'osservazione dei presunti alienati avviene negli ospedali generali o in prigioni che "come luogo per l'osservazione psichiatrica e l'assistenza temporanea e il trattamento di alienati o sospetti alienati, lasciavano parecchio a desiderare". Nel momento della visita di Cunyngham Brown, nessun alienato è detenuto in prigione, per cui l'ispettore ha modo di incontrare alienati solo nella visita successiva dei centri minori della colonia. Dei dodici malati che vede, può attestare che a nessuno sono applicati mezzi di contenzione meccanica e che tutti sono trattati in maniera amorevole dalle rispettive famiglie. Tre sono stati curati da medici nativi, ma Cunyngham Brown non ha gli strumenti per verificare se la loro pratica si limita ai casi mentali o se invece si occupano di malattie mentali e fisiche indifferentemente.

Nell'insieme il livello di cura e trattamento dei malati psichiatrici non è soddisfacente: per i pazienti inviati al manicomio di Kissy ogni contatto con le famiglie è reciso, e non è previsto ritorno; per i pazienti non trasferiti in Sierra

---

<sup>122</sup> CO 554/124/19 (National Archives, London-Kew): "Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1940".

Leone, con forme mentali meno gravi, manca invece qualsiasi strumento adeguato per l'assistenza e il trattamento. Sarebbe eccessivo costruire un manicomio per il Gambia: "lo scarso numero di alienati riconosciuti tali ufficialmente al momento non richiede l'istituzione di un manicomio completo di tutto"; tuttavia sarebbe auspicabile l'esistenza di un piccolo "*lunatic or mental centre*", concepito in maniera consona e attrezzato per l'internamento, l'osservazione e il trattamento temporaneo degli alienati o dei sospetti alienati di entrambi i sessi", per evitare loro la detenzione in prigione.

Un dispaccio del governatore del Gambia datato 19 dicembre 1939, diretto al segretario di Stato per le Colonie, informa che "verrà dato seguito alle raccomandazioni di Cunyngham Brown per la creazione di un centro psichiatrico, con la costruzione di alloggio tra la prigione e la casa dei poveri". La costruzione dell'edificio a quella data è praticamente completata, e si sta discutendo la questione della formazione del personale da adibirvi. L'attivazione del centro psichiatrico non elimina però la pratica dell'invio dei casi gravi a Kissy: "I casi ammessi al nuovo centro saranno sotto la costante osservazione di un dottore qualificato, ma se dopo un periodo, che sarà l'ufficiale medico a determinare, il paziente non avrà risposto positivamente al trattamento fornito localmente e sarà ancora certificabile, allora verrà trasferito al manicomio di Kissy in Sierra Leone".

Questo dunque il quadro della gestione degli alienati fotografato in un momento preciso ma indicativo di alcune linee operative di lunga durata. Innanzitutto il ricorso a inchieste condotte in maniera sempre più capillare, eseguite da ispettori di manicomi esperti, con l'aiuto delle autorità locali, per scandagliare persino i villaggi più remoti. Inoltre la detenzione promiscua di alienati e criminali-pratica che data dagli albori della colonizzazione – e la necessità di riformare quest'uso, che emerge negli anni Trenta, insieme a una più chiara formulazione dei compiti precipui della psichiatria. L'idea di autonomia della scienza psichiatrica e soprattutto della tecnica manicomiale che convoglia su di sé oltre a scelte terapeutiche anche decisioni legate all'amministrazione e alla politica, di implementazione o meno di una rete strutture di assistenza psichiatrica, con quale capienza, con quali tempi di realizzazione. Infine si adombra la potenziale

collaborazione tra la psichiatria europea e i guaritori indigeni, che almeno vent'anni dopo in alcuni contesti diventerà realtà, come in Nigeria con Adeoye Lambo.

### **L'Africa Orientale e la "East Africa School of Psychiatry"**

Nel gennaio del 1936, quando l'organizzazione della missione di Cunyngham Brown nell'Africa occidentale è ancora agli esordi, al Colonial Office ci si interroga "se un'azione del genere sia necessaria o meno nelle colonie dell'Africa Orientale". Si ritiene prematuro provvedere a un'inchiesta anche in quell'area, attendendo i risultati dell'indagine nell'Africa occidentale<sup>123</sup>. Quasi cinque anni dopo, nell'ottobre del 1940, analizzati e diffusi i report della missione di Cunyngham Brown, "la questione della missione in Africa orientale" non è più considerata di grande interesse. Innanzitutto si ritiene che "nulla di particolarmente rilevante è emerso dalla missione in Africa occidentale"; inoltre le circostanze della guerra obbligano a rimandare qualsiasi impresa di tal genere; infine in Africa orientale la situazione è, per così dire, maggiormente sotto controllo, data la presenza di un network di medici e di una rivista, il «Kenya and East Africa Medical Journal», che in quegli anni cominciava a pubblicare anche articoli sulla malattia mentale.

Fino alla prima decade del XX secolo, gli alienati della **Rodesia del Sud** (l'attuale Zimbabwe) vengono trattenuti in prigione e poi trasferiti nei manicomi del Sudafrica, con considerevole dispendio per il governo, che nel 1907 decide di costruire un manicomio per i propri abitanti, a Bulawayo. L'*Ingutsbeni Asylum* viene aperto nel 1908, con trenta letti in tutto, 20 per indigeni e 10 per europei; negli anni successivi viene ampliato, raggiungendo nel 1917 una capienza di 200 pazienti. Il primo specialista viene chiamato a dirigere la struttura nel 1932; il dottor K. M. Rodger subito si dà da fare per introdurre l'ergoterapia e alcune forme di distrazione, specialmente per gli europei; anche grazie alla sua azione nel 1936 passa un nuovo *Mental Act*, che intende distinguere le diverse forme di disturbo mentale, incoraggia il ricovero volontario e il trattamento precoce delle patologie curabili,

---

<sup>123</sup> CO 847/6/9 (National Archives, London-Kew): "Treatment of lunatics in Tropical Africa, 1936".

mirando a ridurre lo stigma legato all'alienazione mentale e alla permanenza in manicomio. Nello stesso anno Rodgers propone l'apertura di un ospedale per malattie nervose, pensato per gli europei di condizioni agiate, che verrà inaugurato nel 1940 a Bulawayo. La **Rhodesia del Nord** (Zambia) non avrà invece istituzioni per alienati sul proprio territorio fino al 1962, con l'apertura del *Chainana Hills Hospital* per pazienti indigeni. Fino a quella data i pazienti vengono mandati a Ingutsheni: “nel 1940 ce n'erano 400” riferisce McCulloch<sup>124</sup>.

Il **Nysaland** ha invece un manicomio sin dal 1910, lo *Zomba Lunatic Asylum*. Nato come annesso della prigione principale, il manicomio resterà sotto l'amministrazione del dipartimento delle prigioni fino al 1951<sup>125</sup>. Come conclude Vaughan nel suo articolo *Idioms of Madness*, larga parte dei pazienti indigeni continua a essere trattenuta in famiglia e curata dai guaritori indigeni e considera il manicomio costruito dagli europei solo come ultima risorsa disponibile da sperimentare. Uno studio condotto a metà degli anni Trenta da due medici coloniali, nessuno dei quali era psichiatra<sup>126</sup>, ci introduce al clima della cosiddetta *East Africa School of Psychiatry*: non ultimo perché l'articolo riflette “una più generale preoccupazione diffusa tra gli europei sugli effetti del loro governo sulle società africane”<sup>127</sup>. Secondo gli autori infatti vi è un aumento delle patologie mentali soprattutto tra le tribù maggiormente a contatto con la civiltà e l'educazione europea<sup>128</sup>.

Il **Kenya** infine, per completare il quadro dell'africa orientale inglese, “forse più di qualsiasi altro paese, rappresenta l'evoluzione, la natura e l'orientamento tipici della psichiatria africana”<sup>129</sup>. Nei primi anni del governo coloniale, gli alienati indigeni vengono internati in una prigione a Mombasa e qualche letto per loro è

---

<sup>124</sup> Jock McCulloch, *Colonial Psychiatry*, cit., p. 20.

<sup>125</sup> Megan Vaughan, *Idioms of madness: Zomba Lunatic Asylum, Nyasaland, in the Colonial Period*, «Journal of Southern African Studies», 9, 1983, pp. 218-238 (219).

<sup>126</sup> “Si sappia che nessuno dei due può dire di possedere un sapere psichiatrico specialistico”, p. 703.

<sup>127</sup> Megan Vaughan, *Idioms of madness*, cit., p. 225.

<sup>128</sup> Ciò che risulta peculiare nella loro analisi, che contempla la classificazione dei pazienti dello Zomba Lunatic Asylum in base alla nosologia psichiatrica concludendo per la prevalenza di schizofrenici, soprattutto tra gli istruiti, è la suddivisione dei deliri in deliri di “tipo europeo” e di “tipo nativo”: i primi sono manifestazioni che “non si sarebbero potute produrre senza l'arrivo degli europei” e sono legate a portati della civiltà, per così dire (tra i deliri di personalità di “tipo europeo” riportano quelli di credersi un “uomo bianco” o il re d'Inghilterra, un possessore di miniere, comandante di un esercito, un uomo ricco che ha costruito il manicomio).

<sup>129</sup> Leland V. Bell, *Mental and Social Disorder*, cit., p. 19.

previsto negli ospedali generali; gli alienati europei vengono invece inviati in Sud Africa, a spese del Governo coloniale, o rimpatriati, nei casi in cui la famiglia se lo possa permettere. In seguito una struttura per l'isolamento dei vaiolosi viene convertita in manicomio: è così che vede la luce il Nairobi Lunatic Asylum (ribattezzato Mathari Mental Hospital nel 1918). All'apertura, nel 1910, ospita otto pazienti africani e due europei<sup>130</sup>; durante la Grande guerra sono ammessi nella struttura numerosi pazienti che avevano combattuto nelle truppe coloniali al fianco dell'Inghilterra". In seguito il manicomio continua ad ospitare principalmente indigeni, in condizioni di sovraffollamento: pare che gli indigeni "che costituivano più del 95% dei pazienti, versavano in condizioni miserrime e vivevano in capanne sovraffollate"<sup>131</sup>. A partire dagli anni Venti "la segregazione su base razziale è il tema dominante nei rapporti annuali"<sup>132</sup> secondo McCulloch. Negli anni Trenta il governatore può riferire al Colonial Office, interessato alle condizioni di eventuale detenzione dei *civil lunatics* in carcere in anni in cui "la popolazione manicomiale e quella carceraria sono largamente intercambiabili", che "negli ultimi anni sono stati compiuti grandi sforzi per migliorare gli alloggi nelle prigioni che hanno anche funzione di manicomio, in base all'Indian Lunatic Asylum Act del 1858<sup>133</sup> applicato al Kenya, al fine di assicurare la totale separazione degli alienati dai prigionieri"<sup>134</sup>. Nonostante nel 1939 venga stabilito che la permanenza in prigione può essere utilizzata solo come misura temporanea, il decreto non ha effetto immediato; inoltre solo a metà degli anni Quaranta verranno creati dei reparti per i malati psichiatrici negli ospedali.

Tra i direttori del manicomio di Nairobi si contano alcuni dei più noti esponenti della cosiddetta *East Africa School of Psychiatry*, come la definirà, tra gli altri,

---

<sup>130</sup> Megan Vaughan cit. in Will Jackson, *Madness and marginality. The lives of Kenya's white insane*, Manchester University Press, Manchester-New York 2013, p. 80. Mathari non sarà mai considerata una struttura "adatta" per i pazienti europei per i quali continuerà la pratica del trasferimento in Sudafrica.

<sup>131</sup> Frank Njenga, *Focus on Psychiatry in East Africa*, «British Journal of Psychiatry», 181, 2002, pp. 354-359.

<sup>132</sup> Jock McCulloch, *Colonial Psychiatry*, cit., p. 21.

<sup>133</sup> Viene applicato anche in Kenya a partire dal 1933.

<sup>134</sup> Nel corso del 1934, 235 *ordinary lunatics* vengono internati in prigione: 146 di essi vengono rilasciati, 15 muoiono e 55 vengono trasferiti all'Ospedale psichiatrico di Mathari, 19 restano in carcere.

H. J. Simons, uno dei primi psichiatri che si opporranno apertamente alle teorie elaborate da questa “scuola”<sup>135</sup>. Henry Laing Gordon dirige l’ospedale psichiatrico tra il 1929 e il 1937 e in quegli anni presenta diversi contributi su riviste specialistiche, nel «Kenya and East Africa Medical Journal» e nel prestigioso «Journal of Mental Science»<sup>136</sup>. Gli succederà Colin Carothers che aveva prestato il suo servizio in diverse località della colonia come medico di base ma non aveva mai fatto studi di psichiatria<sup>137</sup>, e che dalle lezioni di Gordon prenderà spunto per approfondire una teoria biologico-razzistica dell’*African Mind*.

Secondo Gordon l’ostacolo preliminare che si para davanti al medico europeo quando ha a che fare con degli africani è la distinzione di per sé difficile tra chi è affetto da patologie mentali e chi no: in base agli standard europei anche il comportamento “normale” sarebbe definito “anormale”. Tra i disturbi mentali, le forme di paranoia e quelle maniaco-depressive sarebbero assenti, mentre la schizofrenia viene riscontrata solo tra le tribù europeizzate: si ritiene sia infatti il contatto con la civilizzazione a causare disturbi mentali, in forme sempre più prossime a quelle che si sviluppano in Europa. Se l’incidenza delle malattie mentali è elevata tra gli adolescenti, ciò va attribuito all’impatto dell’educazione sulle loro deboli strutture cerebrali, incapaci di assimilare forme articolate di sapere, “sottoposte a uno stress e un affaticamento senza precedenti”. Un altro psichiatra, James Sequeira, in una recensione apparsa sul «British Medical Journal», esprime bene questa concezione, dove il problema del difetto mentale si unisce a quello pratico dell’educazione e a quello politico della sua utilità o della nocività che può rappresentare per i dominatori:

---

<sup>135</sup> Cfr. H. J. Simons, *Mental Disease in the Africans: Racial Determinism*, «Journal of Mental Science», 104, 1958, pp. 377-388.

<sup>136</sup> H. L. Gordon, *Mental instability among Europeans in Kenya*, «Kenya and East Africa Medical Journal», 4, 1927-1928, pp. 316-324; Id., *Sexual perversions*, «Kenya and East Africa Medical Journal», 6, 1929-1930, pp. 122-130; Id., *Psychiatry in Kenya colony*, «Journal of Mental Science», 80, 1934, pp. 167-171; Id., *An enquiry into the correlation of civilization and mental disorder in the Kenyan native*, «East African Medical Journal», 12, 1936, pp. 327-335.

<sup>137</sup> Tra i due, per alcuni mesi fu James Cobb a dirigere il manicomio, ma con pessimi risultati, e fu costretto a tornare in Inghilterra.

se è provato che le basi fisiche della mente nell'africano (*East African*) sono diverse da quelle dell'europeo, è quindi possibile che gli sforzi per educare queste razze arretrate (*backward*) secondo le linee europee si riveleranno inefficaci se non disastrosi. È stato d'altronde riconosciuto da lungo tempo tra le razze altamente civilizzate che i metodi educativi che si utilizzano con i bambini normali non possono essere adottati con i *backward or defective*<sup>138</sup>.

Quanto sostenuto da Gordon è confermato dal collega anatomopatologo F. W. Vint che, prendendo le misure di centinaia di cervelli di pazienti indigeni morti negli ospedali di Nairobi, induce che volume e peso sono inferiori rispetto a quelli dei "cervelli europei"; che la corteccia cerebrale, inoltre, è più sottile e più leggera, ragione per cui "lo stadio di sviluppo cerebrale raggiunto dall'indigeno medio è quello di un bambino europeo di sette o otto anni"<sup>139</sup>. Le rilevazioni anatomiche e antropometriche atte a provare l'inferiorità razziale dell'africano negli anni successivi non saranno del tutto abbandonate – basti pensare alla teoria di Carothers del sottosviluppo dei lobi frontali negli africani che lo porta a paragonarli agli europei lobotomizzati<sup>140</sup> – ma saranno combinate con ambigue affermazioni intorno ai concetti di cultura, *attitude to life*, relazioni con l'ambiente naturale e sociale<sup>141</sup>. La progressiva "detrribalizzazione" e deculturalizzazione rispetto a modi di agire e pensare che, "fossilizzati da migliaia di anni", si trovano a subire una scossa improvvisa, con il contatto con la cultura europea e l'esposizione all'educazione, sono fonti potenziali di esaurimenti nervosi e altre forme psichiatriche<sup>142</sup>. Infatti "i

---

<sup>138</sup> James Sequeira, *The Brain of the East African*, «British Medical Journal», 7, 1932, p. 581.

<sup>139</sup> F. W. Vint, *A preliminary note on the cell content of the prefrontal cortex of the East African native*, «East African Medical Journal», 9, 1932-1933, pp. 30-31. Cfr. anche Id., *The Brain of the Kenyan Native*, «Journal of Anatomy», 68, 1934, pp. 216-223.

<sup>140</sup> Cfr. J. C. Carothers, *The frontal lobe function and the African*, «Journal of Mental Science», 97, 1951, pp. 122-148. In conclusione di quest'articolo Carothers invita a studiare le differenze tra le popolazioni da un punto di vista anatomico, sull'esempio di Vint: "il campo è quasi del tutto inesplorato e richiede uno studio esperto", *ivi*, p. 148.

<sup>141</sup> J. C. Carothers, *Some speculations on Insanity in Africans and in general*, «East African Medical Journal», 17, 1940, pp. 90-105; Id., *A Study of mental derangement in Africans, and an attempt to explain its peculiarities, more especially in relation to the African attitude to life*, «Journal of Mental Science», 93, 1947, pp. 548-597; Id., *The frontal lobe function and the African*, «Journal of Mental Science», 97, 1951, pp. 122-148.

<sup>142</sup> Cfr. J. C. Carothers, *A Study of mental derangement in Africans, and an attempt to explain its peculiarities, more especially in relation to the African attitude to life*, «Journal of Mental Science», 93, 1947, pp. 548-597 (560).

gruppi più detribalizzati, a prescindere dalla razza, sono quelli con la percentuale maggiore di alienazione certificata”<sup>143</sup>, mentre “tra gli africani nel loro stato primitivo essa è estremamente bassa”. Secondo Carothers, in tale stato primitivo prevalente, finché non toccato nelle strutture più profonde dalla civiltà occidentale, la singola esistenza non ha senso in sé, ma solo in quanto inserita in una vita di gruppo regolamentata e scandita, dove ciascuno ha il proprio posto e di quello si accontenta, il pensiero sintetico non esiste, oggetto e soggetto non sono distinti, così come non lo sono realtà e fantasia; astrazione e generalizzazione non sono contemplati in un sistema di pensiero ancorato alla materialità della natura circostante e a una spiritualità elementare. In un ritratto omogeneizzante della cultura africana Carothers sosterrà che “la logica è distorta, causa ed effetto sono confusi e alla domanda ‘perché’ si risponde sempre in termini magici e animistici che non permettono ulteriori speculazioni [...]. La logica, la speculazione e la ricerca delle vere cause sono soppiantate dalla magia e dall’animismo che forniscono risposte e linee d’azione”. L’africano insomma sarebbe

conformista, massimamente dipendente dagli stimoli fisici ed emotivi, privo di spontaneità, previdenza, tenacia, discernimento e umiltà; incapace di astrazione e logica, dedito alla fantasia e all’immaginazione; in generale instabile, impulsivo, inaffidabile, irresponsabile, vive nel presente privo di riflessione, ambizione e riguardo per i diritti delle persone fuori dal suo ristretto circolo<sup>144</sup>.

Si vede riflessa in questa nota sull’assenza di riguardo per i diritti delle persone all’infuori del gruppo di appartenenza, l’attitudine colonialista, cieca rispetto a eventuali diritti degli individui, dei gruppi, delle popolazioni intere che sottomette alla propria legge, cieca rispetto agli individui *tout court*, che tratta come numeri (nei censimenti, negli ospedali, nelle *fiches de tribus*) o al massimo come pedine da controllare (in diversi campi: si pensi agli informatori, ma anche ai capi locali messi

---

<sup>143</sup> Ivi, p. 562.

<sup>144</sup> J. C. Carothers, *The African Mind in Health and Disease: a Study in Ethnopsychiatry*, World Health Organisation, Geneva 1953.

gli uni contro gli altri in base alle necessità contingenti della penetrazione coloniale o dello sfruttamento dei territori; si pensi agli adolescenti “resi folli” dall’educazione occidentale pernicioso, ad un tempo per le loro deboli menti e per il sistema imperiale, basato su una rigida separazione di dominatori e subalterni, che passa per il confine dell’ignoranza, della passivizzazione, del silenziamento, forzato o invece agito, più o meno consapevolmente, quale strumento oppositivo).

Tornando a Carothers, è interessante notare come la comparazione sia ampiamente utilizzata; l’accostamento del bianco e del nero produce conoscenza, è proprio lo scarto tra questi due universi mentali difficilmente conciliabili e commensurabili che rende possibile il loro contatto, almeno sulla pagina, mediato da un terzo elemento (l’infanzia, la lobotomia, la psicopatia). Che lo sviluppo e le funzioni cerebrali di un indigeno adulto siano *come* quelle di un bambino europeo non è certo Carothers il primo a sostenerlo, anzi lui cita ampiamente autori precedenti e soprattutto Vint che proprio lavorando a Nairobi aveva confermato l’ipotesi grazie all’anatomia comparata. Nella sua prima pubblicazione Carothers sostiene che “che l’Africano normale non è schizofrenico, ma il passo dall’attitudine primitiva alla schizofrenia è molto breve”<sup>145</sup>; in seguito afferma che vi è “una *somiglianza completa* tra il paziente lobotomizzato europeo e l’africano primitivo”<sup>146</sup> – entrambi usano poco la regione dei lobi prefrontali – tanto che “si potrebbe scrivere l’analisi della mentalità dell’europeo lobotomizzato con parole che facessero eco all’analisi della mentalità africana”. Questa somiglianza si sostanzia in una “incapacità di vedere un evento come parte di una totalità, con delle relazioni significative [...] causali, funzionali, spaziali, temporali, verbali, sciali, etiche ed estetiche”<sup>147</sup>, in un “interesse superficiale verso l’ambiente e legato agli aspetti più immediati e utilitari”, in emozioni transitorie, e mai empatiche o disinteressate; in una “preferenza per *routine* stereotipate [...] dovuta all’incapacità di integrarsi e a una minore consapevolezza di sé”, infine in una riduzione della capacità di apprendimento”. Carothers giunge a sostenere che “la mentalità africana normale

---

<sup>145</sup> J. C. Carothers, *Some speculations on insanity*, cit., p. 99.

<sup>146</sup> Id., *The frontal lobe function and the African*, cit. In questo senso “parole e frasi usate in riferimento ai pazienti lobotomizzati sono ugualmente applicabili alla maggior parte degli africani”, *ivi*, p. 138.

<sup>147</sup> *Ivi*, p. 137.

*assomiglia da vicino* a quella di un settore della popolazione europea che si usa definire ‘psicopatico’ o ‘sociopatico’<sup>148</sup> per cui “si potrebbe affermare che *tutti* gli africani primitivi sono psicopatici, poiché le loro personalità risultano immature secondo gli standard europei”<sup>149</sup>. Pare evidente che sono gli standard europei a rendere possibili tali comparazioni e a funzionare come criteri di avanzamento della conoscenza, cui qualsiasi oggetto va comparato e classificato in negativo, o per difetto.

Se questi primi articoli rendono noto Carothers nel panorama internazionale, la sua fama di massimo esperto di psichiatria coloniale o comparata o, come la si inizia a chiamare, etnopsichitria, verrà consacrata con l’incarico conferitogli nei primi anni Cinquanta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità di compilare un testo su *The African Mind in Health and Disease*, di fatto “il distillato di oltre dieci anni di ricerca e più di venti di pratica”<sup>150</sup> nel campo della psichiatria in Africa orientale. Il *clash of culture* diventa la chiave che spiega l’urgenza di produrre dei libri come questo del 1952 che teorizza e costruisce l’*African Mind*<sup>151</sup>, come entità intellegibile, soprattutto in negativo rispetto alla mente più nota, quella europea; e il successivo, del 1954, che fotografa in azione quell’*African Mind*<sup>152</sup>.

Nel compendio del 1952 riprende le riflessioni precedentemente sviluppate sulla mentalità africana e sulle patologie mentali più comuni: se stati ansiosi e depressivi sono assenti, e nelle sindromi maniaco-depressive il secondo stato si riscontra raramente, c’è una forma patologica che è invece tipica dell’africano (il primitivo specialmente; mentre in quello a contatto con la civiltà europea anche le patologie si affinano per assomigliare a quelle del colonizzatore, in un’imitazione a 360 gradi) che Carothers chiama “ansia fuoriosa” (*franzied anxiety*). Questa condizione scaturisce da “una reale fonte di ansia (probabilmente reale solo agli occhi dell’africano), ma l’ansia non è sopportata e viene presto sostituita da uno stato di *frenzy* in cui il paziente è eccitato, rumoroso, incoerente, persino aggressivo, violento, pericoloso”<sup>153</sup>; si tratta di una forma a decorso e guarigione molto rapidi.

---

<sup>148</sup> Ivi, p. 125.

<sup>149</sup> J. C. Carothers, *A Study of mental derangement*, cit., p. 577.

<sup>150</sup> Jock McCulloch, *Colonial Psychiatry and the African Mind*, cit., p. 61.

<sup>151</sup> J. C. Carothers, *The African Mind in Health and Disease*, cit.

<sup>152</sup> Id., *The Psychology of Mau Mau*, Government Printer, Nairobi 1954.

<sup>153</sup> Id., *A Study of mental derangement*, cit., p. 576.

Al di là di questa integrazione nosografica alla classificazione in uso, nel testo si avverte una preoccupazione più generale di bloccare in pochi fotogrammi l'*African Mind*, come oggetto intellegibile, sempre uguale a se stesso, da controllare, governare ed eventualmente curare, ma senza mai dotarlo di quel quid di autonomia che potrebbe essere letale per il regime coloniale. A questo proposito l'opera successiva di Carothers è ancora più interessante, perché in essa l'etnopsichiatria affianca la politica e presta le sue teorie a minimizzare, anzi escludere, la politicità dei gesti di una popolazione in rivolta per patologizzarli. In *The Psychology of Mau Mau*<sup>154</sup>, commissionato da un membro del governo a Carothers quando questi aveva già lasciato il Kenya, l'autore non fa riferimento al problema della terra, al dominio coloniale, al nazionalismo nascente, ma alla *forest mentality* che caratterizza i Kikuyu, all'atteggiamento infantile e irresponsabile, all'ansia che si trasforma immediatamente in violenza.

---

<sup>154</sup> J. C. Carothers, *The Psychology of Mau Mau*, cit. In direzione di un utilizzo "politico" delle categorie psichiatriche, o meglio dell'invenzione di diagnosi psichiatriche per un loro uso politico, è interessante il testo di Samuel A. Cartwright: *Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race*, «The New Orleans Medical and Surgical Journal», 1851, pp. 691-715. L'autore, medico dell'Università della Louisiana, a metà Ottocento individua due patologie peculiari che colpirebbero i neri: la *Drapetomania* e la *Disaesthesia Aethiopica*. "Il termine [drapetomania] è ignoto alle nostre autorità mediche, sebbene il suo sintomo diagnostico, la fuga per evitare di svolgere il proprio dovere, sia ben noto a coltivatori e sorveglianti [...]. Nel dare notizia di una malattia non ancora classificata nell'elenco delle patologie a cui l'uomo è soggetto, era necessario avere un nuovo termine per designarla. Nella maggior parte dei casi, la causa che induce il negro a fuggire dal lavoro è una malattia mentale proprio come tutti gli altri tipi di alienazione mentale, ma generalmente più curabile. Grazie a un parere medico corretto e meticolosamente seguito, questa pratica dei negri negri di fuggire, che costituisce un problema (*troublesome*) può essere quasi del tutto prevenuta [...]. Se sono trattati con affetto, nutriti e vestiti adeguatamente, forniti di quanto basta per accendere un po' di fuoco la notte, suddivisi in famiglie, ogni famiglia a casa sua, senza permettere loro di uscire la notte, di visitare i vicini, di ricevere visite, di ubriacarsi, e senza sovraffaticarli o esporli eccessivamente alle intemperie, [i negri] si lasciano governare molto facilmente, più di tante altre persone al mondo. [...] È sufficiente tenerli in questo stato e trattarli come bambini, con cura, affetto, attenzione e umanità, per prevenire e guarirli da ogni tentativo di fuga". La seconda patologia "inventata" è una forma di "ebetismo della mente e di ottundimento dei sensi", anche questa "tipica dei negri" e chiamata altresì "*rascality*" (comportamento delle masse, attitudine scomposta). Si tratta di "un'insensibilità parziale della pelle e di un altro livello di intorpidimento delle facoltà intellettuali, come di chi stia dormendo e difficilmente possa essere stimolato e mantenuto sveglio". Chi ne è affetto "distrugge tutto ciò che gli capita tra le mani [...], se ne va in giro di notte e di giorno è mezzo addormentato [...]. Disprezza il lavoro [...] disturba e litiga senza ragione e sembra insensibile al dolore quando vien sottoposto a punizione". È come "un automa o una macchina priva di sensibilità". Il fatto che questa malattia sia sfuggita all'attenzione della classe medica "può risalire solo al fatto che, in assoluto, non si sia prestata molto interesse verso le malattie della razza negra".

Se un'eco dei toni di Carothers, non solo rispetto alla vicenda dei Mau Mau ma anche riguardo la mente o la mentalità degli africani, nel suo stato normale e in quello patologico, si avverte in diversi autori a lui contemporanei, l'effetto dell'ampia pubblicità e circolazione delle ultime due opere è anche quello di far levare voci di dissenso. Un articolo di G. F. C. Smartt, dal vicino Tanganika, sebbene riprenda molte delle tesi di Carothers, si conclude con un'ironica apertura: "la personalità africana può apparire psicopatica agli occhi di un europeo, ma non c'è ragione di supporre che l'europeo non appaia ugualmente psicopatico agli occhi di un africano della foresta"<sup>155</sup>. Il sudafricano H. J. Simons si oppone invece in maniera decisa a quello che già nel titolo chiama *racial determinism*, l'indirizzo che ha guidato la "East African school of medical psychologists" nell'interpretare "processi, tratti della personalità e disturbi mentali in termini di una disposizione razziale, genetica e culturale"<sup>156</sup>; con la denuncia delle "politiche sociali e amministrative" che privilegiano i pazienti bianchi, nascondendo di fatto i pazienti indigeni ed impedendo un trattamento precoce, Simons nega l'asserita assenza di certe patologie tra gli indigeni; in tal senso invita a svolgere più lavoro sul campo "per scoprire l'incidenza della malattia mentale e le attitudini della società nei confronti degli ammalati". L'invito è rivolto agli psichiatri africani, che sono in grado di combinare il sapere tecnico in campo medico e psichiatrico con "un'intima conoscenza della fisionomia, del linguaggio e dei caratteri delle popolazioni". Anche Adeoye Lambo dalla Nigeria critica l'abusato appello all'oggettività degli "esponenti moderni del tema razza e malattia". Costoro, "nei casi peggiori [...] hanno glorificato racconti o aneddoti pseudoscientifici con un sottile pregiudizio razziale; nei casi migliori [...] sono enciclopedie condensate piene di dati fuorvianti e sistemi ingegnosi di ipotesi, utili a guidare la ricerca, ma piene di gaps e inconsistenze tanto ovvie [...] che non possono più essere presentati come valide osservazioni di ordine scientifico"<sup>157</sup>.

---

<sup>155</sup> C. G. F. Smartt, *Mental maladjustment in the East African*, «Journal of Mental Science», 102, 1956, pp. 441-466 (465).

<sup>156</sup> H. J. Simons, *Mental Disease in Africans: Racial Determinism*, «Journal of Mental Science», 104, 1958, pp. 377-388.

<sup>157</sup> T. A. Lambo, *The role of cultural factors in paranoid psychosis among the Yoruba tribe*, «Journal of Mental Science», 101, 1955, pp. 239-266 (241).

## *2. L'assistenza psichiatrica nelle colonie francesi*

### **Prime ricognizioni sulla malattia mentale in Africa e in Oriente dalla metà dell'Ottocento**

Nella letteratura psichiatrica francese, il primo testo che affronti la questione della malattia mentale e dell'assistenza agli alienati “fuori dall'Europa” risale al 1843. *Recherches sur les aliénés en Orient* dell'alienista Jean Jacques Moreau, originario di Tours e praticante al manicomio di Bicêtre a Parigi, è un testo doppiamente pionieristico: esso da un lato inaugura il filone di indagini sulla pazzia come essa si manifesta e come è percepita e trattata tra le popolazioni orientali e africane; dall'altro “apre” l'importante pubblicazione degli «Annales médico-psychologiques», costituendo il primo articolo del primo numero della neonata rivista dell'alienismo francese, da allora in avanti un riferimento imprescindibile per la disciplina psichiatrica sia in Francia che all'estero. Testo d'avanguardia dunque, esso nasce dall'esperienza del viaggio compiuto nel bacino del Mediterraneo dal suo autore tra il 1836 e il 1840 ed eserciterà notevole influenza sugli autori che in seguito si occuperanno di psichiatria nel Vicino Oriente o nelle colonie nordafricane, che torneranno ad evidenziare certi aspetti già notati da Moreau: il carattere apatico dell'orientale, la venerazione per i dementi innocui, l'influenza negativa della civilizzazione sulla psiche umana.

Nell'introduzione, riferendosi alla propria esperienza di pioniere nell'indagare la diffusione delle malattie mentali nelle contrade attraversate e riportare usanze e trattamenti adoperati nei loro riguardi <sup>158</sup>, enumera le difficoltà incontrate,

---

<sup>158</sup> Il testo si compone, nella prima parte, di alcune note sugli istituti consacrati agli alienati a Malta, al Cairo, a Smirne e a Costantinopoli. L'Isola di Malta – definita inizialmente “punto intermedio tra l'Oriente e l'Occidente”, poi più appropriatamente “con un piede già in Oriente [...] dal punto di vista fisico e morale” – possiede due stabilimenti per alienati: uno per i non agitati (dove in un piano sono collocati gli uomini, al superiore le donne; non vi è distinzione “tra i diversi generi di follia”), e l'altro per i furiosi (anche qui: sessi separati ma nessuna distinzione per le diverse patologie), costituito da “celle strette, chiuse da porte con sbarre di legno, che si aprono su un corridoio scuro, stretto, mal areato”. I malati sono semplicemente parcheggiati, collocati senza distinzione in questi centri, senza cura né trattamento: Moreau de Tours motiva a tale proposito che “l'isola di Malta non ha ancora beneficiato dei miglioramenti che, dappertutto in Europa, sono state apportate alla situazione fisica e morale dei malati” e rimprovera l'Inghilterra di accettare ed assecondare un tale infimo livello di presa in carico dei malati mentali in “uno dei suoi più bei possedimenti marittimi”. Tra le patologie che Moreau riconosce nei pazienti incontrati vi sono casi di mania, monomania,

giustificando così il fatto che “ciò che si è potuto raccogliere su questa classe di malattie lascia molto a desiderare”:

in quest'epoca, in Oriente, dove tutto manca nel campo della scienza come in quello dell'amministrazione, chi si voglia dedicare a delle ricerche [sugli alienati] si sente bloccato a ogni passo. Ridotto alle sue sole risorse, senza aiuto, senza guida, i suoi mezzi d'indagine sono troppo limitati; gli mancano gli strumenti. Il passato non ha tramandato nulla; solo a tentoni si può provare a frugare nel presente. Nessuno dei viaggiatori che prima di lui ha esplorato le contrade orientali, ha fissato al sua attenzione su questo soggetto.

---

demenza, idiozia, isteria (nelle donne), epilessia; nessun caso di paralisi generale. Tra le cause fisiche: soppressione del ciclo mestruale nelle donne e malattie infiammatorie negli uomini; tra le cause morali: pene d'amore ed esaltazione dei sentimenti religiosi. Già alla fine del paragrafo su Malta, l'autore si addentra in conclusioni più generali relativamente alla suaccennata dicotomia Occidente Oriente, e sugli eventuali punti di contatto. Dal punto di vista del numero di malati di mente Malta si distaccherebbe da paesi “più orientali”: il numero elevato è indice dell’“influenza della civilizzazione europea”, che si manifesta nelle “istituzioni sociali, nel meccanismo politico e religioso”, evoluti in direzione occidentale. A Smirne i mentecatti di nazionalità greca sono rinchiusi in un ospizio generale e sottoposti allo stesso regime degli incurabili, ovvero senza cure; mentre non esistono luoghi dove siano raccolti i malati mentali di nazionalità turca. Esiste invece a Magnesia, non molto distante, una casa di reclusione dove sono internati 150 “individui il cui disturbo delle facoltà morali obbliga a sequestrare dalla società”. Per l'Asia minore vale lo stesso meccanismo vigente a Malta: vi sarebbero le stesse condizioni sociali – più vicine a quelle europee che a quelle orientali – e la loro influenza sulle “facoltà morali” sarebbe dunque analoga. Presso l'ospedale generale (Moristan) del Cairo ha trovato condizioni pietose. Inoltre “tutti gli alienati, qualsiasi sia la loro patologia, la situazione del loro spirito, lo stato di calma o di agitazione, hanno al collo una catena enorme, la cui estremità è fissata al muro”, come “bestie feroci dentro una gabbia”. I trattamenti in uso sono purghe saline e bagni nel bacino scoperto nel patio dell'edificio. Donne e uomini occupano edifici separati, ma l'osservatore non ha avuto il permesso di entrate nel locale delle donne. A Costantinopoli gli alienati sono ospitati in istituti diversi, in base all'appartenenza etnica: uno per i musulmani, uno per gli armeni, uno per i greci, uno per la popolazione europea. Quello per musulmani ha una capienza di oltre cento malati, ma solo poco più di venti – affetti da demenza, monomania, mania, mania periodica, delirio a tinte religiose – sono presenti nel momento della visita di Moreau de Tours. Anche se “l'architettura della struttura”, semplice, risulta “conforme a quanto consigliato da Esquirol per la costruzione dei manicomi” e nonostante il “bel ricordo della civilizzazione islamica” generato dalle colonne e dagli arabeschi, la situazione dei malati – “che siano calmi o agitati” – è degradante: le celle ospitano quattro malati, legati tra di loro con catene fissate al suolo da un lato e al loro collo, con pesanti collari in ferro dall'altro. “A meno che non guariscano” – osserva Moreau – “restano incatenati così fino al giorno in cui arriva la morte a porre fine alle loro sofferenze”. L'alienista francese è stupito nel vedere un vasto pubblico (non solo i parenti degli ammalati) accalcarsi nelle celle al momento della visita settimanale: “le stravaganze [...] degli alienati [...] sembrano appassionarli molto”.

Mancano elementi per stabilire le cause più frequenti dell'alienazione mentale e il numero di alienati; il numero di quelli rinchiusi in strutture non è indicativo poiché “diverse cause si oppongono al sequestro degli alienati”:

L'ignoranza, i pregiudizi di ogni tipo, la mancanza di polizia regolare e di sorveglianza da parte dell'amministrazione, per non parlare poi dello stato della scienza che si occupa delle affezioni morali: questa scienza non esiste [...]. Nel 1842 l'Oriente, dal punto di vista delle scienze mediche, come per tutte le altre d'altronde, non è più avanzato dell'Europa nel medioevo. [...] Come [...] in tutti i luoghi dove la filantropia, preceduta dalla scienza, non sia ancora penetrata, gli alienati vengono trattati come individui perversi, antisociali. [...] E allora li si cala dentro a delle buche, li si lega con delle catene, passando da un'indulgenza imprevedibile a degli eccessi di repressione ispirati da una paura esagerata.

Per giungere ad individuare un numero plausibile complessivo degli alienati presenti nelle contrade orientali attraversate, Moreau de Tours, come si accennava, non può certo fermarsi ai pochi che ha visto rinchiusi nei pochi stabilimenti: ve ne sarebbero molti fuori, anche in ragione della venerazione di cui sono oggetto e della libertà di cui godono: la follia è considerata un “male sacro”, sarebbe la divinità ad inviarla, attraverso geni buoni o malvagi, producendo nel primo caso un alienato inoffensivo, nel secondo un alienato furioso; in entrambi i casi il soggetto è venerato e rispettato, “in misura proporzionale alla degradazione che pesa sull'intelligenza di un individuo”, ma se nel primo è assolutamente libero di fare ciò che gli pare – ciò che la divinità gli comanda – nel secondo le libertà si riducono in proporzione al rischio di confliggere con l'incolumità degli altri. Se la “scienza giungesse a introdursi in queste contrade” continua Moreau de Tours “non mancherebbe di scoprire alienati in luoghi dove non se ne suppone minimamente l'esistenza”. Nel suo viaggio l'autore ha incontrato “degli imbecilli o degli individui in stato di

demenza [...] nelle città e nei villaggi, che girovagavano qua e là, vivevano di elemosina [...] sempre accolti con pia gratitudine dai musulmani creduli”<sup>159</sup>.

Tuttavia, sommando i folli internati in strutture più o meno specifiche, con trattamenti per alleviare la loro condizione o solo con catene e collari, a quelli incontrati per le strade, il loro numero resta decisamente inferiore a quello dei folli in Europa, la cui quantità tende ad accrescersi non appena si approntano e si aprono manicomi, oggetto costante di piani di implementazione. Ma perché tale aumento del numero dei folli in Europa a fronte di un numero così scarso in Oriente? La risposta di Moreau de Tours si concentra da un lato sul fattore “clima”, dall’altro sul fattore “civilizzazione”. Infatti, il clima stabile dei paesi visitati terrebbe basso il numero di alienati: “il clima subisce poche vicissitudini; perciò ha poca influenza sul sistema nervoso”; la temperatura elevata produrrebbe “una sorta di infiacchimento abituale delle funzioni del sistema nervoso, il torpore delle forze attive dell’essere morale, [...] l’apatia fisica e morale che è al fondo del carattere di tutti gli Orientali”<sup>160</sup>. Con queste parole il dottor Moreau tocca un punto che sarà centrale in tutta la letteratura sulla psiche di chi vive a oriente e a sud dell’Europa: che si tratti di giornalismo, di letteratura, di scritti di antropologi, di osservazioni e teorie di psichiatri, apatia, abulia e torpore saranno elevate a caratteristiche cardine della psiche dell’arabo, dell’orientale, dell’africano, creando uno stereotipo con cui etichettare popolazioni differenti (magari con minime sfumature, indice di osservazioni più accurate, più “scientifiche”) difficili da scrostare dalle pelli degli individui e dei popoli persino in anni molto recenti, in cui le affermazioni generiche rivestono ancora tanta importanza, tinte di obiettività e positivismo di ritorno.

Il passo dai fattori fisici e climatici a quelli morali e intellettuali è breve: “è alla natura fisica” infatti “che bisogna chiedere conto del morale”. Data “l’apatia e

---

<sup>159</sup> Non manca di annotare dove ne ha visti, come si comportavano, di quali attenzioni da parte dei passanti erano oggetto: “così al Cairo c’era un imbecille in groppa a un asino che porgeva ai passanti un amuleto da baciare; in un villaggio della Tebaide due servitori di un Santone si aggiravano, balzubiente e idrocefalo uno, bavoso e in stato di agitazione l’altro, gridando di tanto in tanto il nome di Allah; nella città di Siot un anziano si trascinava per la città nudo scandendo ad alta voce parole incomprensibili in una “langue inconnue, la langue sans doute quel es élus d’Allah parlent dans le ciel”; a Beirut un uomo e una donna si davano ad atti osceni in pubblico, nel mezzo del mercato, con grande ammirazione e soddisfazione da parte degli astanti”.

<sup>160</sup> Ivi, p. 19.

l'assenza di preoccupazioni degli Orientali" – fatto naturale dunque, radicato biologicamente, non eventualmente portato storico-sociale-culturale – le conseguenze emergono anche sul piano dei costumi, delle abitudini, delle istituzioni come "il dogma del fatalismo, la schiavitù, la sottomissione alla volontà di uno solo, ovvero l'abnegazione di ogni dignità morale in materia di religione e di politica (il grande fatto psicologico dell'Oriente!)". Le caratteristiche genericamente attribuite a un popolo – a una parte di mondo – e ai singoli si riassumono dunque nell'apatia, nell'assenza di preoccupazioni, nella mollezza, nell'avversione per ogni fatica del corpo o dello spirito, un'attitudine insomma "a godere di tutto ciò che il presente offre di buono e di piacevole senza tener conto di ciò che di doloroso (*pénible*) potrebbe presentarsi".

Dopo questo ritratto degli Orientali, una serie di giustapposizioni rafforza l'argomentazione: da un lato l'Oriente, dall'altro l'Occidente. "C'è nella natura umana un dualismo i cui due termini dividono il globo in due parti: l'Oriente e l'Occidente". In Oriente, patria dell'Islam, contano la vita materiale, il culto della materia, il godimento fisico, l'amore del bene presente; in Occidente, terra del Cristianesimo, sono l'attività intellettuale, le soddisfazioni dello spirito e dell'amor proprio, l'ambizione, il desiderio di gloria e di buona reputazione a dare senso all'esistenza<sup>161</sup>.

Procedendo dicotomicamente, incrociando le coordinate est-ovest, con quelle nord-sud, l'autore crea due universi opposti e inconciliabili, dove spirito e materia si escludono, credenza e scienza sono inconciliabili e dove lo "stato normale" non può che differire, per sfere che appartengono a "fasi diverse della

---

<sup>161</sup> "L'uomo occidentale, completamente spiritualizzato grazie alla dottrina cristiana, preferisce i vantaggi dell'intelligenza, che coltiva con ardore [...]. Vive più per lo spirito che per il corpo. Forte del suo libero arbitrio, fiducioso della sua genialità, vuole scrutare l'avvenire, a forza di calcoli e combinazioni; vuole prevedere e dominare gli eventi; tiene sempre la ragione ben vigile, come una sentinella che deve vegliare su di lui [...]. L'uomo orientale, invece, preferisce le soddisfazioni semplici di cui la natura è sempre prodiga, soprattutto nelle contrade meridionali. Sdegna le soddisfazioni procurate dal lavoro, ancor meno dall'arte e dall'industria. Gli basta ciò che Dio gli ha concesso; idolatra la bellezza materiale in tutte le sue manifestazioni. Il riposo, del corpo e dello spirito, è il suo bisogno primario. Non desidera niente altro che stare seduto a fumare [...]. Accetta con rassegnazione gli eventi che non ha voluto prevedere. In ogni circostanza rende omaggio all'onnipotenza e alla giustizia infallibile di Dio. [...] Al riparo da emozioni non previste, l'anima del musulmano, così poco ambiziosa, poco tormentata, difficilmente può spingersi al di là dei limiti imposti dal suo stato normale".

civilizzazione”<sup>162</sup>, dove il crinale tra normalità e patologia si situa ad altezze diverse e dove ogni costruito sociale – naturalizzato – fa la sua parte nel favorire o osteggiare l’insorgere di disturbi mentali. Questi hanno un potenziale maggiore di sviluppo dove l’uomo “è tormentato dal desiderio di elevarsi, di crearsi una posizione”, dal desiderio di distinguersi e di arricchirsi, di superarsi e superare gli altri, in un “movimento ascensionale” cui prendono parte tutte le classi della gerarchia sociale in Occidente. Mentre “nulla del genere si osserva in Oriente, dove ciascuno, concentrato sul presente, poco preoccupato dell’avvenire, si trova bene al suo posto, si tiene nei limiti che la casualità della nascita ha tracciato intorno a lui e che la sua religione gli ha insegnato a ritenere sacri”. In base all’iscrizione alle popolazioni di determinate caratteristiche in base a indici fisico-climatici, a loro volta appunto generatori di maggiore o minore “moralità” nella vita personale e sociale, nelle aspirazioni e negli ideali di esistenza, Moreau de Tours argomenta in favore della tesi secondo cui la civilizzazione favorirebbe lo sviluppo della follia. L’applicazione alle scienze, alle arti, agli studi, implicando un’intensa attività cerebrale porta più facilmente all’insorgere di “disordini nervosi”<sup>163</sup>. Proprio quello stato ascensionale, quella tensione intellettuale ed emotiva verso la civilizzazione più completa, verso il raggiungimento della massima perfezione concessa ad un determinato gradino di avanzamento nella scala umana, comporta possibilità più elevate di scontrarsi con la follia. Di nuovo, nel testo di Moreau, vediamo in parallelo l’Occidente, con la sua civilizzazione e una via privilegiata alla follia e l’Oriente, allo stadio selvaggio, senza alcuna tensione a migliorarsi, senza nessuna istanza ascensionale, con rischi minori di incappare nei disturbi mentali. Chi si misura con il progresso – sembra dire l’alienista francese – deve sapere che la follia può essere lo scotto da pagare; chi resta indietro, “non esprimendo un’attività così completa utilizzando tutte le facoltà della testa umana”, non ha nemmeno questa preoccupazione.

Questo stato [di tensione alla civilizzazione] è favorevole allo sviluppo delle affezioni nervose, perché è uno stato di agitazione, di movimento continuo,

---

<sup>162</sup> Ivi, p. 14.

<sup>163</sup> Ivi, p. 22.

di lotta incessante, tra ciò che se ne va e ciò che arriva, tra il passato e il futuro, lotta a cui tutti i membri del corpo sociale prendono parte, in modo più o meno attivo, ciascuno nella sua sfera. Nello stato selvaggio, presso popolazioni la cui vita materiale è assorbita dalla soddisfazione dei bisogni fisici, la follia è sconosciuta.

Dopo aver dimostrato la sua tesi, confermata dalle osservazioni sul campo – lo scarso numero di alienati in Oriente rispetto all'Occidente in ragione del clima (radice fisica) e delle abitudini, delle istituzioni sociali e dei costumi religiosi (radice culturale-morale) – Moreau de Tours enumera le “cause più frequenti dell'alienazione mentale in Oriente”: al primo posto la religione, poi l'abuso di hashish e kif ed infine l'esposizione a certi venti del deserto. “L'esaltazione delle idee religiose è la causa principale, si potrebbe dire quasi unica, della follia tra i musulmani”; essa si fonde con l'immaginazione vivace, la tendenza alla contemplazione e alle fantasie ascetiche, la superstizione, a produrre certi fenomeni di possessione, con urla convulsioni e svenimenti, che l'autore annota con dovizia di particolari nelle ultime pagine del suo resoconto.

Gli anni in cui Moreau scrive sono quelli della conquista francese dell'Algeria, ed è proprio guardando all'Algeria che ci si pone il problema della psichiatria “coloniale” e non solo di quella legata ai paesi “fuori dall'Europa” ma senza legami politici con la madrepatria. Nel 1841 Salvatore Furnari, medico di origine siciliana esercitante l'attività di oculista nella capitale francese, viene inviato in Algeria su incarico del Governo francese. Oltre a studiare e curare le numerose forme di oftalmia che affliggevano i soldati francesi colà stanziati, Furnari raccoglierà note su diverse patologie, che andranno a formare il suo *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*<sup>164</sup>; centrale nel libro è naturalmente la pratica oculistica, ma non mancano osservazioni su altre malattie. All'“alienazione mentale presso gli arabi” sono dedicate le ultime sei pagine del libro, che verranno riportate in un numero degli «Annales médico-psychologiques» del 1846. In esse Furnari riprende alcune riflessioni che abbiamo già trovate nel saggio di Moreau de Tours, che

---

<sup>164</sup> Salvatore Furnari, *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale. Ou: De l'ophtalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races*, Librairie J.-B. Baillière, Paris 1845.

l'autore saluta – non a torto – come “l'unico lavoro che la scienza possiede sull'alienazione mentale in Oriente”<sup>165</sup>. Apre quest'ultima voce del suo volume medico-enciclopedico (compilato per voci significative) con la percezione della follia presso gli orientali: “In tutto l'Oriente la follia è in genere vista come una malattia sacra inviata agli uomini dalla divinità o da qualche genio buono o malvagio”. Prosegue poi con osservazioni sullo scarso numero di folli – in Oriente come in Africa – e sulle possibili ragioni di tale scarsità. A conferma del progressivo calare del numero di alienati africani – parallelamente all'aumento degli alienati in Europa – vi è la chiusura di stabilimenti appositi e sezioni di ospedali generali creati molti secoli prima del XIX – e la costruzione e l'inaugurazione di manicomi in Europa per sopperire all'espansione del fenomeno della follia nel Vecchio continente<sup>166</sup>. Di nuovo troviamo la proporzione diretta tra il grado di civilizzazione e la frequenza dell'alienazione mentale:

Come nelle contrade orientali, in Africa il numero di folli è di gran lunga inferiore a quello dell'Europa; l'assenza di cause fisiche e morali, che producono frequentemente la follia nei paesi civilizzati, spiega questa differenza. Così il torpore delle facoltà intellettuali, la non preoccupazione per il futuro, il solo desiderio di soddisfare solo i bisogni fisici, un regime alimentare sobrio e metodico, e soprattutto l'astinenza dai liquori fermentati, devono necessariamente preservare gli arabi dalle aberrazioni delle facoltà mentali. [...] L'influenza che la civilizzazione esercita sulla produzione della follia non è più un dato dubbio per nessuno<sup>167</sup>.

Furnari introduce un nuovo elemento, ossia il grado di dispotismo nel governo di una popolazione, posto in relazione inversa con lo spazio lasciato alla libertà di espressione e di immaginazione del singolo e quindi al potenziale di

---

<sup>165</sup> Ivi, p. 333.

<sup>166</sup> “Nel VII secolo, a Fez, nell'ospedale della città, esisteva un quartiere speciale per i folli che erano contenuti per mezzo di catene; e ora, mentre gli asili per alienati si sono moltiplicati in Europa, sono praticamente spariti dall'Africa; senza dubbio, la rarità della follia ha potentemente contribuito a questo risultato”, *ibidem*.

<sup>167</sup> Ivi, pp. 331-332. L'autore aggiunge: “dall'anno 1830 Brierre de Boismont, in una relazione letta all'accademia delle scienze e pubblicata negli «Annales d'Hygiène», ha dimostrato che lo sviluppo della follia seguiva i progressi, o per parlare più correttamente, gli abusi della civilizzazione”.

alienazione mentale: “Laddove il campo è lasciato libero agli spiriti, le immaginazioni abbandonate a se stesse, la follia è molto comune, mentre nei paesi dispotici, in Africa, in Asia dove le passioni sono compresse, il numero di alienati è sempre in diminuzione”. Fattore ulteriore, anche questo, lasciato in ombra da Moreau de Tours, è la densità della popolazione: “l’affezione mentale è tanto più comune quanto più la popolazione è agglomerata [...]. A misura che l’estensione del paese si accresce, si direbbe che i casi di follia diventano più rari proporzionalmente al numero di abitanti”.

Anche Furnari nota il diverso trattamento riservato ai folli tranquilli e a quelli agitati: “Come i Turchi, gli Arabi sono molto indulgenti per gli alienati tranquilli; li nascondono in seno alla famiglia, li circondano di cure e di rispetto e spesso addirittura di una specie di culto; ed è soltanto nei rari casi di follia furiosa che si ricorre ai mezzi di repressione”<sup>168</sup>. Furnari non si è “potuto procurare delle informazioni precise sulla specie di follia che si osserva più particolarmente in Algeria, e sulle cause fisiche e morali che la producono; poiché, eccetto qualche fanatico quasi idiota, [gli] è stato impossibile vedere dei veri e propri folli nelle province e nelle tribù percorse”. Ha incontrato invece dei marabutti in cui la follia religiosa si esprime in forma ben diversa rispetto a quella che affligge i “teomani” che “arrivano a credersi dio essi stessi” e vengono rinchiusi nei manicomi d’Europa.

In Africa un santone dedica il suo tempo e il suo spirito a pratiche insensate e superstiziose, ma non arriva a credersi Dio egli stesso. In un piccolo villaggio nei dintorni di Misser-Guin, abbiamo incontrato un marabutto che faceva delle prescrizioni per guarire un moro afflitto da febbre intermittente; tracciava su un foglio misterioso dei quadrati magici e alcune righe del Corano, tra cui i versetti della prima Sura che si recitano molto spesso e a cui i musulmani attribuiscono delle virtù meravigliose e soprattutto il potere di guarire una folla di malattie; ciò che fa dare a questa Sura il nome di al-chafiata, o la guaritrice. Abbiamo chiesto a questo marabutto la sua opinione sulle cause e la sede della follia; avendo

---

<sup>168</sup> Rispetto a questo tema, Furnari riprende, con le stesse parole, “l’eccellente articolo dell’amico e collega” Moreau de Tours.

cominciato a spiegarci come un gran numero di cause occulte presiedono ai fenomeni della vita, ci ha poi esposto le idee dell'intervento del demonio o del genio malvagio nell'esercizio delle facoltà dell'uomo. Malgrado la sua ignoranza completa delle nozioni di psicologia, anche le più elementari, il suo racconto rivelava un credente dalle convinzioni forti e sincere<sup>169</sup>.

Emile Louis Bertherand (1821-1890), medico militare in Algeria, che ha prestato servizio in diversi *bureaux arabes*<sup>170</sup> e in seguito ha avuto l'incarico di creare e dirigere l'Ospedale musulmano di Algeri, tra il 1848 e il 1853 ha raccolto svariate "informazioni sulle conoscenze mediche degli indigeni, arabi, cabili e sahariani" che trovano sistematizzazione nel corposo volume *Médecine et hygiène des Arabes*. Bertherand rende nota la visione che la colonizzazione ha avuto della medicina – e che avrà a maggior ragione nei protettorati di Tunisia e Marocco – come mezzo di penetrazione pacifica tra le popolazioni. In Algeria "dove da oltre vent'anni la Francia si dà da fare per penetrare sempre più la vita intima della popolazione indigena, per studiare i suoi bisogni, le sue tendenze, in una parola, il suo

---

<sup>169</sup> E tale caso gli offre l'occasione per intavolare una polemica sul "trattamento negli istituti per alienati diretti dalle comunità religiose dei frati ospedalieri di San Giovanni di Dio" secondo cui "per trattare un posseduto secondo le regole della scienza e dell'esperienza, serve un santone esorcista"; tali pratiche antilluministe fanno rivalutare a Furnari le credenze e le pratiche dei musulmani, seppur pervase di fatalismo e ingenuità, più giustificabili rispetto all'"apologia delle dottrine dell'intervento del demonio nelle facoltà dell'uomo", quando sono propuginate nella Francia del XIX secolo. "Qui non si tratta più di un marabutto o di un prete del medioevo; [...] in pieno diciannovesimo secolo, in istituti pressoché pubblici e in un giornale francese [...] si è osato proclamare dottrine la cui propagazione tenderebbe a rivolgere e riversare gli spiriti deboli al dogma assurdo del fatalismo e dell'estasi contemplativa". La polemica interna, contro una parte del cristianesimo retrogrado, si presta persino a strizzare l'occhio all'Islam: "diciamolo in onore del fanatico musulmano: aveva posto nella sua argomentazione meno tracotanza ed esagerazione e aveva avuto più attenzione per i precetti della scienza e più rispetto per le idee liberali e progressive della nostra epoca". Raramente si troveranno accostati musulmano e scienza, fanatismo e idee liberali e progressive; più facile ritrovare ogni cosa al suo posto: scienza in Occidente, in prestito semmai all'Africa e all'Oriente per far loro da guida nel percorso della civilizzazione; scienza come strumento di penetrazione tra popolazioni sconosciute e di correzione di usi e modelli arretrati; idee liberali e progressive a scortare esploratori, medici e avanguardie dell'imperialismo.

<sup>170</sup> "Ai Bureaux Arabes – *trait d'union* prezioso e necessario tra l'autorità di governo e la popolazione sottomessa – è assegnato il compito delicato di raccogliere informazioni sulle istituzioni sociali degli Indigeni; e nessuno dubita che le osservazioni raccolte pazientemente su tutti gli aspetti e in ciascuna specializzazione di questo vasto *réseau* amministrativo, possano dettare le scelte più congrue e dare una valutazione razionale dei mezzi d'azione più appropriati al temperamento di queste popolazioni, ovvero quelli che possano iniziarli in modo più sicuro ai benefici della civilizzazione", Emile Louis Bertherand, *Médecine et hygiène des Arabes. Etude sur l'Exercice de la médecine et de la chirurgie chez les musulmans d'Algérie*, Librairie J.-B. Baillière, Paris 1855, pp. 10-11.

temperamento nazionale, con l'obiettivo di migliorare, di modificare, senza tuttavia distruggere troppo violentemente le idee e le abitudini (*errements*) che le sono proprie", il ruolo del medico è di primaria importanza: insieme "ai legislatori, ai conquistatori, ai poteri governativi ad ogni livello", ha il compito di scoprire "il grado morale e intellettuale dei popoli", nel suo caso attraverso le credenze e le usanze applicate nel campo medico, per poter trovare "i mezzi più convenienti per guidarli e condurre i sentimenti e le facoltà sulla via del perfezionamento organico e sociale". In particolare la medicina, scienza "umanitaria tra le altre scienze", è la "leva potente che permetterà di soddisfare gli interessi fisici delle masse (pp. 11-12), di smontare alla base la loro superstiziosa apatia, di distruggere poco a poco il loro torpore retrogrado, l'immobilità intellettuale di questo popolo musulmano". Apatia, superstizione, torpore, arretratezza, immobilità: non manca all'appello nessuna delle qualità attribuite ai popoli sottomessi in queste primissime pagine dell'introduzione di *Médecine et hygiène des Arabes*. Guarigione fisica e correzione morale vanno di pari passo ed il medico europeo ne è il primo attore.

Bertherand è interessato in modo particolare ai rimedi utilizzati presso le popolazioni indigene e anche per quanto concerne l'alienazione fornisce alcuni dati interessanti in tal senso, citando alcune terapie tradizionali. Contraddice l'informazione finora diffusa (lo abbiamo visto in Moreau de Tours per alcune città dell'Oriente e in Furnari per l'Algeria) della rarità della follia fuori dall'Europa: "gli idioti (*bela el âquel*, senza la ragione), i folli (*mabbel*), gli alienati (*medjenoune*, con il *djinn*, genio) non sono rari in Algeria"; non fa riferimento alla teoria che lega il progredire della civilizzazione all'aumentare del numero dei folli e nega che le pratiche religiose favoriscano l'insorgere dell'insanità mentale<sup>171</sup>. Quest'ultima sarebbe dovuta, nella concezione popolare, all'"influenza malevola dei djenounes che giocano al soggetto che colpiscono, lo scherzo di portare il suo spirito in cielo". Il rispetto e la venerazione per i folli vengono notati anche da Bertherand: "Come in tutto l'Oriente, l'Arabo ha un profondo rispetto per i folli; da ciò il suo darsi da fare per soddisfare tutti i loro capricci, a provvedere a tutti i loro bisogni, a baciare loro la mano per attirarsi la benedizione dell'Altissimo". Trattandosi di un male sacro,

---

<sup>171</sup> Ivi, p. 465.

inviato dalla divinità, l'Arabo non è motivato a debellarlo: “i musulmani si guardano bene dal combattere una malattia tanto sacra”. Ciò che emerge e che ritroveremo in testi successivi (Kocher e Meilhon, alienisti e non medici generici), è il dato del “temperamento bilioso degli indigeni”, da mettere in relazione “con la frequenza dei disturbi mentali”. Alcuni decenni dopo queste timide affermazioni di Bertherand trionferà la tesi della violenza e dell'aggressività impulsiva come tratto primario del carattere indigeno, tratto che si manifesta in maniera esponenziale nei folli.

La questione degli alienati in Algeria viene affrontata anche da un punto di vista pratico: durante una seduta della “Société médico-psychologique”<sup>172</sup> A. M. Pouzin, traccia brevemente il quadro della custodia degli alienati al momento dell'arrivo dei francesi in Algeria:

Prima del 1830, sotto al dominazione del Dey, esisteva già una sorta di manicomio, una casa moresca per accogliere i folli. Nel 1834 c'erano in questo piccolo stabilimento sette alienati, di cui quattro arabi. Due soltanto erano legati a delle catene fissate al muro, gli altri vagavano in libertà. Le donne alienate erano sequestrate in una casa vicina; nessuna di loro era legata. È in questo luogo, con l'aggiunta di due o tre altre case, che è stato fondato l'ospedale civile.

Auguste Voisin, medico alla Salpêtrière dal 1867, riferisce “di una visita che ha fatto al quartiere degli alienati dell'ospedale civile di Algeri”, con l'obiettivo di dare a ciò che ha visto “tutta la pubblicità possibile, per richiamare l'attenzione degli alienisti francesi e la sollecitudine dei poteri pubblici su questa situazione deplorabile e porvi rimedio”. Il reparto, che ricorda quelli che “esistevano in Francia ben prima della riforma di Pinel” e che somiglia “a una prigione cellulare piuttosto che a un reparto di malati”, ospita tra 20 e 25 alienati, uomini e donne, tranquilli e agitati; alcuni sono legati al letto, in attesa del trasferimento ad Aix. È previsto infatti che dopo il periodo di osservazione, più o meno lungo anche in

---

<sup>172</sup> *Séance 27 janvier 1873, Société médico-psychologique, Les aliénés en Algérie, «Annales médico-psychologiques», IX, 1873, pp. 492-493.*

relazione alle partenze dei *paquebots* per il Sud della Francia, i pazienti siano inviati nei manicomidi Marsiglia e di Aix en Provence<sup>173</sup>.

Così il dottor Paul Gérente descrive nel 1895 la pratica del trasferimento dei pazienti in nave da Algeri a Marsiglia e poi in treno all'ospedale Montperrin di Aix:

È un viaggio molto triste quello del trasporto di un alienato dall'ospedale di Algeri al manicomio di Aix [...], agitato o abbattuto, maniaco o malinconico, ciascun alienato è rinchiuso in una gabbia stretta, una specie di stiva vicino alla macchina [...], alla minima tendenza all'eccitazione gli si metteva la camicia di forza [...] gli infermieri, con il pretesto che sono indisposti, spesso malati, lasciano questi infelici per andare avanti, chiacchierare e bere con i marinai e con gli altri passeggeri, raccontano volentieri gli accidenti di una vita tanto triste, che conducono questi poveri dementi all'ospedale e poi all'asilo di alienati [...] il comandante di bordo, non potendo avere alcuna autorità su questi guardiani, è ridotto per la maggior parte del tempo a far venire dei soldati, quando ve ne sono per caso di passaggio a bordo, o qualcuno dei marinai di buona volontà, infermieri improvvisati per fare da guardia. Questo viaggio ha spesso una durata di 36 ore e anche di più quando c'è cattivo tempo; si fa presto a indovinare il trattamento inflitto a questi poveri dementi quando, per disturbo mentale o per una vaga coscienza del loro stato, tentano di strapparsi le catene e di strappare la camicia di forza<sup>174</sup>.

Augustin Constans, ispettore generale del *service des aliénés*, completa il quadro riferendo sulle condizioni degli alienati algerini una volta giunti al manicomio di Aix en Provence. Si tratta di “malati estremamente violenti e pericolosi [...] [che] arrivano in uno stato di esaltazione incredibile” e “che si è obbligati a trattare come

---

<sup>173</sup> Nel 1845 viene siglato un accordo tra la città di Algeri e il manicomio di Marsiglia, per l'internamento dei malati psichiatrici dall'Algeria. Nel 1848 l'accordo è esteso all'intero territorio algerino. Nel 1852, a causa del sovraffollamento dell'Ospedale psichiatrico di Marsiglia, viene siglato un nuovo accordo con l'Ospedale psichiatrico Montperrin, di Aix en Provence. Poi le destinazioni verranno ulteriormente differenziate: Pierrefeu (Var) e Aix en Provence per il dipartimento di Algeri; Albi (Tarn), Limoux (Aude) e Saint Alban (Lozère) per il dipartimento di Orano; Saint-Pons a Nizza per Costantina.

<sup>174</sup> Paul Gérente, *Discours prononcé par M. Gérente, séance du Sénat du 6 avril 1895. Discussion du budget de l'Algérie (exercice 1895)*, Imprimerie des Journaux Officiels, Paris 1895.

bestie feroci. Non guariscono quasi mai, e la loro mortalità annuale arriva al 49 per cento, mentre quella degli alienati europei si attesta sul 13 o 14 per cento”. L’alta mortalità sarebbe dovuta “alla doppia influenza del cambiamento del clima e di dieta”<sup>175</sup>.

Anche il dottor Meilhon, interno al manicomio di Aix, osserva i pazienti arabi algerini lì inviati dall’ospedale Mustapha di Algeri e nel 1896 pubblica uno studio di *nosologie comparée* nelle pagine degli «Annales médico-psychologiques»<sup>176</sup>. Le sue osservazioni in parte confermano tesi di altri autori, in parte aprono a nuove riflessioni nel campo della psichiatria coloniale o comparata. Alcune idee centrali emergono ripetutamente: “la questione della razza domina tutta la psicopatologia dell’indigeno dell’Algeria”; “pare di trovarsi di fronte all’infanzia dell’alienazione mentale” anche in ragione delle “forme elementari di follia”.

È interessante come Meilhon declina il ruolo della civilizzazione nella fenomenologia dell’alienazione mentale, attribuendo alla follia in Europa e a quella in Africa due posizioni diverse nella scala temporale del suo manifestarsi: “un manicomio di soli indigeni algerini ci rivelerebbe com’erano i pazzi ai tempi della barbarie, quando la civilizzazione non aveva ancora dato la sua impronta al delirio e dato vita a quelle forme degenerative” che colpiscono i malati europei. Se il numero di individui riconosciuti folli è in crescita in Europa – a causa “della vita sedentaria, nelle grandi città, gli eccessi, il *surmenage cérébral* [...] fattori potenti che portano i disturbi cerebrali” – esso resta basso nelle province algerine. Certo Meilhon tiene conto solo degli algerini internati nel manicomio di Aix (fino al 1879 provenienti da Algeri, Orano, Costantina; dal 1880 solo dalla provincia di Algeri) la cui traiettoria è la seguente: arrestati dalla polizia o internati su domanda dei parenti, vengono condotti dapprima all’ospedale principale di Algeri, dove restano normalmente da una a tre settimane; alcuni – affetti da follia tossica o da forme acute – possono considerarsi guariti e sono dimessi; vengono invece inviati ad Aix gli incurabili o

---

<sup>175</sup> Constans riferisce inoltre che prima dei “tristi avvenimenti del 1870” era stato incaricato di redigere un rapporto su un progetto di un manicomio in Algeria, su cui il consiglio generale del governo di Algeri si era espresso favorevolmente; progetto naufragato, ripreso in seguito in occasioni diverse, ma che troverà uno sbocco positivo solo negli anni Trenta del XX secolo.

<sup>176</sup> Abel Joseph Meilhon, *L’aliénation mentale chez les Arabes: étude de nosologie comparée*, «Annales médico-psychologiques», 54, 1896, 1 (pp. 17-32, 177-207, 364-377); 2 (pp. 26-40, 204-220, 344-363).

quanti necessitano di un trattamento più lungo: in ogni caso “la maggior parte dei malati che entrano all’ospedale Mustapha per follia, sono evacuati al manicomio di Aix”<sup>177</sup>.

Meilhon conferma i dati espressi da Moreau de Tours sullo scarso numero di folli; nega tuttavia che il clima possa esercitare un ruolo rilevante, mentre conferma che “l’immunità relativa dell’Arabo di fronte all’alienazione mentale” va messa in relazione alle “abitudini, ai costumi, alle istituzioni politiche, sociali e religiose, al modo di vita, alle occupazioni, in una parola, alla civilizzazione dell’indigeno”. Torna sulla questione della percezione della follia tra i musulmani: si tratta di un “male sacro che colpisce i favoriti di Allah”; alcuni di essi errano da tribù a tribù, venerati come rappresentanti della divinità e si ritiene abbiano poteri terapeutici sugli altri. Le sue osservazioni confermano inoltre quella “legge della criminologia” in base a cui “gli attentati contro le persone aumentano quanto più ci si avvicina all’equatore”: il tratto dominante della follia degli arabi sarebbe la loro tendenza alla violenza. Sono facilmente preda di impulsi aggressivi incontrollabili, “segno di uno stato d’inferiorità cerebrale originaria, inerente alla razza”, quella che “presso i nostri malati del continente si ritrova solo tra i degenerati agli stadi inferiori”. Nella follia poi, “dove scompare ogni freno alle passioni violente”, si manifestano a un grado parossistico le perversioni sessuali, comuni presso l’Arabo, “naturalmente erotico”, in base a una “tendenza originaria”. Le idee deliranti più comuni sono “le idee mistiche”, anche se è difficile osservare “un vero e proprio delirio mistico” e quelle “ambiziose, sebbene queste ultime sembrano conciliarsi difficilmente con il temperamento fatalista dell’arabo”. La mania, una “forma primitiva di alienazione”, sarebbe la patologia mentale più diffusa tra gli arabi. Se l’alcolismo si è diffuso dagli anni Ottanta del XIX secolo, il consumo di *kiff* è di lunga data e “si manifesta con sintomi caratteristici come l’eretismo genesico con tendenza ad atti osceni e impudichi, l’estasi, il riso continuo, le allucinazioni visive, la sensazione di sollevarsi nel vuoto”. Riporta oltre ottanta casi clinici, con alcune annotazioni e relative generalizzazioni. Oltre ai dati relativi alle cause della follia, alla sua diffusione e alle

---

<sup>177</sup> Poiché considerare solo i pazienti che arrivano ad Aix nel calcolo dei “folli indigeni algerini” può apparire fuorviante, Meilhon aggiunge i dati rilevati dal dottor Kocher sui “casi di follia osservati nel dipartimento di Algeri”; la conclusione è sempre la rarità della follia tra gli arabi.

sue forme, ciò che sta a cuore all'autore è la denuncia delle condizioni degli alienati algerini trasportati in Francia, l'aggravarsi della loro situazione con l'arrivo oltremare, l'alta mortalità. Giunti al manicomio di Aix gli alienati sono "costretti a spogliarsi del loro costume nazionale per indossare l'uniforme regolamentare all'europea"; intorno non hanno "un vestigio della loro religione" ma solo "delle figure e una lingua ignota"; "incompresi, isolati, si abbandonano a alle loro divagazioni deliranti e più facilmente cadono nella cronicità". Meilhon denuncia "i trattati siglati con i manicomi della metropoli" e si batte perché vengano creati dei manicomi in loco – al cui studio l'amministrazione provvede da anni ma senza risultati – "in armonia coi costumi degli abitanti". In conclusione, con tali strutture "sotto il cielo della nostra colonia" la scienza delle malattie mentali "guadagnerà un campo d'osservazione tra i più fertili e inesplorati" e la "buona reputazione della Francia tra gli indigeni li farà attaccare ancor di più alla madrepatria".

### **Il trattamento della malattia mentale nelle colonie come problema**

Dai primissimi anni del XX secolo possiamo contare oltre che su articoli di riviste, peraltro ora più frequenti, non ultimo per l'emergere della questione dell'assistenza agli alienati nei congressi coloniali da un lato e in quelli di psichiatria dall'altro, anche su tesi di studenti di medicina – specialmente nelle facoltà di Lione, Montpellier, Bordeaux, Parigi e Algeri – che analizzano la situazione degli alienati, indigeni e coloni, nelle terre d'oltremare, i trattamenti in uso, le riforme possibili e le soluzioni auspicabili. Le riviste specialistiche che hanno maggiormente a cuore la questione dell'assistenza agli alienati nelle colonie sono innanzitutto quelle di medicina militare: «Caducée» in primo luogo, ma anche gli «Archives de médecine et pharmacie militaires» e gli «Archives de médecine navale». È qui che possiamo trovare le prime interrogazioni sul problema degli alienati nelle colonie, che va a incrociarsi con quello affrontato dalla nascente psichiatria militare (e navale) dei soldati imbecilli, psicopatici, nevrotici, epilettici, simulatori presenti nelle diverse branche della difesa, con percentuali massime nelle compagnie coloniali e nei

Battaglioni d’Africa. Altre riviste che ospitano articoli relativi agli alienati nelle colonie sono, oltre agli «Annales médico-psychologiques»<sup>178</sup>, il «Bulletin de la Société clinique de médecine mentale», «La Revue philanthropique», «L’assistance familiale», «La revue indigène», «La presse médicale», «Paris médical», «Médecine moderne».

Prima ancora del *Congrès colonial* del giugno 1905, il problema degli alienati coloniali viene sollevato nel numero del 15 aprile 1905 di «Caducée», nella sezione *Médecine sanitaire maritime*. È il dottor Emmanuel Régis, alienista e professore a Bordeaux a proporre redattore capo Granjux, un articolo del dottor François de Ribier su *Les aliénés aux colonies* che tratta in particolare la questione del *Leur rapatriement*<sup>179</sup>. Régis, che sarà autore, nel 1912, di un importante rapporto sulla situazione degli alienati nelle colonie, è convinto dell’urgenza di un’“organisation à la fois matérielle et médicale” nel campo della psichiatria coloniale, necessità che esporrà nella terza edizione dei suoi *Précis de Psychiatrie* pubblicata nell’agosto 1905<sup>180</sup>. De Ribier non è interessato alla sorte dei soli “alienati indigeni di tale o talaltra parte del nostro territorio coloniale, ma anche e soprattutto quelli che possono essere forniti dal contingente considerevole dei funzionari e dei coloni”. Per essi vi è un certo rischio, infatti, di essere preda di disturbi mentali dovuti al clima particolare, al surmenage, all’abuso di alcol, alla solitudine, alla nostalgia.

Se “i casi di alienazione mentale sia episodici sia di durata più o meno lunga, non sono così rari come si potrebbe pensare”, è lamentevole che non vi siano le strutture per accogliere i pazienti, tanto più che in madrepatria, per una popolazione di quaranta milioni di abitanti esistono ben 120 manicomi, ciascuno per ogni

---

<sup>178</sup> Come abbiamo visto l’interesse della rivista rimonta indietro nel tempo: cfr. Moreu de Tours, Furnari, Meilhon.

<sup>179</sup> F. de Ribier, *Les aliénés aux colonies. Leur rapatriement*, «Caducée», 15 aprile 1905, pp. 163-164. Così scrive Régis nell’introdurre l’articolo: “Il dottor De Ribier, medico della Marina [...] che si occupa da diversi anni della questione degli alienati nelle colonie, e in particolare del loro rimpatrio, mi ha inviato questo articolo alcuni mesi fa. Volevo che portasse a termine parallelamente, anche uno studio sull’assistenza agli alienati nelle colonie degli altri paesi, quelle inglesi in particolare. Poiché la raccolta di questi dati richiede molto tempo, non ho voluto rimandare oltre la pubblicazione dell’articolo di De Ribier, e l’ho inviato al mio caro amico, dottor Granjeux, ritenendo che ormai sia tempo di porre all’attenzione e risolvere l’importante questione degli alienati nelle colonie e del loro rimpatrio”.

<sup>180</sup> Emmanuel Régis, *Précis de psychiatrie* (4<sup>ème</sup> éd.), Doin, Paris 1905, pp. 1070-75.

dipartimento, in base alla legge del 30 giugno 1838<sup>181</sup>. L'Algeria, “assimilata a una provincia comprendente tre dipartimenti con prefettura e sottoprefetture [...] si trova in totale difetto” rispetto a tale legge; le colonie considerate nel loro insieme lo sono altrettanto: con una popolazione totale di 55 milioni di abitanti, hanno solo due *maisons de santé* per alienati<sup>182</sup>. Sono tutte private, mentre “l'Etat ne possède pas une seule maison pour les aliénés”. Esistono semmai “negli ospedali dei grandi centri coloniali due o quattro camere [...] che permettono di ricevere e isolare gli alienati”, ma in questi spazi non viene svolta alcuna attività terapeutica specifica: gli alienati vi sono semplicemente rinchiusi nell'attesa del rimpatrio.

È proprio questo punto – il rimpatrio – che de Ribier ha più a cuore e che tratta perciò diffusamente nell'ultima parte del suo intervento, introducendo argomenti decisamente pratici, utili per spingere le autorità ad affrontare la questione in ogni suo aspetto. L'unico mezzo per il rimpatrio in Francia è il *paquebot*, ossia il piroscafo. Anche se esistono delle “convenzioni tra lo Stato e le compagnie di navigazione che effettuano il servizio postale” e un “regolamento ufficiale per l'imbarco degli alienati a bordo delle navi passeggeri”, la loro applicazione è farraginosa e il trasporto degli alienati viene, nei fatti, spesso rifiutato. Innanzitutto il regolamento concerne “solo il rimpatrio degli alienati francesi che risiedono all'estero e che viaggiano su richiesta dell'autorità diplomatica e consolare”, escludendo da qualsivoglia garanzia gli indigeni che, non provvisti di un centro di cura in loco, subiscono la stessa sorte dei francesi all'estero o dei coloni francesi ma, mentre per questi ultimi si tratta di rimpatrio, per i primi si tratta di sradicamento, allontanamento dalla propria “patria”. In secondo luogo, nelle convenzioni, il trasporto non è assicurato a priori: l'accettazione ha luogo solo “dopo un esame contraddittorio tra il medico di bordo e un altro medico designato dall'agente diplomatico o consolare, sullo stato del malato e sulle condizioni

---

<sup>181</sup> L'articolo 1 della sezione II del titolo I suona così: “ogni dipartimento è tenuto ad avere un istituto pubblico destinato a ricevere e curare gli alienati o di trattare, a questo fine, con un istituto pubblico o privato di quel dipartimento o di un altro dipartimento”.

<sup>182</sup> Una a Saint Eugène, vicino ad Algeri e un'altra a Saint Paul de la Réunion; una terza esisteva a Saint Pierre de la Martinique fino al 1902, ma è stata distrutta da un cataclisma. L'autore raccoglie queste informazioni almeno a partire dal 1900: in quell'anno ha visitato l'istituto di Saint Pierre de la Martinique, poi distrutto; i suoi dati avrebbero ricevuto sistematizzazione nel 1902 (per cui a priori il periodo 1902-1905 non è considerato).

materiali in cui andrà effettuato il trasporto; se c'è disaccordo, l'agente diplomatico o consolare resterà giudice nella scelta se si può procedere o no all'imbarco". Il fatto che l'arbitro in ultima istanza, chiamato a decidere su questioni anzitutto mediche, non sia un medico, è tra gli elementi che non convincono de Ribier<sup>183</sup>. A ciò si aggiunga il dato di fatto che "le grandi Compagnie, come la compagnia delle messaggerie marittime o la compagnia generale transatlantica, rifiutano di imbarcare gli alienati; il medico di bordo che sa quanto è pesante spesso la sua responsabilità e conosce gli obblighi che gli impongono il suo titolo e il suo dovere, è obbligato a fare rispettare i regolamenti della sua compagnia". Nonostante regolamenti e convenzioni esistano in teoria, in pratica la loro applicazione è dubbia. Vi è poi il problema dell'equipaggiamento della nave, che non può né deve essere un ospedale, un manicomio o una prigione<sup>184</sup>:

Un grande corriere non può e non deve essere un ospedale in principio, ma ancor meno un asilo di alienati in miniatura. Un alienato non è un semplice malato, che possa vivere tra i passeggeri, per il suo stato e per le manifestazioni deplorabili a cui questo stato può portare. Un malato di questa natura non si installa in una cuccetta di nave come un ferito ordinario e non ci si può aspettare a bordo di una nave né la stabilità, né la comodità, né il comfort che si ritrova pure nelle linee interoceaniche nord-americane. Non si può lasciare il malato da solo in questa cabina improvvisata che non ha né gli equipaggiamenti adeguati, né garanzie sufficienti. [...] L'alienato dovrà essere accompagnato da un infermiere che lo deve sorvegliare.

---

<sup>183</sup> Così continua de Ribier su questo punto: "La discussione del resto ruota sempre intorno allo stesso soggetto: il malato può o non può essere imbarcato? Se il medico di terra è per l'affermativa e quello di bordo per la negativa, l'arbitro, console o cancelliere, diventerà per forza giudice e parte in causa. Agente diplomatico, è ossessionato dalla famiglia, dei vicini o dal governo stesso presso cui rappresenta la Francia e ha un solo desiderio, ossia sbarazzarsi di un malato che è o può diventare pericoloso per gli altri e per sé. Quanto al medico, desidererà accostarsi, per quanto possibile, all'opinione di colui che l'ha designato e di cui conosce le aspettative".

<sup>184</sup> "È stato proposto di rinchiodare gli alienati rimpatriati nella prigione di bordo e questa proposta inqualificabile mi è stata fatta a Philippeville da un funzionario che mi portava cinque alienati da rimpatriare a Marsiglia, su richiesta dell'autorità prefetturale. Non solo questa misura sarebbe indegna, soprattutto da parte di un medico, ma poi è essenzialmente illegale. La legge sugli alienati ci dice testualmente: in nessun caso gli alienati possono essere condotti con i condannati o gli imputati, né depositati in una prigione (titolo II, sezione II, art. 24)".

A questo punto si innesta un problema ulteriore, quello dello scarso numero degli infermieri in colonia, che impedisce di privarsi del personale perché effettui il viaggio di accompagnamento degli alienati in madrepatria e costringe “a ricorrere a degli stranieri compiacenti, a dei soldati in congedo, a dei gendarmi che cambiano di residenza”. L'autore ci offre un'immagine mordace e tragica di queste traversate:

Cosa succede quindi in nove casi su dieci? Succede che appena si prende il largo, gli infelici infermieri improvvisati vengono presi dal mal di mare, non possono restare chiusi in una cabina, seppur areata, e diventano completamente inutili. Quanto al malato, sorpreso e turbato da questi rumori sconosciuti a cui non è abituato, i rumori degli argani, i soffi rauchi della macchina, le trepidazioni dell'elica, si dimena urlando e vociferando orribilmente, e tutto questo in mezzo ai passeggeri. I passeggeri, un gran numero dei quali sono convalescenti che tornano in Francia per riprendersi completamente, hanno bisogno di riposo. Se vien turbato per giorni e giorni, certo ci saranno degli inconvenienti. Questi terribili gridi di un folle furioso che nulla può fermare, possono influire disastrosamente sul morale e la salute dei bambini spaventati o delle giovani donne nervose e delle conseguenze funeste possono derivarne. Le installazioni attuali delle nostre navi [...] non permettono di isolare un alienato, che è quindi alla portata di tutti, passeggeri e personale.

In conclusione de Ribier espone le sue proposte miranti a risolvere la questione dell'assistenza ai malati mentali nelle colonie francesi: “Quali sono quindi le soluzioni di questo doppio problema, l'internamento degli alienati nelle colonie e il loro rimpatrio?”. Si tratta, da un lato di articolare *in loco* una rete di ospedali per i folli indigeni, dall'altro di migliorare le condizioni di trasporto per rimpatriare gli alienati francesi nel sud della Francia. Queste le parole del medico, dalle quali traspare la dedizione alla questione, l'approfondimento pragmatico di ogni suo aspetto:

Certo, non ignoro che è molto difficile e spesso impossibile edificare, in tutte le colonie francesi e nei paesi di protettorato, degli asili d'alienati, ma ci sono alcuni grandi centri, come Algeri, Orano, Costantina che potrebbero conformarsi alla legge che detta ai dipartimenti di avere un manicomio; Tunisi, Saigon, Hanoi, Tananarivo etc. potrebbero a poco a poco costruire degli asili per alienati e questo esempio verrebbe seguito non solo dalle municipalità minori, ma anche dalle autorità indigene. Questi istituti verrebbero messi sotto l'autorità di un medico residente permanentemente nella località e dipenderebbero dall'amministrazione coloniale, così come gli asili in Francia dipendono dal Ministro degli interni. Quanto al rimpatrio, si potrebbe effettuare con navi dello stato che rientrano in Francia, o con delle navi specialmente destinate a quest'uso. Si potrebbero sistemare per questo delle installazioni su delle navi da carico, il cui personale alloggiando nel davanti della nave, lascerebbe la parte dietro a disposizione. Infine, sarebbe possibile, credo, obbligare le grandi compagnie a riservare una parte della nave all'installazione di cabine speciali che possono accogliere in buone condizioni due o quattro alienati<sup>185</sup>.

La ragione di tanta dedizione alla causa perorata è quella di “rendere edotti” gli organi di governo ma anche l'opinione pubblica “su una questione poco nota [...], attirare e fermare l'attenzione dell'amministrazione coloniale sulla sorte di un ordine particolare di sventurati, da compatire più di ogni altro malato”<sup>186</sup>.

L'attenzione a questa questione “poco nota” sarà rivolta anche in occasione del *Congrès colonial*, che si tiene a Parigi nel giugno 1905. Nei lavori della settima sezione, *Médecine et hygiène coloniales*, il dottor Margain presenta un rapporto su *La situation des aliénés aux colonies*<sup>187</sup>, il dottor Jeanselme su *La condition des aliénés dans les*

---

<sup>185</sup> Esiste già una tipologia di nave adatta al trasporto dei folli: “alla *compagnie nationale de navigation* va il merito di aver posseduto sulle sue navi, dei locali destinati agli alienati. Si può in effetti notare a bordo delle navi, tipo Cholon o Chodoc, una felice combinazione che permette di avere sul ponte dei locali perfettamente areati, isolati dal resto dei passeggeri, con le dotazioni necessarie e rispondendo quindi a tutte le condizioni desiderabili”.

<sup>186</sup> “Ho coscienza di aver fatto un'opera di carità provando a perorare la causa di esseri miserabili la cui situazione è tanto degna di interesse e di pietà e spero che non sia in vano che ho levato la mia voce in loro favore”.

<sup>187</sup> Margain, *La situation des aliénés aux colonies*, in René Worms, Gustave Regelsperger, Paul Bourdarie, L. Gaillard (a cura di), *Congrès colonial français: séance d'ouverture, compte rendu des conférences et des séances de section, analyse des travaux, rapport général. 1903-1909*, pp. 217-220.

*colonies d'Extrême-Orient* e il dottor Regnault su *Hypnose, hysterie et sorcellerie en Indo-Chine* dove temi di psichiatria, ovvero assistenza psichiatrica, coloniale si mescolano a quelli di psichiatria più strettamente etnografica.

Margain nella sua relazione riporta anche dati relativi alle colonie inglesi e olandesi, le quali sarebbero dotate di “propri servizi locali autonomi”<sup>188</sup>, a differenza di quelle francesi<sup>189</sup>. Il rimpatrio degli alienati, come sola pratica di “assistenza” ai malati mentali, presenta numerosi difetti: dal problema stesso del passaggio in nave (la pericolosità del malato per sé e per gli altri; il rifiuto, possibile, da parte del capitano, di far montare a bordo certi alienati; l'assenza, spesso, di medici e sorveglianti a bordo), alla mortalità elevatissima all'arrivo in Francia (quando la morte non interviene prima). Bisognerebbe, secondo Margain, “ospedalizzare i deliranti occasionali o intermittenti, in modo che il loro passaggio al manicomio non pesi su di loro come una tara che impedisca poi, una volta rientrati nella società, di vivere degnamente”.

A proposito della concezione di strutture per l'ospedalizzazione dei malati in loco, Margain propone dei manicomi strutturalmente divisi in due: “Il manicomio coloniale deve essere doppio: parte europea, parte indigena. È necessario dal punto di vista sociale, medico (per dividere il lavoro) e non risulta più costoso rispetto a creare un unico manicomio dove i servizi del dormitorio e della cucina sarebbero per forza distinti”. Secondo Margain è necessario “sviluppare lo studio delle scienze psicologiche da questo speciale punto di vista”; vedremo come negli anni successivi diversi giovani studiosi si dedicheranno sia alla soluzione pratica di certi problemi già emersi (trasferimento in Francia *versus* mantenimento dei legami con la terra d'origine), sia alla psichiatria coloniale dal punto di vista teorico (l'osservazione dei pazienti e la deduzione di leggi sul funzionamento della psiche normale e di quella disturbata); Porot e la sua *Ecole d'Alger* saranno all'avanguardia di certo nella psichiatria dei popoli colonizzati, ma anche nella psichiatria *tout court* come afferma

---

<sup>188</sup> Margain, *La situation des aliénés aux colonies*, cit., p. 217.

<sup>189</sup> “Relativamente alle colonie francesi, l'internamento degli alienati, indigeni e francesi, è possibile solo alla Guadalupa, alla Martinica e in un istituto privato vicino ad Algeri. Quest'ultimo in realtà funziona come ‘parcheggio’ per gli alienati, anche indigeni, che vi dimorano in attesa di essere imbarcati per raggiungere un manicomio del Sud della Francia”.

Richard Keller nel suo *Colonial Madness* (l'oltremare sarà terreno di sperimentazione, laboratorio, espressione di un'avanguardia all'interno di una professione altrimenti in stallo). È ugualmente necessario disporre di personale medico e infermieristico preparato, competente nella lingua e nei costumi indigeni<sup>190</sup>, in previsione di un'integrazione progressiva con personale indigeno adeguatamente formato<sup>191</sup>. Infine, l'autore suggerisce l'applicazione nelle colonie, con le debite modifiche, della legge del 1838.

Come riporta Regnault, presente al Congresso coloniale francese del 1905 – in un articolo apparso su «Caducée» – la Sezione di medicina e igiene, in seguito alla discussione scaturita dalla presentazione di Margain, tenuto conto di istanze diverse, circostanze e dati espressi dal relatore, si pronuncia per una rapida risoluzione della questione degli alienati coloniali; di seguito le considerazioni e gli auspici:

*Considérant* le nombre important d'aliénés que l'on observe dans les colonies françaises; *Considérant* que des asiles d'aliénés n'y existent presque nulle part et que, jusqu'à ce jour, le rapatriement des malades en France dans des conditions onéreuses et désastreuses est la seule mesure d'assistance que l'on ait prise envers eux; *Considérant* que les colonies anglaises et hollandaises possèdent des asiles avec des colonies agricoles qui donnent les meilleurs résultats;

*Considérant* que l'alcoolisme et l'absinthisme sont aux colonies comme en France une des causes les plus fréquentes de l'aliénation mentale, [*La Section de médecine et hygiène*] *Emet le vœu:*

1. qu'il soit mis immédiatement à l'étude un projet complet d'assistance des aliénés aux colonies, comportant la création à bref délai d'asiles coloniaux avec colonies agricoles, et l'institution de médecins civils aliénistes coloniaux; 2. qu'il soit prévu que ces asiles seront administrés par les médecins sous la direction administrative du gouverneur et que la langue indigène sera exigible rapidement des médecins et de l'infirmier en chef; 3. qu'il soit adjoint aux hôpitaux coloniaux, dans des conditions spéciales et sous la direction d'un personnel spécialisé, des salles de délirants passagers

---

<sup>190</sup> «È necessario che ci siano medici che si stabiliscano permanentemente in colonia, e che apprendano la lingua indigena, ricevendone in cambio un adeguato compenso a livello economico».

<sup>191</sup> «Più tardi forse si potrà contare su medici alienisti e infermieri indigeni».

pour lesquels l'internement pourrait être désastreux ; 4. que la recherche discrète des affections mentales chez les indigènes coloniaux soit encouragée et que la déclaration des cas dangereux soit rendue obligatoire au moins temporairement; 5. que l'expertise médico-légale soit instituée; 6. qu'il soit constitué une commission d'internement, de sortie et d'évacuation des aliénés, tant pour se mettre à l'abri de toute soupçon de séquestration arbitraire que pour déterminer les conditions dans lesquelles l'évacuation doit être pratiquée; 7. qu'il soit fait une suite à l'étude d'urgence et une réalisation rapide des moyens propres à assurer l'évacuation sur France de certains aliénés; 8. qu'il soit créé des infirmeries volantes spéciales pour les aliénés militaires en temps de guerre.

Anche al successivo *Congrès des alienistes et neurologistes de langue française*, tenutosi a Digione del 1908, si torna sulla questione; è di nuovo il dottor Régis, insieme al dottor Simon, a richiamare l'attenzione sul tema degli alienati nelle colonie. Simon così conclude il suo intervento: “Nella patria di Pinel non può esistere uno stato di cose del genere. Nell'interesse dei malati e per l'onore dell'umanità, deve cessare”; mentre Régis porta gli esempi di altre potenze coloniali che hanno provveduto alla creazione di manicomi in loco: “è vergognoso che la Francia, i cui domini coloniali sono oggi così estesi, non abbia fatto nulla per l'ospedalizzazione e il trattamento degli ammalati, mentre altri paesi, come l'Inghilterra e l'Olanda, vi hanno provveduto da tempo, con la creazione di reparti, di ospizi o manicomi speciali sia per gli indigeni che per i metropolitani, civili o militari”. E aggiunge una problematica che, dato l'esempio della guerra russo-giapponese, potrebbe ripresentarsi:

Qualora la Francia fosse chiamata a sostenere una guerra in uno dei domini lontani, si presenterebbe una grave lacuna, un vero pericolo. Come si comporterebbe in tal caso con la moltitudine di deliranti che si produrrebbe nella campagna militare e soprattutto con le grandi battaglie, terrestri o marittime? L'esempio della Russia ci mostra in quale difficoltà si può trovare un paese, nell'impossibilità sia di trattare le vittime cerebrali sul posto che di rimpatriarle nella metropoli lontana.

Anche il congresso di Digione si conclude con il duplice auspicio:

1. che siano creati e organizzati il più celermente possibile, in tutte le colonie francesi, degli istituti per alienati con medici specialisti, destinati alla popolazione indigena e a quella europea, militare o civile, come quelli che esistono nelle colonie di altri paesi.
2. che siano creati e organizzati immediatamente, nelle migliori condizioni possibili, dei mezzi adeguati di trasporto per il rimpatrio degli alienati francesi dalle colonie, come accade all'estero.

Come accennavo più sopra, la questione degli alienati nelle colonie coinvolge in Francia ambienti di *savants*, ovvero i Congressi dove si ritrovano gli psichiatri dell'esagono e delle colonie, riviste che con contributi diversi, tornano a più riprese sulla questione, e le università. Il numero di tesi consacrato all'argomento dà la misura dell'urgenza del suo trattamento, della sua novità, se è vero che i giovani dottori approcciano temi innovativi e propongono tesi che tentino di risolvere problemi concreti, dietro la guida di professori che intendono promuovere la problematica in questione. Tra 1907 e 1911 diverse tesi sono discusse, a Lione, Montpellier e Algeri sul tema degli alienati nelle colonie<sup>192</sup>. Nel 1907 Georges Sicard, nato ad Algeri e interno all'ospedale Mustapha presenta alla facoltà di medicina di Lione uno *Etude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie* stimolato dal dottor Gustave Scherb, medico a Mustapha; Camile-Charles Gervais, interno al manicomio Montperrin di Aix dove vengono ricevuti gli alienati provenienti dai dipartimenti algerini, presenta, sempre a Lione,

---

<sup>192</sup> In realtà le prime tesi dedicate alla psichiatria coloniale escono dall'Ecole principale du service de Santé de la Marine di Bordeaux: François Guilliod, *Troubles de l'état mental aux Antilles*, Thèse Bordeaux 1896; Marius-Antoine-Benoît Cavasse, *Les dégénérés dans l'armée coloniale. De leur recrutement et de leur valeur militaire*, Thèse Bordeaux 1903; in questi anni Emmanuel Régis insegna Bordeaux "maladies mentales dans les pays chauds au point de vue clinique et médico-légal". È infatti nell'ambito militare, e ancor prima navale, che il problema dell'assistenza psichiatrica nell'oltremare viene percepito e quindi studiato negli anni a cavallo tra il XIX e il XX secolo. Cfr. Angelo Hesnard, médecin de 2<sup>ème</sup> classe de la Marine, *La neuropsychiatrie dans la Marine*, «Archives de médecine navale et coloniale», janvier 1910, pp. 35-72; février 1910, pp. 81-114. Ciò significa che i disturbi mentali nei soldati e marinai in servizio nei presidi coloniali colpiscono prima l'attenzione dei superiori e dei medici, rispetto a disturbi analoghi in civili, indigeni e nazionali.

una *Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif*. Nel 1908 Paul Borreil, interno al manicomio di Marsiglia, discute a Montpellier una tesi *sur l'internement des aliénés sénégalais en France*; nel 1909 Henri Bouquet, interno all'ospedale civile di Tunisi, propone all'Università di Lione uno studio su *Les aliénés en Tunisie* dedicato a Antoine Porot – e da lui ispirato – “ex-chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon” e dal 1907 trasferito a Tunisi. Louis Livet, interno all'ospedale civile di Algeri discute nel 1911 presso la neonata Facoltà di medicina e farmacia di Algeri una tesi su *Les Aliénés algériens et leur hospitalisation*. Non è questa la sede per compiere un'analisi accurata dei lavori menzionati, mi limito qui a segnalarne lo spirito, legandoli alle discussioni pubbliche del tempo, che si svolgevano in madrepatria per avere esiti oltremare, ma anche in patria e nelle altre nazioni, perché su questo terreno si giocava, sebbene marginalmente, la reputazione della Francia, “patria di Pinel”, paese civile e civilizzatore, mosso da ideali umanitari. Così scrive ad esempio Gervais: “L'assioma che è stato avanzato a proposito della conquista pacifica, ossia che il conquistatore si adatti il più possibile alle esigenze dettate dalle abitudini e dai costumi del popolo che intende guadagnare alla sua causa, è vero anche quando si tratta di guarire” e, come argomenta, quando si tratta di pazienti psichiatrici. Data l'alta mortalità dei pazienti inviati nei manicomi del sud della Francia, il cui dramma è evidenziato anche dalla stampa periodica, le difficoltà nella comunicazione tra medico e pazienti, il problema della lingua<sup>193</sup>, la solitudine dei pazienti nordafricani, la loro diffidenza verso gli altri e verso il personale<sup>194</sup>, si propongono soluzioni diverse che cercano di ovviare al problema:

---

<sup>193</sup> Al problema generico di mancata conoscenza della lingua araba, si aggiunge quello della varietà dei dialetti. Non ci sono risorse negli ospedali metropolitani per pagare un interprete arabo o francese per cui, nel caso in cui non siano nemmeno disponibili altri pazineti che sappiano le due lingue per cercare di far parlare l'interrogato, il medico resta spesso nell'ignoranza degli antecedenti patologici importanti. Inoltre “l'arabo di norma non parla molto, è piuttosto meditativo e non si può contare sull'incatenarsi dei sintomi. Non capiscono le domande e si inquietano quando le capiscono. Quindi si è ridotti a fare medicina dei sintomi”, Camille-Charles Gervais, *Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif*, Thèse Lyon 1907.

<sup>194</sup> Il paziente arabo si sottrae inoltre agli esami fisici, per diffidenza e per gli istinti violenti di cui è spesso preda (la violenza istintiva è già in questi lavori tratto caratteristico dell'arabo, e vedremo come ciò sarà approfondito dalla Scuola di Porot negli anni Venti e Trenta). Inoltre “La medicina araba, ha ancora ferventi adepti: fanatici, credono alle virtù degli amuleti, dei sortilegi e soprattutto alla fatalità. Perciò bisogna essere molto abili per depistare la loro vigilanza e far loro prendere una medicina, mischiata alle loro bevande o al cibo”.

una migliorativa, che mira a influire sulla situazione esistente, con le dovute modifiche degli ospedali metropolitani dove i pazienti nordafricani potrebbero continuare ad essere spediti: i manicomi dovrebbero essere dotati di sezioni ad hoc, per l'osservazione dei pazienti in arrivo innanzitutto, poi per l'internamento rispettivamente degli uomini e delle donne indigene, con eventuale sperimentazione di suddivisioni ulteriori, sull'esempio degli asili metropolitani. L'obiettivo è di creare dei "quartieri arabi con personale arabo, ispirandosi il più possibile agli usi e ai costumi degli Arabi" e rispettando "il culto e le tradizioni musulmane" nei pasti, nell'abbigliamento, nell'assistenza religiosa. In un asilo metropolitano specializzato inoltre "gli alienati indigeni beneficerebbero sicuramente delle ricerche e delle scoperte scientifiche della metropoli nel campo dell'alienazione mentale"; esso inoltre "sarebbe un campo di esperienza perfetto per studiare seriamente questi deliri polimorfi e le diverse forme di alienazione mentale degli Arabi". La seconda risposta al problema è più radicale, e consiste nel dotare le colonie stesse di manicomi:

La creazione di un asilo coloniale colmerebbe una lacuna della nostra terapeutica ordinaria agli occhi degli arabi. Si troverebbero sul posto dei prodotti utili per la terapia (piante della flora algerina) [...] Non significa che si debbano curare gli arabi secondo la loro medicina. Ma non si potrebbe accogliere ciò che c'è di buono nella medicina araba per metterlo in pratica nella terapeutica degli alienati arabi? (soprattutto per quanto riguarda igiene e alimentazione). [...] Inoltre l'asilo coloniale permetterebbe di avvicinarsi il più possibile alla vita araba.

Louis Livet ritiene che l'assistenza agli indigeni vada organizzata in loco, non comportando la pratica del trasferimento in patria alcun vantaggio, né di ordine economico, né scientifico, né umanitario. L'assistenza agli indigeni deve comprendere un padiglione ospedaliero per i malati in fase acuta, colonie agricole dove impiegare i cronici e gli incurabili, un asilo-prigione e un asilo di sicurezza per i criminali. Henry Bouquet, allievo di Porot prima a Lione e poi a Tunisi, propone due linee di assistenza: la prima consiste nella creazione di padiglioni degli ospedali

generali dedicati ai casi acuti – infatti anche la malattia psichiatrica è curabile, ancor più se trattata nella sua fase acuta – come quello che Porot sta progettando per l’ospedale civile francese di Tunisi; la seconda nella creazione di un manicomio misto per cronici, europei e indigeni, che Porot intende aprire a Tunisi sul modello dell’organizzazione dell’assistenza agli alienati al Cairo<sup>195</sup>. Si tratterà di “un asilo misto e internazionale”, diviso in piccoli padiglioni<sup>196</sup>, in base alla razza e al sesso, dotato di una colonia agricola; avrà 200 o 300 posti e sarà affidato a un medico alienista coadiuvato da un medico francese e da uno musulmano. Per la sua migliore realizzazione “il governo tunisino dovrà inviare qualcuno di competente per studiare sul posto le istituzioni egiziane e documentarsi in merito per il maggior beneficio delle creazioni previste per la reggenza tunisina”. Se si discute il problema dell’assistenza degli alienati in Algeria e in Tunisia e si propongono soluzioni concrete, non mancano i primi interventi sul caso marocchino. Solomon Lwoff e Paul Sérieux presentano nel 1911 il risultato di una loro missione informativa e visita d’ispezione<sup>197</sup> sul trattamento degli alienati marocchini con gli articoli *Les aliénés au Maroc*<sup>198</sup> e *Sur quelques moyens de contrainte appliqués aux aliénés au Maroc*<sup>199</sup>. Le osservazioni sulla considerazione dei pazzi tra gli indigeni sono analoghe a quelle riportate da altri che si sono trovati a operare in Algeria e in Marocco: gli alienati inoffensivi godono di libertà – girano per le strade, nudi o vestiti di stracci, mendicano nei mercati – quando non di venerazione da parte delle folle e attirano attenzione e sorpresa da parte dei viaggiatori europei. Quelli pericolosi o fastidiosi restano in famiglia, chiusi in casa, maltrattati e legati, oppure vengono internati nelle

---

<sup>195</sup> Il dottor Edmond Toulouse promuove per primo questa impostazione “duplice” dell’assistenza ai malati psichiatrici: “Gli istituti per il loro trattamento dovranno chiamarsi ospedali mentre quelli per i cronici, ospizi. Queste due parole spaventano meno il pubblico rispetto a manicomio (*asile*) e meglio rappresentano il carattere di questi istituti”, E. Toulouse, *Rapport au conseil général de la Seine*, 1899. Al *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, i medici, guidati da Régis, emettono l’auspicio che “siano create negli ospedali delle sale d’isolamento per l’osservazione dei malati deliranti o agitati e che questi malati siano trasferiti al manicomio solo dopo la conferma della loro alienazione mentale”.

<sup>196</sup> Si tratterà di un “asilo a compartimenti, in cui ciascuna sezione nazionale c’è personale nazionale e vengono mantenuti costumi”.

<sup>197</sup> Ricevono l’incarico dai ministri dell’Interno e dell’Istruzione pubblica.

<sup>198</sup> Lwoff e Sérieux, *Les aliénés au Maroc*, «*Annales médico-psychologiques*», 69, 1911, 1, pp. 470-479.

<sup>199</sup> *Id.*, *Sur quelques moyens de contrainte appliqués aux aliénés au Maroc (présentation d’instruments)*, «*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*», 4, avril 1911.

prigioni o nei *moristans* “sorta di depositi di mendicizia annessi alle moschee, dove si trovano mendicanti, malati vari, contagiosi, alienati” senza alcuna assistenza medica, semmai consegnati alle catene, all’immobilità e alle piaghe. A tale proposito Lwoff e Sérieux riferiscono sugli strumenti impiegati per contenere i pazienti, in modo continuo e non calibrato allo stato psicofisico, allegando all’articolo foto dei collari, delle sbarre, dei ceppi, delle catene, degli anelli per fissarle al muro, per avere un effetto di impatto sui lettori, di denuncia e testimonianza di una situazione non accettabile per una potenza “civilizzatrice”. Ottengono inoltre che si costruisca un piccolo padiglione per alienati annesso all’ospedale di Fez, composto da due stanze, un bagno e un cortile, da affidare al dottor Murat, medico di quell’ospedale.

Con i lavori scientifici qui citati e i numerosi altri articoli di riviste che appaiono dai primi del secolo, si arriva ad avere un panorama completo sul trattamento degli alienati in Algeria, per la quale la “soluzione provvisoria” del trasferimento via piroscafo in Francia era stata adottata almeno un sessantennio prima, in Tunisia, dove l’attività e le idee innovative di Porot in campo di tecnica manicomiale si facevano strada anche nelle realizzazioni concrete, e attiravano l’interesse di giovani studenti, infine in Marocco, dove la dottrina della *pénétration pacifique* e la proclamazione del Protettorato, obbligavano ad umanizzare i costumi in uso.

Se nel congresso coloniale del 1905 l’argomento era stato trattato e in quello degli alienisti del 1908 gli impegni in merito si erano ribaditi, è con il congresso del 1912, tenutosi non a caso a Tunisi, che la questione dell’assistenza agli alienati in colonia assume centralità assoluta: non si tratta ora più soltanto di denunciare un problema, ma di mostrare i primi frutti che gli studi, le ricerche, i tentativi e le applicazioni cliniche e pratiche degli anni precedenti stavano dando sulla costa nordafricana. I due momenti centrali di quella convention sono, per iniziare, la presentazione del rapporto su *L’assistance des aliénés aux colonies*<sup>200</sup>, steso da Henri Reboul, medico coloniale e direttore della Sanità in Indocina, e da Emmanuel Régis, professore di psichiatria a Bordeaux, e per concludere, la visita al padiglione “nerveux” dell’ospedale francese di Tunisi nella circostanza della sua

---

<sup>200</sup> Henri Reboul, Emmanuel Régis, *L’assistance des aliénés aux colonies*, Masson, Paris 1912.

inaugurazione<sup>201</sup>. È nella stessa occasione che la figura di Porot emerge come cruciale nel campo del trattamento delle malattie mentali nel nordafrica: è il segretario del congresso ed è il direttore – promotore ideatore insieme al governatore Alapetit – del nuovissimo reparto.

In Tunisia questo celebrato prodotto della scienza psichiatrica andava ad affiancare i vecchi manicomi di Tekia e Sadiki, il primo, più antico, per le donne, e il secondo per gli uomini alienati; anche per essi si prevedeva un necessario miglioramento, “sopprimendo le celle, fornendoli di migliori dotazioni mediche, e cambiandone completamente lo spirito” (Reb-Reg 74), anche se la soluzione migliore restava la costruzione di una manicomio ex novo “il più presto possibile”. Questa speranza, che era innanzitutto di Porot e di Bouquet, ma anche di Régis, dovette rimanere a lungo lettera morta: solo nel 1932 (Vadon) si sarebbe inaugurato l’ospedale psichiatrico di La Manouba, alla periferia di Tunisi; nel frattempo i cronici venivano inviati in Francia, mentre gli indigeni erano per lo più chiusi negli stabilimenti storici. Infatti, sebbene dopo il congresso di Tunisi il Ministro delle colonie Albert Lebrun avesse inoltrato ai governatori una circolare che prescriveva l’instaurazione di un programma di assistenza psichiatrica, la guerra aveva interrotto l’esecuzione di qualsiasi progetto in tutto il Maghreb. In Marocco, dal 1920, si provvede alla cura dei pazienti psichiatrici europei “in un asilo provvisorio organizzato con mezzi di fortuna”<sup>202</sup> a Berrechid, alla periferia di Casablanca, mentre per gli indigeni i *moristans*, come Sidi Fredj a Fez, Sidi ben Achir a Salé, restano il luogo principale di internamento; in linea con la formula politica e l’ideologia del Protettorato, dismesso nel 1943 il *moristan* Sidi Fredj di Fez, esso viene ricostruito nel 1949 in un’altra area della città conservando il nome e

---

<sup>201</sup> “Il padiglione per nervosi all’ospedale civile francese di Tunisi ospita 25 malati, uomini e donne; strettamente riservato agli europei e semmai, a domanda della Società israelita, accoglie qualche israelita [...] Servizio organizzato per ricevere 25 malati: 10 nella sezione uomini; 10 alla sezione donne; 4 grandi agitati; più una camera indipendente. Si tratta di un servizio chiuso: questo padiglione, che poteva diventare un organismo di profilassi psichiatrica (per le sue consultazioni esterne e la sua situazione all’interno dell’ospedale) e un servizio aperto, è diventato per necessità un manicomio in miniatura e un servizio per incurabili”, Raoul Vadon, *L’assistance médicale des psychopathes en Tunisie*, Thèse Marseille 1935.

<sup>202</sup> Paul Moskovtchenko, *Etude sommaire sur l’assistance aux aliénés dans les colonies*, Thèse Lyon 1925, p. 14.

l'architettura tradizionale, cui si aggiunge il "beneficio" della scienza europea<sup>203</sup>. In Algeria i *moristans* vengono soppressi già a metà del XIX secolo e i pazienti vengono trasportati negli ospedali del Sud della Francia con tutti gli inconvenienti che abbiamo già visto: alla fine del 1933, riferisce Keller, nei manicomi francesi erano internati più di 1300 pazienti nordafricani<sup>204</sup>; solo nel 1938 viene ufficialmente inaugurato l'ospedale psichiatrico di Blida-Joinville – oggi intitolato a Frantz Fanon – fortemente voluto da Porot.

### Antoine Porot e l'Ecole d'Alger

Se tra gli anni Dieci e gli anni Trenta Porot si era dato da fare per promuovere l'implementazione dell'assistenza psichiatrica nel Nord Africa francese, privilegiando un sistema aperto e basato su due linee di assistenza, contemporaneamente aveva sviluppato concezioni peculiari rispetto alla mentalità dell'indigeno nordafricano: partendo dallo studio delle patologie psichiatriche aveva dedotto le condizioni fisiologiche, il funzionamento normale di tale psiche. Idee sulla mentalità dell'arabo, così come su quella del nero ad altre latitudini, già circolavano<sup>205</sup>; Porot e la sua scuola le sistematizzano e le dotano di scientificità.

---

<sup>203</sup> J. Luccioni, *Les maristanes du Maroc: le nouveau maristane de Sidi-Fredj à Fès*, «Bulletin économique et social du Maroc», 16, 1953, pp. 461-470.

<sup>204</sup> Richard Keller, *Colonial Madness*, cit., p. 86. Come vedremo nel capitolo sulla Libia, colonia italiana in cui verrà adottato il medesimo sistema di trasferimento degli alienati, non solo nazionali, ma anche indigeni, nei manicomi della madrepatria, queste cifre non verranno mai raggiunte.

<sup>205</sup> Nel 1908 sulle pagine degli «Annales médico-psychologiques» si era assistito a uno scontro di opinioni in merito tra Boigey e Chérif, accusatore senza quartiere il primo dei costumi arabi e difensore il secondo, inorridito di fronte a tanta ignoranza e arroganza. Il medico militare Boigey struttura il suo *Etude psychologique sur l'Islam* («Annales médico-psychologiques», 8, 1908, pp. 5-14) in diversi paragrafi: *Il tipo psicologico dell'Islam* (tipo psicologico inattivo, rispetto a quello occidentale attivo; che non ha mai lasciato nulle di durevole: una scienza, una capitale, un monumento, una flotta); *Che cos'è un musulmano?* (una silhouette mediocre del profeta, un uomo che è restato identico a com'era alle origini, un uomo che affida ai cristiani l'amministrazione delle proprie finanze e agli istruttori europei l'organizzazione dei suoi eserciti; ignorante di meccanica, arti, astronomia, matematica); *gli stati nervosi dei musulmani* (le orde coraniche hanno propagato una follia epidemica, con le armi in mano; i primi discepoli del profeta erano dei degenerati e le loro dottrine messe in pratica hanno provocato delle vere e proprie lesioni mentali; Maometto ha impiantato nel cervello dei fedeli un vero stato nevropatico; esistono punti morti nel territorio intellettuale di ogni musulmano; l'ossessione o la follia delle parole, ovvero dell'invocazione divina; il delirio di tristezza: il Corano ha estirpato dal cuore dell'uomo ogni sentimento di gioia e gaiezza, in compenso sono

Porot aveva studiato medicina a Lione e nel 1905 aveva ottenuto la cattedra di clinica medica in quella stessa facoltà; grazie a un concorso, nel 1907 si era trasferito a Tunisi dove lavorava all'ospedale civile francese, sostenendo la discussione presso la facoltà lionese da cui proveniva di tesi sul tema dell'assistenza psichiatrica in Nord Africa e promuovendo presso le autorità la creazione di un servizio neuropsichiatrico per il protettorato; nel 1911 aveva fonda inoltre il periodico «Tunisie médicale». Nell'estate del 1914 è assegnato all'ospedale militare Belvedere di Tunisi, incaricato dei servizi di neurologia e di perizie; nel marzo 1916 trasferito all'ospedale militare Maillot di Algeri, incaricato dell'organizzazione del Centro neuro-psichiatrico; in questa fase pubblica negli «Annales médico-psychologiques» delle *Notes de psychiatrie musulmane*, scaturite dalle osservazioni sulla “massa indigena, blocco informe di primitivi profondamente ignoranti e creduli per la maggior parte, lontani dalla nostra mentalità e dalle nostre reazioni, dalle nostre preoccupazioni morali, sociali, economiche e politiche”; si tratta dei soldati indigeni che hanno combattuto nella Grande Guerra e che sono transitati per il centro neuropsichiatrico di Algeri diretto da Porot. Si tratta di “anime semplici” guidate da suggestionabilità e credulità, imbevute di una “metafisica religiosa e fatalista” e preda di istinti “primitivi” e “rudimentali”. La vita affettiva è ridotta al minimo, agli istinti elementari conservativi; l'emotività non esiste: il musulmano si rifugia nella “passività come difesa naturale contro le sollecitazioni eccessive”, non rischia il surmenage; è passivo, atono, senza preoccupazioni, mai ansioso (a differenza dell'israelita che invece è “sempre inquieto e preoccupato per il futuro,

---

frequenti gli scoppi di collera; la perversione dell'istinto sessuale, la perversione dei sentimenti e l'aberrazione del senso morale; allucinazioni visive o uditive all'origine di delitti; “per riassumere, lo stato mentale della maggior parte dei credenti è un mélange di follie in dosi diverse, di deliri intrecciati, mascherati da un'apparenza di ragione”; “i frequentatori delle moschee sono dei folli violenti in stato di sonnolenza”); *la paralisi cerebrale musulmana* (il musulmano non ha personalità ed è in perenne stato di suggestione; non ha opinioni né gusti individuali; non ha in sé la sua ragion d'essere, vive rassegnato; guarda senza vedere, ascolta senza capire, soffre senza lamentarsi, vive come un morto; la struttura mentale coranica è in sé patologica); *il parassitismo dell'Islam* (il mondo islamico non è capace di provvedere alla propria sussistenza ma solo vivere alle spalle di altri popoli; se tollerano altri popoli o religioni è per evitare la carestia che si abbatterebbe su di loro). Ahmed Chérif, medico di fede islamica che ha studiato a Bordeaux, risponde in un numero successivo della rivista («Annales médico-psychologiques», 9, 1909, pp. 353-363) “per impedire che certi errori flagranti si propaghino andando a corrompere il giudizio di lettori onesti e innocenti” riprendendo le affermazioni che compongono ciascun paragrafo dell'articolo di Boigey, che “per i suoi errori e la sua violenza, pare un monaco ignorante e fanatico del tempo delle crociate”.

essenzialmente ansioso”). Persino le emozioni della guerra non lo hanno turbato eccessivamente: “gli stati psicastenici sono eccezionali”, le forme isteriche (mutismo) o depressive, così come spesso la nostalgia, sarebbero simulate e non reali; la guerra avrebbe rivelato “la frequenza e la facilità degli incidenti e delle reazioni pitiatriche in questi uomini primitivi”. Questa caratteristica, ovvero il pitiatismo, fa somigliare queste forme “alle nostre antiche isterie medievali”, spesso collettive e contagiose. Manca all’indigeno “la psicoplasticità mobile e polimorfa, persino ricca del civilizzato e dell’Europeo”: è invece credulo e suggestibile, sottomesso e docile di fronte al dogma religioso e vittima di superstizioni; testardo e fissato, produce forme reattive rozze, “vera isteria da selvaggio”, fatta di “crisi violente, con ritmi della testa e del collo, perseverazione indefinita di attitudini caricaturali che fanno pensare alla simulazione, tutto mischiato a idee di possessione [...] senza un vero concetto delirante”. Inoltre, questo “fondo di limitazione intellettuale con credulità e testardaggine avvicina la formula psichica dell’indigeno musulmano a quella del bambino”, con delle differenze però tra la psiche dell’indigeno adulto e quella del bambino europeo:

Non si trova quello spirito curioso che porta [i bambini europei] a fare domande, a serie infinite di “perché”, che li spinge a collegamenti impreveduti, a dei paragoni sempre interessanti, vero e proprio abbozzo di uno spirito scientifico. Niente del genere nell’indigeno, nemmeno nell’indigeno intelligente: nessun appetito scientifico, nessun’idea generale, sillogismi semplici, talora stupidi nelle conclusioni.

Ha un senso immediato della giustizia, per questo è un “vendicatore tenace e ostinato”. Anche le psicopatie si presentano in forme semplici: qualche stato confusionale, pochi onirismi e in ogni caso dovuti a intossicazione o infezione; inesistenti le forme emotive o ansiose, più diffuse le forme depressive; molto comuni i disturbi dell’umore e le reazioni di eccitazione motoria: mania acuta in forma collerica, stati di agitazione intermittente, crisi impulsive; intossicazioni da alcolismo, data “la non moderazione propria ai primitivi”, che portano a psicosi

allucinatoire. Assente invece la paralisi generale “nonostante la diffusione della sifilide e gli elementi nuovi portati alla vita mentale di questa popolazione”.

Porot è smobilitato nel gennaio del 1919 continua la sua attività ad Algeri, dove nel 1925 ottiene la cattedra di neuropsichiatria; avrà un vasto seguito di allievi, e un discreto numero di tesi di medicina sarà consacrata a temi legati all'alienazione mentale in Algeria: nei primi anni si ricordano quella di Paul Sauzay su *L'assistance aux psychopathes (aliénés et non aliénés) en Algérie*<sup>206</sup> e quella di Don Côme Arrii, *De l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien*<sup>207</sup>. La prima torna sulle ragioni della necessaria implementazione di un sistema di assistenza in loco, che ponga fine per sempre al trasferimento in madrepatria dei malati mentali e, riprendendo i progetti del 1912 e 1924, assicuri possibilmente un servizio aperto; mentre la seconda affronta un tema che, già studiato da Kocher negli anni Ottanta del secolo precedente<sup>208</sup> e da allora sempre accennato nei resoconti sulla mentalità indigena, tocca le corde dell'amministrazione non solo in colonia ma anche in madrepatria. “La questione dell'impulsività criminale” scrive Don Côme Arrii nell'introduzione al suo lavoro “non è più solo un problema medico-legale algerino. Il numero di indigeni che lasciano il loro paese per andare a lavorare in madrepatria cresce senza sosta. E la cronaca dei tribunali riferisce ogni giorno i delitti di questi nuovi arrivati nel panorama della criminalità francese”. Il problema medico-legale è ora anche della madrepatria, dal momento che l'indigeno “porta nella nostra civiltà l'eredità psicopatologica della sua razza”. Nella sua tesi l'allievo analizza venti perizie eseguite da Porot per il tribunale civile di Algeri o per il consiglio di Guerra. Il campione sarà allargato a quaranta casi in un articolo successivo, firmato da Porot e da Arrii, apparso sugli «Annales médico-psychologiques» nel 1932<sup>209</sup>, che riprende ampi stralci della tesi nonché dell'articolo di Porot del 1918 e conferma ampiamente le conclusioni precedentemente sostenute. Quali sono i *caratteri costituzionali* della mentalità indigena che possono illuminare la loro impulsività criminale eccessiva? La

---

<sup>206</sup> Paul Sauzay, *L'assistance aux psychopathes (aliénés et non aliénés) en Algérie*, Thèse Alger 1925.

<sup>207</sup> Don Côme Arrii, *De l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien*, Thèse Alger 1926.

<sup>208</sup> A. Kocher, *De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie*, Librairie J.-B. Baillière & Fils, Paris 1884.

<sup>209</sup> Antoine Porot, Don Côme Arrii, *L'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien*, «Annales médico-psychologiques», 2, 1932, pp. 632-655.

grande inferiorità mentale della massa indigena; la credulità e la suggestionabilità; il puerilismo mentale, l'assenza di senso critico e di curiosità scientifica; la credenza nella stregoneria e la sottomissione alla volontà di spiriti da cui si credono posseduti; la perseverazione, la testardaggine, il rancore e lo spirito di vendetta, corollari della povertà di spirito; la debolezza della vita affettiva e l'assenza di qualsiasi armatura morale e del rispetto per la vita umana. Quali sono le abitudini e i comportamenti sociali? L'orizzonte limitato al clan ha condotto le popolazioni indigene a "abitudini di egocentrismo che hanno contribuito ad alimentare un fondo di brutalità selvaggia dalle facili reazioni violente"; la religione è un "fattore di ignoranza", il fanatismo conduce a delitti per esaltazione religiosa e xenofobia; l'istinto di possessione e di conservazione, la difesa feroce del poco che possiede; la donna serve per "la soddisfazione dei bisogni" dell'uomo e relegata al "ruolo di animale domestico", è vittima o pretesto di certi gesti criminali. Quali sono infine gli elementi patologici che, sebbene siano gli stessi riscontrati presso l'europeo, qui assumono una fisionomia particolare in ragione dell'ambiente, delle credenze, dei fattori sociali e della costituzione propria dell'indigeno? Le intossicazioni da alcool e da *kiff*, i deliri da infezione o da febbre acuta, gli stati demenziali, gli stati deliranti cronici, le crisi di eccitazione motoria. In conclusione però gli autori deducono che "il temperamento veramente speciale si rivela al di fuori dei fatti nettamente patologici"; la metà delle perizie infatti non rivela personalità disturbate ma "normali", in cui si evidenzia la cosiddetta "impulsività costituzionale" che ha le sue radici "nell'ordine psicologico" e in quello "morale e sociale".

Se negli anni Trenta l'interesse della scuola di Algeri per la psicologia e la psicopatologia degli abitanti del Nord Africa cresce – nuovi allievi di Porot pubblicano tesi su *L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain* (Jean Sutter, 1937), *Les idées d'influence dans la pathologie mentale de l'indigène nord-africain, le rôle des superstitions* (Suzanne Taieb, 1939) – anche in altri atenei metropolitani si discutono tesi sull'argomento: Jean Lépine, professore di clinica psicologica e psichiatria a Lione, che aveva steso un progetto di manicomio per Algeri, segue la tesi di Paul

Moskovtchenko *Etude sommaire sur l'assistance aux aliénés dans les colonies*<sup>210</sup>; Raoul Vadon, nello studio su *L'assistance médicale des psychopathes en Tunisie*<sup>211</sup> riferisce sui primi anni di vita dell'ospedale psichiatrico di La Manouba che, progettato contemporaneamente a quello di Berrechid in Marocco e di Blida in Algeria, è il primo a vedere la luce. Spinto dai medici del manicomio di Aix en Provence Gabriel Reibaud presenta a Marsiglia una tesi su *La mélancholie chez l'arabe* (tesi Marsiglia 1932). A Montpellier Pierre Battarel, nato in Algeria e interno all'ospedale di Mustapha, presenta *Quelques remarques sur la paralyse genarale chez les indigènes musulmans algériens* (tesi Montpellier 1932); Louis Lauriol a Parigi riferisce di *Quelques remarques sur les maladies mentales aux colonies* (tesi Parigi 1938). Un allievo di Jean Lévy-Valensi, noto per le sue tesi che riprendono quelle di Lévy-Bruhl sulla mentalità primitiva, spinge l'allievo Pinkus-Jacques Bursztyn a lavorare su *Schizophrénie et mentalité primitive* (tesi Parigi 1935).

Nel 1935 in occasione del *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française* che si tiene a Bruxelles, Antoine Porot “discutendo il rapporto di Baruk sull'isteria”<sup>212</sup> sostiene “che l'indigeno, grande debole mentale le cui attività superiori e corticali sono poco evolute, è innanzitutto un essere primitivo la cui vita, essenzialmente vegetativa e istintiva, è principalmente regolata dal suo diencefalo”<sup>213</sup>. La stessa tesi è sostenuta in modo più sistematico nell'articolo *Le primitivisme des indigènes Nord-Africains: ses incidences en pathologie mentale*,<sup>214</sup> scritto a quattro mani da Porot e dall'allievo Jean Sutter, che gli succederà alla guida della clinica neuropsichiatrica di Algeri, le cui conclusioni suonano così:

Il primitivismo non è una mancanza di maturità, un blocco significativo nello sviluppo dello psichismo individuale, è una condizione sociale giunta al termine della sua evoluzione, ed è adattato in modo logico a una vita

---

<sup>210</sup> Paul Moskovtchenko, *Etude sommaire sur l'assistance aux aliénés dans les colonies*, Thèse Lyon 1925.

<sup>211</sup> Raoul Vadon, *L'assistance médicale des psychopathes en Tunisie*, Thèse Alger 1936.

<sup>212</sup> Henri Baruk, *L'Hystérie et les fonctions psycho-motrices*, Masson, Paris 1936.

<sup>213</sup> Frantz Fanon, *Considerations ethnographiques*, «Consciénces maghrébines», 3, 1955. Trad. it.: *Considerazioni etnografiche*, in Id. *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale* (a cura di Roberto Beneduce), Ombre Corte, Verona 2011, pp. 137-141 (139).

<sup>214</sup> Antoine Porot, Jean Sutter, *Le primitivisme des indigènes Nord-Africains: ses incidences en pathologie mentale*, «Sud médical et chirurgical», 4, 1939, pp. 226-241.

differente dalla nostra. Non è soltanto una maniera d'essere scaturita da un'educazione particolare: esso ha dei presupposti assai più profondi e noi pensiamo anche che deve avere un suo substrato in una disposizione particolare dell'architettura, quanto meno della gerarchizzazione dinamica dei centri nervosi.

“Così – scriverà Fanon diversi anni dopo denunciando le teorie di Porot e allievi – secondo la Scuola di Algeri il nordafricano ha una dominanza sottocorticale, più precisamente diencefalica. Le funzioni psicomotorie, quando sono integrate a livello corticale, sono molto fragili, labili e dipendono, di fatto, dal diencefalo”.

Per passare di nuovo dalle concezioni teoriche sulla mentalità indigena e sul funzionamento normale e patologico della psiche, all'organizzazione pratica dell'assistenza psichiatrica nel Maghreb francese, il rapporto di Henri Aubin, collaboratore di Porot, al *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française* che nel 1938 ha luogo a Algeri<sup>215</sup>, è illuminante. Ne *L'assistance psychiatrique indigène aux colonies*<sup>216</sup> discute in particolare la logica organizzativa dei servizi, pensati, nel Nord Africa così come in Indocina, fondamentalmente su due linee, per il *dépistage* efficace dei soggetti psicopatici – ovvero per la ricerca sistematica, attraverso gli organismi sanitari di base, dei soggetti affetti, nelle forme iniziali o acute – e per il loro trattamento e assistenza da parte di medici competenti e dotati di mezzi adeguati. Questo è possibile nei “centres neuro-psychiatriques d'observation et de traitement”, legati agli ospedali principali, che comprendono dei servizi chiusi (sottoposti alle formalità legali) e servizi aperti, necessari da un lato “per combattere i pregiudizi legati all'alienazione mentale [...] permettere un trattamento precoce, assistere gli psicopatici meno gravi, curare i casi rapidamente curabili o i casi puramente neurologici”, dall'altro “per provvedere all'osservazione dei soggetti di

---

<sup>215</sup> Nel 1933 si era tenuto a Rabat, dove Potet aveva presentato una relazione *Au sujet de l'hygiène mentale au Maroc*, Congrès des aliénistes, Rabat 1933; al congresso di Nancy del 1937 Maréchal (direttore medico dell'ospedale psichiatrico di La Manouba, aveva descritto *L'assistance médicale aux aliénés en Tunisie*, Congrès des aliénistes, Nancy 1937.

<sup>216</sup> Henri Aubin, *L'assistance psychiatrique indigène aux colonies. Rapport d'assistance psychiatrique*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XLII session, Alger 6-11 avril 1936, Masson, Paris 1938.

cui sia richiesta la perizia giudiziaria”. All’infuori da tali centri sono previsti servizi di consultazione esterna, forniti nei dispensari e dai servizi sociali, nonché un servizio di assistenza esterna e a domicilio per i casi gestiti dalle famiglie o dalle comunità di provenienza, in un’ottica economica e collaborativa, oltre che di conservazione dei costumi locali. Per gli incurabili invece si dispone di colonie agricole e laboratori di lavoro “che permettono un trattamento utile e una certa conservazione del valore sociale per i cronici e una benefica transizione per i convalescenti”, o addirittura di manicomi-villaggi. Infine, dei servizi speciali per i bambini, per i tossicomani e per gli alienati pericolosi completano il quadro. Il personale medico, militare o civile, deve avere una doppia formazione, in neuropsichiatria e in medicina coloniale; per il personale ausiliario si auspica un aumento del numero di indigeni istruiti “preziosi per la loro conoscenza approfondita dei costumi e delle lingue locali” e in generale perché “un’interpenetrazione tra i diversi ambienti coloniali favorisce una migliore comprensione reciproca”<sup>217</sup>; dal punto di vista dei principi organizzativi si ribadisce la quello della separazione dei malati europei dagli indigeni, “misura indiscutibile resa necessaria da innumerevoli dettagli dell’ospedalizzazione ma anche per il prestigio del colonizzatore, ma di applicazione talora delicata [...] senza moltiplicare all’eccesso le categorie di malati, può talvolta essere necessario separare gruppi etnici in consueto antagonismo (Arabi e Israeliti nell’Africa del Nord)”<sup>218</sup>.

Il coronamento dell’attività della cosiddetta Ecole d’Alger è il manuale di psichiatria redatto sotto la guida di Antoine Porot, in cui figura dalla prima (1952) fino alla quinta edizione (1975)<sup>219</sup> la voce dedicata alla *Psychopathologie de l’indigène algérien*<sup>220</sup>, in qualche sorta la summa delle ricerche sue e della suo gruppo sfociate nella definizione della mentalità primitiva, del puerilismo, dell’intrinseca aggressività degli indigeni nordafricani. Vi si ribadisce l’influenza dei costumi e delle credenze religiose nella vita quotidiana e nei modi di pensare, manifestandosi nel fatalismo,

---

<sup>217</sup> Ivi, p. 26.

<sup>218</sup> Ivi, p. 29.

<sup>219</sup> Nella sesta edizione “entièrement refondue” del manuale (1984), non compare più infatti la voce *Psychopathologie des indigènes nord-africains* (evoluzione di *Psychopathologie de l’indigène algérien*) esistente fino alla quinta (1975), Antoine Porot, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, PUF, Paris.

<sup>220</sup> Dalla seconda edizione: *Psychopathologie des indigènes nord-Africains*. La voce è compilata da Henri Aubin, stretto collaboratore di Porot.

nella credulità e nella suggestionabilità; l'assenza di curiosità intellettuale e la propensione al rancore e alla vendetta; "l'inappetenza per il lavoro, l'abulia, i capricci e l'impulsività", la "mancanza di cura e di logica nelle attività professionali, la tendenza alla menzogna, all'insolenza e ai litigi in pubblico"<sup>221</sup>. Aubin, che compila la voce, tiene a chiosare che "tutto questo è detto con oggettività e senza alcun intento denigratorio, poichè si tratta, per lo più, di caratteristiche sociologiche"; se i dati sociologici sono, in quanto tali, da ritenersi oggettivi e non dettati da intenti di svilimento dei colonizzati e della loro cultura, ugualmente lo sono i dati sulla criminalità indigena e quelli sulle manifestazioni psicopatologiche, basati su ricerche, casi di studio e osservazioni pubblicati negli anni precedenti; anche se, come scriverà Fanon, per il colonizzato, l'oggettività è sempre diretta contro di lui"<sup>222</sup>.

"Poco differenziati", gli stati affettivi "vanno da un'indifferenza assoluta a un'euforia spensierata, e possono bruscamente lasciare il posto a un'esplosione di furore, analoga a quella che si ritrova tra i Neri, e ugualmente crudele"<sup>223</sup>; specialmente "se gli istinti fondamentali (di conservazione o sessuali: frequenza della gelosia omicida) entrano in gioco" o se "le sostanze tossiche (alcool o kif) ne hanno, anche in minime dosi, impregnati i centri nervosi". Tra i fattori eziologici delle patologie mentali vengono nominate "le sostanze tossiche locali (kif o hashish, thè in Tunisia), la diffusione crescente dell'alcolismo e della neurosifilide, l'importanza numerica dell'epilessia, la precocità della senilizzazione". Le idee dell'influenza di diavoli (djennouns, djinns) costituiscono un fenomeno patologico solo nel caso in cui siano all'interno di un quadro allucinatorio, altrimenti si tratta di idee diffuse che "hanno un semplice valore esplicativo". Le sindromi mimiche sono "molto frequenti: stupore, eccitazione violenta, ecocinesi, crisi narcolettiche, molteplici manifestazioni pitiatiche". I caratteri nosologici si avvicinano a quelli degli europei "nei casi in cui la civilizzazione abbia sufficientemente modificato lo psichismo" dei

---

<sup>221</sup> Fanno da contraltare "una grande memoria, come presso la maggior parte dei non letterati [...], la pazienza, la stabilità emotiva, certe forme di altruismo e di coraggio".

<sup>222</sup> Frantz Fanon, *I dannati della terra*, Einaudi, Torino 1962, p. 39.

<sup>223</sup> Aubin nel 1939 aveva pubblicato una *Introduction à la psychiatrie chez les noirs*, «Annales médico-psychologiques», 1939, 1, pp. 1-29 e 2, pp. 181-213.

soggetti, mentre mediamente si avvicinano a “quelle dei Neri degli ambienti più evoluti”.

Di fronte a questi esiti di uno sguardo comparato sul disturbo psichiatrico e di una riflessione pluriennale “che chiama in causa la mentalità primitiva nella misura in cui abbiamo a che fare con un gruppo etnico meno evoluto”<sup>224</sup>, si leva una voce critica, proprio negli stessi anni in cui Porot e colleghi pubblicano il manuale. Su «Esprit», nel febbraio 1952 esce *Syndrome nordafricain*, firmato da Frantz Fanon; l'articolo denuncia le condizioni di spaesamento, incomprendimento e disprezzo di cui sono vittima i nordafricani immigrati in Francia, dentro e fuori le mura degli ospedali. “Il comportamento del nordafricano provoca spesso nel personale medico un atteggiamento di diffidenza verso la realtà della malattia”: perché il paziente che ha di fronte – si sa – non ama il lavoro, non si sa esprimere, vive nella vaghezza, “e nei casi estremi [...] è un simulatore, un bugiardo, un vigliacco, un fannullone, un perdigiorno, un ladro”<sup>225</sup>. I pregiudizi alimentati scientificamente dagli psichiatri francesi attivi in Algeria si trasferiscono in madrepatria, e l'aumento del flusso migratorio dalle ex colonie non fa che accrescerli di pari passo. Un'inversione di rotta si avrà con i teorici dell'etnopsichiatria o psichiatria transculturale, pratica clinica che concerne “in primo luogo i migranti, sia nel caso che la migrazione abbia provocato o cristallizzato un processo patologico, sia che invece il processo patologico sia stato all'origine della migrazione” e “tutte le persone che devono costruirsi psichicamente intorno a una rottura tra due spazi culturali, sia che questa rottura sia stata coscientemente o incoscientemente desiderata, sia che – come accade per lo più – si siano trovati a subirla”<sup>226</sup>.

---

<sup>224</sup> Questa è la prima frase della voce appena analizzata *Psychopathologie des indigènes nord-Africains*.

<sup>225</sup> F. Fanon, *Syndrome nordafricain*, «Esprit», 2, 1952, pp. 248-257. In questo senso l'atteggiamento del personale si nutre di pregiudizi, “è spesso aprioristico” proprio perché “il nordafricano non si presenta con un contenuto comune alla propria razza, ma su un contenuto costruito dall'europeo”. In *Race e civilisation* (Unesco e Gallimard, Parigi 1951), Michel Leiris critica il concetto di “razza” e i suoi usi in campo psicologico: “ai caratteri ‘primitivi’ che gli uomini di razza bianca attribuiscono ai corpi degli uomini di colore (illusione naïve [...]) si è ritenuto di far corrispondere un'inferiorità psicologica”, tuttavia mai provata.

<sup>226</sup> Tobie Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris 1986, p. 217.



**Seconda parte.**

**Origini e sviluppi della psichiatria nelle colonie  
italiane:**

**Eritrea, Somalia, Libia ed Etiopia**



## 1. La psichiatria nei possedimenti italiani del Corno d’Africa: tappe e problemi

### 1.1. I primi studi: ipotesi, progetti, statistiche

#### Primi cenni di psichiatria etnografica tra gli specialisti italiani

Abbiamo idee molto vaghe, nozioni assai imperfette sulle forme mentali dei popoli che non raggiunsero un grado di civiltà eguale alla nostra: ciò ad onta che ben pochi paesi rimangono da esplorare e quasi tutte le popolazioni siano state etnologicamente ed antropologicamente descritte. Di molti popoli anche poco o niente civili sono meglio note le malattie somatiche che le psichiche, ed è naturale. Di solito all’esploratore preme più che altro farsi una idea della configurazione del paese che attraversa, delle popolazioni fra cui passa o soggiorna, dei vantaggi che se ne possono trarre; se egli è medico, o se dell’arte salutare ha un’infarinatura (od anche se non l’ha), spesso a lui accorrono in folla malati d’ogni specie, ma di rado pazzi, perché anche fra noi da poco questi sono considerati malati: sappiamo poi a qual grado di civiltà debba un popolo arrivare prima che s’occupi a sufficienza dei suoi matti<sup>227</sup>.

Con queste immagini evocative – che mostrano alcune figure cruciali del campo colonialista: l’esploratore, l’etnografo, il medico – lo psichiatra Benedetto Selvatico Estense avvicina i lettori a una materia che nei primi anni del XX secolo

---

<sup>227</sup> Benedetto Giovanni Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, estratto dalle *Ricerche e studi di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia e Filosofia dedicate al Prof. Enrico Morselli nel 25° anniversario del suo insegnamento*, Vallardi, Milano 1906, p. 3. Si tratta di “un volume di 776 pagine, reso possibile da una cinquantina di collaboratori [...] donato a Morselli nel XXV anniversario del suo insegnamento”, Claudio Pogliano, *Prefazione*, in Patrizia Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Franco Angeli, Milano 1986, p. 13.

andava definendosi come “psichiatria etnografica”,<sup>228</sup> materia ibrida, che nasce all’intersezione tra l’ambito coloniale, nelle sue fattispecie amministrative, sanitarie, propagandistiche, di mantenimento dell’ordine pubblico, di creazione di assistenza alle popolazioni, di costruzione del consenso, e l’ambito psichiatrico. I primi testi di autori italiani che possiamo inserire a pieno titolo in questo campo, oltre a quello da cui è tratta la citazione, di Selvatico Estense *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, sono quello di Levi Bianchini su *La psicologia della colonizzazione* e quello di Guido Ruata su *Le malattie mentali della razza negra*. Oltre che per la contiguità temporale – siamo nel 1906 – l’accostamento trova la sua ragion d’essere poiché permette di illustrare le diverse facce di quella che, sull’onda di Selvatico Estense, abbiamo chiamato “psichiatria etnografica” agli inizi del Novecento. Definirli testi fondatori può risultare azzardato, tuttavia sono quanto meno rappresentativi della temperie culturale, scientifica e politica che caratterizzava l’Italia di quegli anni.

Se il testo dello psichiatra padovano fornisce per primo, nel panorama italiano, un quadro riassuntivo e sinottico sulla “pazzia [...] secondo un piano elementarmente geografico”<sup>229</sup> non senza soffermarsi sui primi possedimenti italiani, quello di Levi Bianchini indaga la psicologia del colonizzatore e legittima le brutalità della colonizzazione in un quadro di affermazione imperialista, mentre quello di Ruata si inserisce a pieno titolo nella nicchia del campo psichiatrico dove impostazione organicista, antropometria e anatomia comparata si uniscono a convalidare il paradigma razzista e il dogma della superiorità del bianco sul nero. Pubblicati su riviste di settore, coloniale o psichiatrico, *La psicologia della colonizzazione nell’Africa periequatoriale* e *Le malattie mentali della razza negra* trattano di esperienze

---

<sup>228</sup> In realtà assume denominazioni diverse: Emil Kraepelin aveva parlato di “psichiatria comparata” (*Vergleichende Psychiatrie*, «Centralblatt für Nervenheilkunde», 27, 1904); nel 1907 Guido Ruata, uno psichiatra italiano che lavora al manicomio di Rio de Janeiro scrive di “psichiatria razziale” (*Le malattie mentali della razza negra*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1907); lo psichiatra italiano Angelo Bravi, impegnato in Tripolitania negli anni Trenta, scriverà pagine importanti di “psichiatria coloniale” (*Frammenti di psichiatria coloniale*, Pio Luogo Orfani, Brescia 1937); Silvio Brambilla utilizzerà l’espressione “psichiatria di razza” (*Problemi di psichiatria di razza*, «Rivista di biologia», 1941); nella seconda metà degli anni Quaranta il neuropsichiatra Mario Felici preferirà nuovamente la definizione di “psichiatria comparata” (*Furore omicida in soggetto ansioso*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», novembre 1949).

<sup>229</sup> B. G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei*, cit., p. 4.

vissute fuori dalla penisola o dai pochi possedimenti oltremare che l'Italia allora poteva vantare, quando la macchina della propaganda non era ancora stata ampiamente mobilitata, ma l'Italia, si affrettava, ultima tra le potenze, a prendere parte allo *scramble for Africa*, alcuni psichiatri formati nella penisola possono contribuire da fuori agli sviluppi della loro disciplina.

Il testo di Benedetto Giovanni Selvatico Estense da cui è tratta la citazione iniziale è un *unicum* nel panorama italiano, e sicuramente costituisce un “genere” originale: è la prima manifestazione di interesse per il tema della psichiatria etnografica, ove la definizione è giustificata dall'approccio di curiosità antropologica, e non ancora di statistica o affermazione di sovranità (scientifica) su un territorio o una materia; dalla situazione reale del colonialismo italiano, agli albori (non la chiama psichiatria coloniale); e infine dall'assenza dell'orientamento strettamente razzista (non la chiama psichiatria razzista). Nelle colonie inglesi e francesi non esistono lavori siffatti, ma prevalgono le ricerche che affrontino il problema dell'assistenza psichiatrica in territori ben precisi, ovvero quelli di pertinenza coloniale della potenza in questione. Sono inchieste effettuate spesso tramite i medici e i governatori locali, senza che l'autore-compiler in molti casi si rechi in loco. Vedremo che per quanto riguarda i territori sotto influenza italiana lo psichiatra padovano si comporterà allo stesso modo, inviando questionari e richieste e ricevendone informazioni di prima mano. Si tratta di un'opera, per quanto succinta, che ha un carattere pionieristico, anche se non è chiaro quanto sia stata poi diffusa, letta e citata<sup>230</sup>. In essa prevale lo spirito positivistico di fiducia nella scienza e nel beneficio che l'esportazione della “scienza dell'anima” può apportare ad altri popoli.

Marco Levi Bianchini, più noto per il suo ruolo di pioniere nella divulgazione del pensiero psicanalitico, per la sua direzione dei manicomi di Girifalco, Teramo e

---

<sup>230</sup> Tra i numerosi articoli che ho consultato nel corso della mia ricerca, solo quello di Giovanni Angelini del 1936 cita esplicitamente questo saggio di Selvatico Estense: “Che fenomeni di nevrosi isterica siano frequenti presso le popolazioni eritree era stato notato probabilmente fin dai primordi della nostra dominazione coloniale: almeno se ne può già leggere un cenno in argomento in una pubblicazione di un trentennio fa del Selvatico Estense”, Giovanni Angelini, *Su talune manifestazioni nevrotiche così dette demoniache in indigeni dell'AOI*, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali e di igiene coloniale», 8, 1938, pp. 121-136 (121).

Nocera Inferiore che non per la sua breve esperienza africana, nel 1906 pubblica *La psicologia della colonizzazione nell'Africa periequatoriale*<sup>231</sup> e l'anno successivo *Il Congo e la colonizzazione dell'Africa centrale*<sup>232</sup>. Era stato in Congo, in qualità di ufficiale medico al servizio del re Leopoldo II del Belgio, e qui aveva tratto l'ispirazione per tracciare un profilo psicologico del colonizzatore. Se è vero che non tratta in maniera esclusiva la psicologia dei neri – anzi, pare più interessato a quella dei bianchi tra i neri – le sue pagine sono interessanti perché mostrano l'altra faccia della medaglia della psichiatria etnografica in formazione, ovvero la psicologia della colonizzazione, e trasmettono il desiderio di riscatto per l'Italia, da attuarsi in campo coloniale, di prestigio internazionale, da ottenersi a tutti i costi, anche in cambio di “una trasformazione della psiche umana”, dell'aberrazione di costumi ritenuti civili e latori di civiltà. Levi Bianchini fornisce insomma una lezione sul necessario connubio violenza-colonizzazione e rimprovera l'atteggiamento perdente degli italiani nelle guerre coloniali della fine del XIX secolo: “È necessario essere convinti che tutto quello che in Europa è morale e sociale, in Africa non può esistere, e che la colonizzazione, per quanto teoricamente pacifica, è e deve essere nella pratica, crudele e violenta [...] Se noi italiani, troppo sentimentali e platonici, avessimo così pensato, in Abissinia avremmo evitato molti e molti dolorosi avvenimenti”. Si dilunga inoltre, ancor più che sulle caratteristiche della “razza nera”, tema molto caro agli osservatori occidentali, dell'attitudine che l'uomo bianco assume in Africa, nei confronti dei neri, ma anche dei bianchi.

Chi non ha vissuto nel Centro Africa [...] non può concepire come sia necessaria, inevitabile, involontaria perfino, la trasformazione della psiche umana. O così, o rinunciare alla colonizzazione. O la violenza o

---

<sup>231</sup> Marco Levi Bianchini, *La psicologia della colonizzazione nell'Africa periequatoriale*, «Rivista di psicologia applicata alla Pedagogia e alla Psicopatologia», 6, 1906.

<sup>232</sup> Id., *Il Congo e la colonizzazione dell'Africa centrale*, «Rivista coloniale», luglio-agosto 1907. Su questi testi di Levi Bianchini si vedano: Salvatore Inglese, Vittorio Cappelli, *Marco Levi Bianchini in Congo e in Calabria: le prime esplorazioni scientifiche di un pioniere della psicoanalisi italiana*, in Rosario Conforti (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubettino, Soveria Mannelli 2006; Vittorio Cappelli, *Alle origini di un'avventura. Marco Levi Bianchini in Congo (1901)*, «Daedalus», 12, 1995-1996, pp. 9-25. Cfr. anche Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008, in partic. *Il contributo degli psichiatri al razzismo coloniale: dall'Italia liberale all'Italia fascista*, pp. 125-140.

l'abbandono. Il nero non ragiona se non con la forza, e riconosce soltanto questa. Poiché il bianco è usurpatore, poiché il bianco gl'impone il lavoro che egli odia e lo spodesta di quella terra che è sua, è un nemico, e il nemico si cerca di distruggere. Ciò è umano, è elementare. Ma è purtroppo umano ed elementare il contrario. Se il bianco vuol restare e dominare, non può cedere né tergiversare. O il nero si piega o deve essere soppresso [...]. Così dunque [...] la psiche del bianco nel Centro Africa. Un miscuglio di malvagità e di coraggio; di magnanimità e di esplosioni brutali e selvagge; ispirata alcune volte ad altissimi ideali civilizzatori e spesso abbassata alle più ignobili qualità che le stratificazioni superiori della psiche moderna hanno sempre relegato nelle catacombe dell'anima primitiva. E forse, in parte, a causare tali incredibili mutazioni, non è estraneo il nero stesso, l'indigeno africano.

Lo psichiatra veneto non risparmia al “nero” le caratterizzazioni che lo segneranno per tutta la durata del colonialismo, atte a giustificare le azioni di conquista, le politiche di dominio, la retorica paternalista del fardello dell'uomo bianco, i trattamenti brutali inflitti; è pervaso dall'atteggiamento “spontaneamente razzistico” che caratterizzava la psichiatria di quegli anni, in cui “la gerarchia dell'uomo bianco sull'uomo (e la donna) di colore è qualcosa di ovvio e naturale o addirittura necessario per il successo del processo di colonizzazione”<sup>233</sup>. Anche nella letteratura successiva, al nero sarà sempre attribuita una certa passività, mista ad aggressività improvvisa:

Non appena il bianco posa il piede sul continente periequatoriale, un vivo senso di simpatia lo attrae verso quelle popolazioni così rozze, così ingenuë: e che esternano a lui, nei primi momenti, una paurosa ammirazione ed un'ossequenza quasi servile. Il nero è elegante nei movimenti, tranquillo nell'apparenza, docile e silenzioso; mai il bianco crederebbe che quest'essere, al quale manca quasi la favella, sia d'un tratto capace di rilevare la brutalità del criminale nato, la furberia della volpe, le efferatezze torturatrici dell'inquisizione medievale. Il bianco al suo arrivo non può

---

<sup>233</sup> Ferruccio Giacanelli, *Le riviste psichiatriche di Marco Levi Bianchini. Appunti di lettura*, in Rosario Conforti (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze*, cit., pp. 25-56.

immaginare che nella sua apparente semplicità mentale, il nero sia astuto, commerciante abilissimo, fine diplomatico, traditore, ladro e mentitore nell'anima. Avviene così che tutte queste qualità si rivelano al bianco poco per volta, negli avvenimenti della vita giornaliera, nei quotidiani rapporti che egli deve avere con la tribù in mezzo alla quale vive. La simpatia scompare davanti alla disillusione, la fiducia lascia il posto alla rigida diffidenza; entrambi suscitano violento il senso della reazione e della vendetta.

Le riflessioni di Levi Bianchini riguardano, come abbiamo letto, le dinamiche psichiche del bianco colonizzatore: trapiantato in un'altra terra, votato alla conquista e alla sottomissione di altri popoli, viene a trovarsi in una condizione tale per cui la sua psiche subisce un mutamento, una sorta di adattamento alla missione che è portato a compiere. Sono immagini di odio e scontro, dove non c'è nessuno spazio per la comprensione reciproca, dove l'altra razza – falsa in ogni sua manifestazione positiva, da cui guardarsi bene – induce solo alla violenza, in un vortice che coinvolge anche i rapporti tra i bianchi stessi. Se di fronte al nero “il bianco trascende, diventa ingiusto e crudele; istituendo quella spaventevole inimicizia che per ogni dove, in tutto il continente nero, finisce, ancor oggi, nella strage da una parte e nel cannibalismo dall'altra”, scatta la violenza anche nei confronti del bianco, concorrente nella terra di conquista, di riscatto, di potenziale mobilità sociale: “non si arresta qui purtroppo il perversimento dell'anima umana nell'Africa centrale [...]: ogni uomo bianco odia l'altro bianco; e si dice laggiù con convinzione che è più temibile per l'Europeo, l'Europeo stesso anziché il nero”.

Infine Guido Ruata, psichiatra presso il manicomio provinciale di Como e temporaneamente trasferito in Brasile, pubblica nel «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale» un articolo su *Le malattie mentali della razza negra*. Le sue considerazioni riguardano un altro ambito rispetto agli studi poco fa menzionati: non una panoramica di psichiatria etnografica, non la psiche del bianco nel continente nero, ma lo stato patologico e quello normale della psiche del nero. Anche in questo caso, come in quello appena analizzato, lo scritto non concerne gli abitanti delle regioni sottomesse dagli italiani, e non concerne nemmeno

popolazioni africane; si concentra bensì sul movimento ospedaliero dell'*Ospicio Nacional de Alienados* di Rio de Janeiro, evidenziando le patologie più frequenti nella “razza negra”. Ci interessa qui menzionarlo per non perdere di vista alcune concezioni che pure esistevano nella psichiatria italiana ed europea, nel settore in cui antropometria e psichiatria si davano man forte. Come scrive Ferruccio Giacanelli,

Sorretti dalla cultura antropologica dell'ultimo trentennio del XIX secolo, alla quale molti di loro contribuivano attivamente nella duplice veste di alienisti e antropologi, all'inizio del Novecento gli psichiatri italiani non sembravano avere dubbi circa l'esistenza di razze umane diversificate e soprattutto, di una oggettiva gerarchia tra le stesse, che vedeva al primo posto la razza bianca<sup>234</sup>.

Riporto qualche passaggio del testo di Ruata particolarmente significativo in tal senso. “Il cervello del negro maschio è notevolmente più piccolo di quello del maschio di razza caucasica. Degno di nota è poi il fatto che tale differenza non esiste quasi affatto fra i cervelli delle femmine delle due razze”. Inoltre, “il cervello del negro americano pesa qualcosa di più di quello del negro africano”, poiché il primo sarebbe “di sangue meno puro” del secondo, “perché nel primo, per precedenti incroci di razze, è maggiore la dose di sangue di razza bianca”. Ruata ritiene dunque che “il peso del cervello di ciascun individuo negro sia in ragione diretta della quantità di sangue caucasico che possiede, cioè del rapporto dell'influenza dell'incrocio della razza. Nel cervello dei negri si offrono inoltre alla considerazione altre stimate che denotano la sua inferiorità nella sua evoluzione rispetto alla razza caucasica”. Oltre al peso e alla grandezza, contano anche la conformazione della superficie del cervello e le quantità di cellule e di fibre. Per la scarsità di queste ultime, “assai limitate debbono essere le probabilità di portare i negri con l'educazione al livello intellettuale dei bianchi”. Il cervello del negro adulto è dunque comparabile a quello di un bambino europeo; tra quelli delle donne delle

---

<sup>234</sup> Ferruccio Giacanelli, *Tracce e percorsi del razzismo nella psichiatria italiana della prima metà del Novecento*, in Alberto Burgio (a cura di), *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia 1870-1945*, il Mulino, Bologna 1999, pp. 389-405.

due razze abbiamo visto non esserci differenze, data la nota piccolezza mentale attribuita alle donne, anche bianche. Il paragone tra il nero adulto e il bambino europeo “sussiste anche per le facoltà psichiche, perocchè, mentre la razza caucasica ha molto sviluppate le facoltà soggettive, la razza negra, come un bambino europeo, ha sviluppate quelle oggettive”. Le prime corrispondono a volontà, raziocinio, forze ideativa e deduttiva, gusto estetico e sentimento etico; le seconde a sensualità e passionalità, impulsività e volubilità. Oltre al piano delle facoltà psichiche, il confronto riguarda il piano delle patologie psichiatriche:

Assistiamo nei popoli selvaggi, per così dire, all'infanzia dell'alienazione mentale; perocchè i deliri sono appunto lo specchio delle disposizioni e delle attitudini psichiche naturali. Per cui, comparando le malattie mentali dell'evoluta razza bianca con quelle delle altre razze incivili, non potremmo stabilire un parallelo cronologico rapportante la presenza delle psicosi esplicitanti in un determinato periodo storico.

Nel caso degli psicotici, anche il contenuto del delirio è “proporzionale al loro sviluppo mentale, alle loro credenze religiose o soprannaturali. Onde essi, come i nostri rozzi contadini, presentano una ridotta e monotona organizzazione dei loro deliri, consentanea, appunto, con l'inferiorità della loro razza. [...] È certo stridente il contrasto fra le esplicazioni deliranti primitive ed ingenua di un negro paranoico con le sottili argomentazioni e le finezze di un paranoico bianco”. Ruata si spinge ancora più in là nelle sue argomentazioni, in un continuo spostamento dall'individuo alla razza, e in una sfida continua, il cui trionfatore è noto sin dalla prima pagina dell'articolo, tra la razza negra e la caucasica, tra i civili e gli incivili, tra gli europei e i selvaggi. Introduce infatti il binomio civilizzazione-degenerazione: in base al concetto che “ogni razza dispone di una forza intellettuale ad essa peculiare, oltre alla quale non può avanzare senza che la compagine psichica decada”, succede che quando la nera si trova a contatto con “l'incivilimento europeo”, con la libertà e l'ambizione che quest'ultimo comporta, insieme a modi di vita “più raffinati” e al flagello dell'alcool, esce dai confini assegnati dalla natura alle proprie “potenzialità psichiche”, divenendo preda, a livello di “specie” della “degenerazione psichica”.

Il testo di Ruata si inserisce nel solco delle ricerche di Cesare Lombroso, che alla fine del XIX secolo aveva avuto occasione di studiare crani di abissini “raccolti per la maggior parte sui campi delle recenti battaglie” e individui in carne ed ossa della tribù Dinka, presenti a Torino molto probabilmente in occasione dell’Esposizione generale del 1898. Misurando i crani dei soldati abissini, ma soprattutto quelli di criminali Lombroso e il genero Mario Carrara erano riusciti “finalmente” a colmare “una lacuna della criminologia” illuminando i lettori sull’“anatomia del criminale selvaggio”<sup>235</sup>. Non si rinvenivano quei “caratteri differenziali” tipici dei criminali<sup>236</sup>, per cui gli scienziati deducono che “nei crani delle razze inferiori manca il tipo criminale”. L’assenza del tipo criminale si spiega con una perfetta sovrapposizione presso le razze inferiori del tipo criminale e del tipo normale; da ciò Lombroso fa derivare una generica mancanza di senso morale presso la popolazione abissina, data la normalità della criminalità. Dunque, “questa scarsità del tipo criminale nei selvaggi conferma la teoria atavica del delitto”, teoria in base alla quale la criminalità sarebbe da ascrivere ai gradi inferiori dell’umanità, nel “ritorno a tratti somatici, psichici, comportamentali e morali, usanze, credenze, abitudini del primitivo o, ciò che è lo stesso, del selvaggio”<sup>237</sup>. L’analisi del

---

<sup>235</sup> Cesare Lombroso, Mario Carrara, *Su sei crani di militari abissini*, «Giornale della reale accademia di medicina di Torino», 6, 1895, pp. 294-299 (298).

<sup>236</sup> Tra questi caratteri differenziali collocati a livello del cranio Lombroso rinviene, per la prima volta esaminando il cranio del brigante calabrese Villella, una fossetta di alcuni centimetri presente alla base del cranio in luogo della normale cresta occipitale. Cfr. ad es. Cesare Lombroso, *Della fossetta occipitale mediana in rapporto collo sviluppo del vermis cerebellare. Studi*, «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale», II, 1876, pp. 121-130.

<sup>237</sup> Antonello La Vergata, *Lombroso e la degenerazione*, in Silvano Montaldo (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, il Mulino, Bologna 2010, pp. 55-93 (64). Lo stadio selvaggio è infatti quello a cui regredisce il soggetto criminale italiano o europeo, non solo nell’atto del delinquere, ma nel suo essere portatore dei segni incorreggibili della delinquenza innata, dovuta a un arresto nello sviluppo a livello embrionale. La regressione del tipo criminale allo stadio primitivo si rispecchia in un blocco generale dello sviluppo presso le popolazioni selvagge, per definizione inferiori. Si veda a questo proposito il volume di Lombroso *L’uomo bianco e l’uomo di colore. Lettere su l’origine e la varietà delle razze umane*, Bocca, Torino 1892 e l’analisi di Michele Nani nel saggio *Lombroso e le razze*, in Silvano Montaldo, Paolo Tappero (a cura di), *Cesare Lombroso cent’anni dopo*, UTET, Torino 2009, pp. 165-174. L’elemento che Lombroso aggiunge alla teoria evoluzionistica dell’inferiorità di certi gruppi umani è per così dire “negativo”, ossia rileva l’assenza di un criterio per individuare all’interno di tali gruppi il criminale, in ragione di una criminalità innata, diffusa, non sanzionata nell’uomo di colore – immagine negativa dell’uomo bianco, così come il delinquente nato sarebbe l’immagine negativa dell’uomo onesto – in un circolo che omologa il normale al criminale senza passare – per i neri e per i selvaggi – da un’anormalità fissata in tratti specifici. Così conclude Lombroso, assumendosi il merito di aver colmato una lacuna dell’antropologia criminale con l’esame autoptico dei crani di

“materiale vivente” permette ulteriori illazioni sulla psicologia dei selvaggi<sup>238</sup>. “Quanto alla psicologia”, Lombroso e Carrara restano colpiti “dall’esagerazione del pudore” – uomini e donne mostravano ritrosia alla richiesta di esaminare genitali e seno, se non “tristezza e irritazione”<sup>239</sup> – che può essere letta anche come “eccesso di senso morale”, confermato dall’assenza di furti, truffe, di “fatti irregolari nei rapporti fra i sessi, forse anche perché il senso genetico è in essi poco sviluppato”, dal rispetto per l’istituzione familiare e la benevolenza verso i figli. I nostri antropologi restano colpiti altresì dall’assenza di ferocia “nella loro vita abituale”; certo non mancano fenomeni improvvisi d’irritazione, “impeti furibondi in cui si sarebbero feriti ed anche uccisi”; ma la caratteristica che più di ogni altra viene

---

selvaggi e grazie a ciò aver corroborato la sua idea dell’atavismo: “Infatti come i caratteri fisici e psichici propri della criminalità non sono in gran parte, salvo l’epilessia, che sopravvivenze di uno stadio inferiore, primitivo dell’umanità fatte sorgere da azioni patologiche, è naturale che i selvaggi, i quali rappresentano appunto questo stadio primitivo o i barbari che vi si avvicinano non presentino che i caratteri etnici. Ora nei barbari in cui questi sono già attenuati restano come tali perché in essi poco vi è da regredire. Inoltre la criminalità non è in loro anormale come presso di noi ma è una manifestazione dell’attività normale, non prodotta da alcun perversimento morale. E la pena, che gl’individui cui appartennero questi crani subirono, fu più imposta come mezzo di dominazione che non reclamata dal sentimento morale e di difesa delle popolazioni stesse”. Queste ultime righe rimandano ad altri temi che tornano in diverse pagine di Lombroso: oltre alla pena, alle sue ragioni e alla sua logica – questioni che vanno al di là del nostro interesse in questo contesto – emerge velatamente la questione del dominio coloniale. Pur alimentando il discorso sull’inferiorità di certi gruppi umani, Lombroso assume ne *L’uomo bianco e l’uomo di colore* un “atteggiamento disincantato dinanzi all’espansionismo europeo, «alito funereo» che nonostante stesse portando ai selvaggi la civiltà, ne andava producendo al contempo l’estinzione”. Cfr. Michele Nani, *Lombroso e le razze*, cit., p. 172. Cfr. gli articoli di Lombroso: *Psicologia degli africanisti*, «Avanti!», 30 dicembre 1896; *L’Italia in Cina. Il pericolo giallo*, «Nuova Antologia», 16 marzo 1899; *Il pericolo tripolitano*, «Nuova Antologia», 16 aprile 1902; *Il momento attuale*, Casa Editrice Moderna, Milano 1903.

<sup>238</sup> Cesare Lombroso, Mario Carrara, *Contributo all’antropologia dei Dinka*, Carrabba, Lanciano 1897. Gli autori riportano “il risultato dell’esame antropologico individuale”, alcune riflessioni sui dati fisici raccolti e infine “alcuni dati sulla loro psicologia”. Di ciascun individuo vengono misurati la statura, il peso, l’indice cefalico, la capacità cranica presunta; l’apertura delle braccia, la lunghezza del dorso e del piede; la circonferenza delle cosce e dei polpacci; la sensibilità generale e quella dolorifica, la sensibilità tattile, olfattiva e gustativa. Con la “prova dinamometrica” ne viene misurata la forza e non sfugge il fatto “notevole” che “durante questi sforzi essi mostra[va]no una fisionomia ferocissima”. Viene misurato inoltre il campo visivo, che si rileva di “estensione eccezionale” e di “grande regolarità”, in accordo, *a contrario*, “col fatto che gli uomini d’ingegno e di genio offrono sempre anomalie e impicciolimenti”. Vengono valutati e classificati la forma del cranio, della fronte e del mento, i capelli e la barba, naso e orecchie, la dentatura, le dita delle mani e dei piedi. Di alcuni si rileva la particolare intelligenza, di altri la stupidità; di alcuni “il carattere cattivo, molto nervoso”, di altri l’“aspetto buonissimo”; per la maggior parte invece non figurano annotazioni di questo tipo. Non sfugge la presenza di tatuaggi, praticati “sia per moda o per trattamento di certe malattie o per espressione di alcuni loro sentimenti”; si rileva la ricorrenza del “mancinismo nei selvaggi e il piede piatto [che] si ripetono, come è noto, nei criminali”. Con stupore si nota che “mentre molti maschi presentavano, malgrado la straordinaria altezza di statura, alcuni caratteri di femminilità”.

<sup>239</sup> Ivi, p. 22.

sottolineata, è la “straordinaria apatia”: “fuori dei brevi momenti delle rappresentazioni ch'erano obbligati a dare, essi giacevano per tutta la giornata, proprio come buoi nella stalla, sui loro giacigli, ripugnanti ad ogni movimento, anche se avesse procacciato loro un guadagno, come per le osservazioni che noi volevamo fare su di essi”. È proprio sulla questione dell'apatia, della calma piatta interrotta da impeti di furore feroce, che Lombroso sostiene un'analogia con i criminali (che già somigliano ai selvaggi per la frequenza di mancinità e piedi piatti, caratteri estrinseci, per così dire): “perché mentre sino ad ora si è cercato l'atavismo dei rei solo nella materialità dell'azione che si chiama delitto, invece bisogna trasportare questo atavismo ai caratteri psicologici che, sotto dati stimoli, la determinano”. La predisposizione atavica a delinquere si estrinseca quindi nella condotta quotidiana. Per approfondire l'analogia tra selvaggi e criminali – già “dimostrata” rilevando, con l'equivalenza dei crani degli abissini normali e degli abissini criminali, da cui deriva la mancanza di un “tipo” criminale specifico, la non eccezionalità bensì la presenza diffusa e “normale” del carattere criminale – Lombroso afferma che i “caratteri più comuni” dei selvaggi sono “la incapacità al lavoro metodico e regolare e l'impulsività”, due caratteri “in connessione organica tra loro, perché l'apparizione dell'uno porta seco l'altro”. E così, sullo sfondo della loro atavica apatia,

molti popoli selvaggi, e questi Dinka ne sono un bell'esempio, che vivono tranquilli e possono parere dei modelli di dolcezza dei costumi, sono soggetti appunto perché impulsivi, ad accessi di furore in cui commettono ogni violenza; il fatto dunque che raramente uccidono, non esclude in essi la potenzialità criminale, cioè l'impulsività. In questi casi dunque l'atavismo è costituito dall'istinto d'inerzia e di apatia, dall'incapacità a stabile e fruttuoso lavoro, e dall'impulsività, istinti che nel criminale nato sono organici e innati e quindi irriducibili.

Questi caratteri – apatia, impulsività, inattitudine al lavoro – già rilevati da autori precedenti<sup>240</sup>, saranno sistematizzati da osservatori successivi: i più illustri, o i più interessanti nel nostro studio, sono il francese Antoine Porot, che illustra le sue teorie sul carattere dell'indigeno nord africano nelle *Notes de psychiatrie musulmane*<sup>241</sup>, e l'italiano Angelo Bravi, che avrà modo di tornare su questi temi in alcuni dei suoi *Frammenti di psichiatria coloniale* dedicati alla psicologia normale dell'indigeno libico<sup>242</sup>.

### L'inchiesta su “La pazzia fra i popoli non europei”: dati su Eritrea e Benadir

Lo psichiatra padovano Benedetto G. Selvatico Estense con i suoi *Cenni di psichiatria etnografica*, pubblicati in un volume di *Ricerche e studi di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia e Filosofia dedicati a Enrico Morselli*, intende gettare luce su *La pazzia fra i popoli non europei*<sup>243</sup>. In questa sua rassegna sulla diffusione delle malattie mentali fuori dall'Europa, sul trattamento e sulle terapie di cui possono godere gli abitanti degli altri continenti, Selvatico Estense affronta, nella sezione “Africa”, le “psicopatie dell'Eritrea”<sup>244</sup> e delle “altre nostre possessioni africane”<sup>245</sup>.

---

<sup>240</sup> Come Moreau de Tours, che con queste parole si riferisce agli orientali: “Il dogma del fatalismo, lo schiavismo, la sottomissione alla volontà assoluta di uno solo, ossia l'abnegazione di qualsiasi dignità morale in materia di religione e in politica (il grande fatto psicologico dell'Oriente!) non potendo avere le sue radici se non nella natura apatica e spensierata degli Orientali, nella loro propensione alla mollezza, nell'avversione insormontabile che provano per qualsiasi fatica del corpo o dello spirito, nel loro amore violento (passione smodata) per il kif, per usare una parola consacrata tra loro, e che esprime una situazione dello spirito in cui si è disposti a gioire di tutto ciò che il presente offre di buono e piacevole, senza tener conto di ciò che potrebbe esserci di doloroso”, Moreau de Tours, *Recherches sur les aliénés en Orient*, «Annales médico-psychologiques», 1, 1843, pp. 103-132.

<sup>241</sup> Antoine Porot, *Notes de psychiatrie musulmane*, «Annales médico-psychologiques», 76, 1918, pp. 377-384.

<sup>242</sup> Cfr. in partic. Angelo Bravi, *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica. Osservazioni personali* e Id., *L'anaffettività e l'Islam. Frammento semeiologico*, in Id., *Frammenti di psichiatria coloniale*, Tipografia Pio Luogo Orfani, Brescia 1937, pp. 9-50 e 51-58. Si registrerà, nei primi decenni del Novecento, un'assenza di ricerche sulla correlazione tra tipo antropologico e tendenza criminale nelle popolazioni africane; questo genere di studi – presentati a convegni di studi coloniali, di antropologia e di criminologia – rifiorirà poi nella seconda metà degli anni Trenta, quando la bonifica della razza, insieme alla correzione della delinquenza, diverrà una priorità per l'Italia “imperiale” e fascista.

<sup>243</sup> B. G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei*, cit.

<sup>244</sup> Ivi, p. 6.

<sup>245</sup> Ivi, p. 8.

Per quanto riguarda la “colonia primogenita”<sup>246</sup>, il dottor Selvatico Estense chiede notizie direttamente al governatore Martini, cui lo lega un vincolo d’amicizia, e non esita a trascrivere, senza aggiunte né commenti, la risposta per lui compilata dal direttore della Sanità Pubblica nell’Eritrea, dottor Pace, in colonia dal 1894. Questi ha prestato “tredici anni di servizio professionale nelle varie località della Colonia, pure avendo servito per parecchi anni nei battaglioni indigeni, formati da Ascari di ogni tribù, con numerose famiglie”. Pace ritiene che le malattie mentali siano rare nelle popolazioni indigene; tra di esse predominerebbero le nevrosi, di cui l’isteria sarebbe la sindrome più diffusa: “Mi è occorso di riscontrare non una volta” comunica il dottor Pace, “le più importanti stimate isteriche: così ematemesi – a giorno fissato dall’autosuggestione – per emettere un oggetto metallico ingoiato, lagrime di sangue, dermatorragia dalla fronte. Ho visto grandi accessi isterici in cui alle grandi convulsioni seguono stati passionali ed allucinazioni”. Presso le popolazioni che abitano la colonia eritrea, tanto le abissine quanto le arabe, l’isteria viene attribuita “a potenza occulta del diavolo”: i “parossismi psichici della malattia e le convulsioni” sarebbero opera di tale “invasione diabolica”<sup>247</sup>. I metodi per allontanare il diavolo, nelle forme che Pace ha potuto osservare, si differenziano per arabi e abissini, nonché, pare di intendere, tra uomini e donne. Infatti, “per combattere tali stati morbosi, più spesso gli Arabi ricorrono ad esorcismi fatti da santoni, ed in genere riescono ad ottenere facile guarigione suggestiva”. Invece “l’abissina, quando avverte l’aura isterica o quando le stimate psichiche, a periodi intercorrenti, diventano più moleste, chiama a raccolta le amiche per la *fantasia* del diavolo. Queste in cerchio battono le mani, cantano ritornelli monotoni e, con eguale cadenza ritmica, picchiano il tamburo per lunghe ore: l’indemoniata nel mezzo balla, e balla finché estenuata comincia a tremare ed in ultimo cade a terra estenuata”<sup>248</sup>. Tra le nevrosi Pace ha osservato anche epilessie e stati di stupore o di estasi.

Per quanto riguarda le malattie mentali non nevrosiche, il dottor Pace afferma di averne riscontrate in numero esiguo; e più frequenti sarebbero alcune

---

<sup>246</sup> Ivi, p. 6.

<sup>247</sup> *Ibidem*.

<sup>248</sup> Ivi, p. 7.

“forme di malinconia con idee deliranti e con rapido deperimento degli individui sofferenti”; pressoché inesistenti le forme maniache, peraltro “senza grave eccitamento patologico della sfera ideativa ed incoordinazione, né intenso eccitamento dei sentimenti e degli atti”. Pace non avrebbe mai osservato nella sua lunga carriera “deliri sistematizzati, paranoie, [...] vere idee coatte”. Pochi sarebbero gli affetti da idiozia (“debolezza psichica congenita”) ed il loro numero esiguo è dovuto “forse [al]la mancanza di civiltà protettrice [che] fa scomparire questi invalidi del cervello, al pari degli invalidi del corpo, nei primi anni della vita”<sup>249</sup>. Gli stati di “cerebrastenia” (debolezza mentale) risulterebbero di difficile diagnosi, poiché è arduo stabilire il discrimine tra la patologia e la normalità, dal momento “la mentalità stessa degli indigeni” sarebbe mediamente affetta da tale debolezza, secondo una teoria – molto diffusa in quegli anni tra quanti erano impegnati in missioni civilizzatrici – che avvicina dal punto di vista mentale l’indigeno adulto a un bambino. Rilevante sarebbe infine il “contagio nervoso”: ad esempio “avvenuto un suicidio in una compagnia di soldati, si può essere quasi certi di constatarne un altro a breve distanza”<sup>250</sup>.

Per ciò che riguarda gli atteggiamenti verso la malattia mentale nonché i trattamenti praticati, il dottor Pace informa:

D’ordinario i deboli di mente, i dementi, riescono indifferenti a queste popolazioni. I psicopatici allucinati, i deliranti, i maniaci sono invece ordinariamente ritenuti come invasi dal demonio o come colpiti da stregonerie, vengono perciò sottoposti, a titolo di cura, ad ogni esorcismo, ad ogni fantasia; in tali cure efficacemente suggestive, questa gente crede più che nell’opera dei sanitari<sup>251</sup>.

Emergono in questo passaggio due punti salienti della medicina – della malattia mentale e della malattia più in generale – praticata nelle colonie: in primo luogo il diverso trattamento che spetta da un lato ai malati psichiatrici “innocui” e

---

<sup>249</sup> *Ibidem.*

<sup>250</sup> *Ibidem.*

<sup>251</sup> *Ivi*, p. 8.

dall'altro quello riservato ai malati “pericolosi” o in ogni caso arrecanti nocimento o fastidio alla popolazione “sana”. In secondo luogo, la diffidenza degli indigeni verso la medicina “occidentale” e il conseguente, contestuale conflitto tra la medicina tradizionale e quella “importata”.

In merito ai provvedimenti presi dal governo italiano in Eritrea, il direttore della sanità pubblica eritrea riferisce che: “In colonia non s'è finora sentito il bisogno di uno stabilimento per il ricovero di alienati, sia per lo scarsissimo numero di pazzi, sia per le forme di alienazione mentale poco moleste e men pericolose alla società; questa mancanza di manicomio non rende possibile alcun dato statistico, come pure impedisce lo studio sul decorso e sulla durata di tali affezioni”<sup>252</sup>. È interessante questa breve notazione per anticipare che “uno stabilimento per il ricovero di alienati” non vedrà mai la luce in Eritrea, tanto che ancora quarant'anni dopo, il neuropsichiatra Alfredo Lombardi operante ad Asmara negli ultimi anni della sua carriera africana, potrà lamentare che “è stato promesso varie volte [...] di fare l'Ospedale psichiatrico per nativi che risponderrebbe ad una necessità, ma credo che resterà un pio desiderio”<sup>253</sup>.

È il dottor Carlo Mucciarelli a fornire a Selvatico Estense, per la sua ricognizione sulle diverse psicopatologie presenti fuori dall'Europa, le informazioni sulle “altre popolazioni” sotto il dominio italiano ai primi del Novecento. Mucciarelli si reca inizialmente in Africa con l'incarico di “sanitario della Colonia Coatti di Assab”, aspira in seguito (1899) alla “direzione dell'Ospedale civile di Massaua”<sup>254</sup> ed infine si trova a operare nel Benadir<sup>255</sup>. Nel 1899 può dire di avere

---

<sup>252</sup> *Ibidem*.

<sup>253</sup> *Relazione sul servizio sanitario in Eritrea*, compilata dall'Ispettore di Sanità Alfredo Lombardi, 1947, 5 pp., Archivio Centrale dello Stato (d'ora in avanti: ACS) Fondo Ministero Africa Italiana, b. 85. Si parlerà nuovamente di costruzione di manicomi in contesto coloniale solo per quanto riguarda la Libia: nel 1912 l'idea del dottor Scabia di fondare un manicomio in colonia fallirà, con grande disappunto del suo promotore; negli anni a seguire tale idea verrà recuperata da altri e nel 1939 l'Ospedale psichiatrico per Libici vedrà la luce. Cfr. Angelo Bravi, *L'ospedale psichiatrico per Libici*, Maggi, Tripoli 1941.

<sup>254</sup> Le informazioni sul dottor Mucciarelli sono ricavate dal carteggio per la sostituzione del dottor Ansermino alla direzione dell'Ospedale civile di Massaua, “posto resosi vacante per la rinuncia del titolare e da diversi mesi non occupato” (lettera di Mucciarelli al Ministero degli Affari Esteri dell'11 giugno 1899). Mucciarelli scrive al Ministero degli Affari Esteri: “la pratica che il sottoscritto ha acquistato delle malattie tropicali predominanti colà gli fa sperare che lo farà prescegliere, essendo pronto ad andarvi, anche interinalmente, fino alla nomina definitiva” (ivi). Di seguito un brano della

“pratica [...] delle malattie tropicali predominanti colà” e, come si evince dalle righe che trasmette al dottor Selvatico Estense, anche delle malattie mentali esistenti tra arabi, somali, dancali, swahili, abissini. Mucciarelli ritiene che fra gli Arabi vi siano “tutte le forme di pazzia escluse le manifestazioni dovute allo speciale sviluppo della nostra civiltà”<sup>256</sup>, in base a una concezione allora molto diffusa che fosse la civilizzazione a portare la malattia mentale e il decadimento morale tra popoli altrimenti sani<sup>257</sup>. A predominare tra i somali e i dancali sarebbero le forme di esaltamento e di paranoia religiosa, che giungono fino all’omicidio degli infedeli e dei bianchi in particolare; fra gli Swahili, “razza schiava”, casi di malinconia. Nella percezione comune degli indigeni, “i pazzi sono ritenuti santi se trovano l’ambiente favorevole, negli altri casi sono derisi o temuti”<sup>258</sup>. La pazzia non sarebbe meno frequente che da noi, “ma è assai difficile osservarla, sia per la poca conoscenza della lingua, sia per la diffidenza verso l’Europeo”<sup>259</sup>. Il nodo della diffidenza verso il bianco e verso il medico in particolare, nonché dell’incompatibilità linguistica – in

---

lettera di sostegno alla candidatura di Mucciarelli spedita dal direttore generale delle carceri (Ministero dell’Interno) al Ministero degli Affari Esteri: “Il dottor Mucciarelli, dura il tempo trascorso in Assab, ha preso un servizio lodevolissimo sotto ogni punto di vista; e mentre la di lui robusta costituzione fisica lo ha reso immune da qualsiasi morbo, non ha invero risparmiato le proprie forze nell’adempimento coscienzioso delle mansioni affidategli”. I documenti relativi a questa pratica si trovano in: Archivio storico diplomatico del Ministero degli Affari Esteri (d’ora in avanti: ASDMAE), Fondo Africa III, b. 107.

<sup>255</sup> Di questo periodo l’articolo *Il Benadir e la schiavitù*, «Rivista d’Italia», gennaio 1904.

<sup>256</sup> B. G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei*, cit., p. 8.

<sup>257</sup> Già nel 1845 il dottor Salvatore Furnari nel resoconto del suo *Voyage médical dans l’Afrique septentrionale* (Librairie J.-B. Baillière, Paris 1845), scriveva: “L’influenza che la civilizzazione esercita sulla produzione della follia non è più un dato dubbio per nessuno. Dall’anno 1830 Brierre de Boismont, in una relazione letta all’Accademia delle Scienze e pubblicata negli *Annales d’Hygiène*, ha dimostrato che lo sviluppo della follia seguiva i progressi, o per parlare più correttamente, gli abusi della civilizzazione. Laddove il campo è lasciato libero agli spiriti, le immaginazioni abbandonate a se stesse, la follia è molto comune, mentre nei paesi dispotici, in Africa, in Asia dove le passioni sono compresse, il numero di alienati è sempre in diminuzione”, p. 332. Infatti, “come nelle contrade orientali, in Africa il numero di folli è di gran lunga inferiore a quello dell’Europa; l’assenza di cause fisiche e morali, che producono frequentemente la follia nei paesi civilizzati, spiega questa differenza. Così il torpore delle facoltà intellettuali, la non preoccupazione per il futuro, l’unico desiderio di soddisfare solo i bisogni fisici, un regime alimentare sobrio e metodico, e soprattutto l’astinenza dai liquori fermentati, devono necessariamente preservare gli arabi dalle aberrazioni delle facoltà mentali”, p. 331. Ancora nel 1927, il professor Gabbi, direttore della Clinica medica dell’Università di Parma e insegnante tropicalista, sostiene che “le malattie nervose, che sono fra noi così numerose per specie e frequenza, sono rare nelle genti africane”, Umberto Gabbi, *Un capitolo di patologia umana della Tripolitania, in Bagliori e ombre in medicina. Conferenze tenute alla Scuola di Sanità Militare in Firenze*, Firenze 1927, pp. 103-114 (112).

<sup>258</sup> B. G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei*, cit., p. 8.

<sup>259</sup> *Ibidem*.

psichiatria particolarmente grave, giacché lo scambio dialogico è fondamentale in tutto l'iter del rapporto col paziente, dalla diagnosi alla terapia – sarà ripreso da amministratori e alienisti presenti sul territorio coloniale.

### **Lo studio di riforma carceraria in Eritrea e la “Sezione speciale per alienati”**

Che sia “assai difficile” osservare la pazzia è anche dovuto al fatto che nei territori africani sotto dominazione italiana nei primi anni del Novecento non esistono luoghi specificamente ideati e creati per contenerla, controllarla e indagarla. Vi è però almeno un luogo istituzionale dove anche la malattia mentale trova un trattamento, o meglio dove essa viene riconosciuta e “isolata”. Nella logica carceraria, agli alienati è infatti riservata uno spazio speciale. Nel 1908, dieci anni dopo il primo regolamento carcerario per l'Eritrea<sup>260</sup> e cinque dopo il secondo<sup>261</sup>, Albino Canevari, direttore del carcere di Asmara, redige uno *Studio di riforma carceraria nella colonia e progetto d'impianto di un penitenziario unico a Assab*<sup>262</sup>. Costituito da quattro reparti ciascuno organizzato in numerose sezioni, il nuovo carcere avrebbe il pregio di distinguere e separare le diverse tipologie di condannati: quelli imputati di reati più gravi e quindi destinati a pene più dure e detenzioni più lunghe, da quelli rei di crimini meno importanti (detenzione fino a un mese, fino a sei mesi, fino a tre anni, sezione speciale, sezione di rigore, ergastolo), i minorenni dagli adulti, i militari dai civili, i sani di mente dagli alienati. L'articolo 44 dell'*Ordinamento* – che costituisce la seconda parte dello *Studio* – prevede infatti che “la sesta sezione è riservata per i

---

<sup>260</sup> “Questo regolamento distingueva gli stabilimenti carcerari della Colonia in due sole specie: carceri giudiziarie e reclusorio. Le carceri erano istituite in Massaua, Asmara e Cheren [...] e il reclusorio sull'isola di Nocra [...] Si provvedeva in sostanza ad una prima organizzazione e ad un funzionamento uniforme dei diversi stabilimenti carcerari della colonia, senza però cambiarne il carattere che era quello della prigione in comune che, com'è naturale, contiene tutti gli elementi di un sistema depravatore”, *Cenni storici in Studio di riforma carceraria*, cit., le pagine del manoscritto non sono numerate.

<sup>261</sup> “Nel maggio del 1903 si procedette alla compilazione di un nuovo regolamento carcerario che, in luogo di migliorare il funzionamento morale di così importante ramo della pubblica Amministrazione, lo peggiorava sensibilmente”, ivi.

<sup>262</sup> *Studio di riforma carceraria nella colonia e progetto d'impianto di un penitenziario unico a Assab*, manoscritto del 1908 a firma di Albino Canevari (ASDMAE, Fondo Ministero Africa Italiana, Archivio Eritrea, b. 653 “Carceri e P. S.”).

condannati colpiti da alienazione mentale e per i quali si debba provvedere ad un tempo alla repressione e alla cura”<sup>263</sup>. Alla data dello *Studio* di Canevari, in Italia esistevano delle disposizioni di legge tese, per così dire, a conciliare repressione e cura: emanato a breve distanza dalla legge sull’edilizia penitenziaria (legge 14 luglio 1889, n. 6165) e dal codice penale Zanardelli (entrato in vigore il 1° gennaio 1890), il nuovo *Regolamento per gli stabilimenti carcerari e sui riformatori giudiziari* (R. D. 1 febbraio 1891, n. 260) prevedeva l’istituzione dei manicomi criminali, sancendo una prassi detentivo-terapeutica già in uso. Nel 1876 infatti il direttore generale degli Istituti di prevenzione e pena del Regno, Martino Beltrani-Scalia, in assenza di disposizioni legislative, aveva creato con un semplice atto amministrativo, la “sezione per maniaci” presso la casa penale per invalidi di Aversa. Tale sezione, affidata a Gaspare Virgilio<sup>264</sup>, medico del carcere di Aversa e teorico dell’identità tra delinquenza e follia e della necessaria conciliabilità di repressione e cura, rappresenta il primo nucleo di quegli istituti che qualche anno dopo saranno denominati manicomi criminali<sup>265</sup>.

È una sezione analoga quella che ritroviamo nel progetto del carcere di Assab in Eritrea, specialmente consacrata all’internamento degli alienati criminali, secondo i dettami della tecnica antropologico-criminologica coeva, che trova in Lombroso<sup>266</sup> il suo più eminente rappresentante e in Beltrani-Scalia o nel nostro Canevari metodici esecutori e legislatori, dentro o fuori i confini del Regno di recente unificazione e alle prese con le prime mire oltremare. Nell’*Ordinamento del penitenziario industriale-agricolo per gl’indigeni* di 377 articoli, che costituisce la seconda parte del manoscritto di Canevari, gli articoli 45-51 si riferiscono alla “sezione speciale”; di seguito vengono riportati i più rilevanti a proposito del trattamento degli alienati:

---

<sup>263</sup> *Ordinamento in Studio di riforma carceraria*, cit.

<sup>264</sup> Cfr. Gaspare Virgilio, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio*, «Rivista di discipline carcerarie», IV, 1874, pp. 381-402; Id., *La patologia dei delinquenti*, «Rivista di discipline carcerarie», V, 1875, pp. 483-492.

<sup>265</sup> Cfr. Assunta Borzacchiello, *La grande riforma. Breve storia dell’irrisolta questione carceraria*, «Rassegna penitenziaria e criminologica», 2-3, 2005, pp. 83-147.

<sup>266</sup> Che sulla questione specifica aveva scritto *Sull’istituzione dei manicomi criminali in Italia*, «Rivista di discipline carcerarie», II, 1872.

La cura dei ricoverati alienati nella sezione è affidata al medico dello Stabilimento (art. 46). Per quanto riguarda il vitto, la disciplina ed il lavoro degli alienati, viene provveduto dal Direttore d'accordo col medico dello Stabilimento, con speciali disposizioni caso per caso, od anche con un regolamento interno per la sezione (art. 47). [...] Ove il Consiglio di Sorveglianza, inteso il medico dello stabilimento e assunte quelle altre informazioni che giudicherà necessarie, creda siano cessate le cause onde fu disposto l'invio alla sezione di un condannato o ricoverato, propone all'Autorità Giudiziaria od amministrativa che egli sia trasferito al reparto che gli spetta secondo la pena che deve ancora scontare (art. 50).

### **Malattie nervose e mentali nelle “Note di patologia etiopica” del dottor Bevilacqua**

Su iniziativa del Governo della colonia eritrea viene dato alle stampe nel 1914 un volume di *Studi di medicina tropicale compiuti da ufficiali medici e veterinari del R. Corpo di truppe coloniali dell'Eritrea*. Tra questi, un estratto sulle *Malattie curate negli ospedali ed infermerie dell'Eritrea* a cura del capitano medico Amleto Bevilacqua<sup>267</sup>, offre un saggio della diffusione delle patologie psichiatriche, attraverso una serie di statistiche relative al numero degli infermi ricoverati, dal primo luglio 1909 al 30 giugno 1910, ripartiti per patologie e per distretti regionali di spedalizzazione (Adi Caie, Adi Ugri, Agordat, Asmara, Cheren, Massaua, Saganeiti). Su un totale di 2107 ricoverati per le patologie più disparate, i pazienti affetti da “malattie del sistema nervoso”<sup>268</sup> sono quindici. Tali disturbi nervosi o psicotici hanno colpito otto militari indigeni su 1343 ricoverati e tre militari “bianchi” su 459, con una media quindi di 6/7 ricoveri di militari per “malattie del sistema nervoso” su 1000.

---

<sup>267</sup> Amleto Bevilacqua, Guido Bini, Michele Fierro, *Malattie curate negli ospedali ed infermerie dell'Eritrea dal primo luglio 1909 al 30 giugno 1910*, estratto dalla *Collezione di pubblicazioni scientifiche sull'Eritrea* (volume I: *Studi di medicina tropicale*), Arti Grafiche, Bergamo 1914.

<sup>268</sup> Che sorprendentemente occupano la terza riga della tabella sinottica, mentre come vedremo in molte relazioni sanitarie regionali con relative tabelle dei movimenti ospedalieri non saranno nemmeno nominate.

In quattro civili indigeni su 240 presentatisi presso gli ospedali o le infermerie gestite dagli italiani sono state riscontrati gli stessi disturbi (1,6%); in due dei casi analizzati la malattia mentale è da mettersi in relazione al paludismo, manifestandosi come demenza malarica; infine, nessun civile “bianco” su 65 ricoverati ha presentato disturbi mentali. I *morbi mentis*, come scrive Bevilacqua e come si evince anche dai numeri, “sono rari. Si hanno in genere delle forme asteniche o confusionali. Fra le nevrosi è abbastanza frequente l’isterica e l’associazione istero-epilettica”<sup>269</sup>, mentre non sono stati riscontrati casi di epilessia pura.

Nel 1913 vengono date alle stampe le *Note di patologia etiopica*<sup>270</sup>, in una veste un po’ diversa dalla precedente pubblicazione: qui le statistiche non costituiscono la parte preponderante del contributo, ma servono a corredare una trattazione più approfondita delle diverse patologie riscontrate in una missione nella regione di Gondar e si rileva una particolare attenzione, di nuovo da parte del dottor Bevilacqua, verso i *morbi mentis*. Le *Note* si compongono di tre relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar, compilate dai medici in servizio in quei territori: Domenico Brielli, addetto alla regia agenzia commerciale in Dessié, Vittorio Calò e Amleto Bevilacqua tenenti medici addetti all’omonima agenzia con sede a Gondar. Tutti rilevano che le malattie mentali sono rare: nella regione degli Uollo Galla è stato osservato “qualche raro caso di epilessia e di alienazione mentale; eccezionale il suicidio al quale [gli indigeni] sono portati talvolta per offese all’amor proprio, timore di punizione da parte dei capi, e raramente per motivi passionali”<sup>271</sup>. Nella regione di Gondar, Calò rileva che “rare sono le malattie dovute a lesioni organiche del sistema nervoso: i casi che mi è stato dato osservare riguardavano tutti soggetti sifilitici o per eredità o per acquisizione. Le malattie nervose cosiddette funzionali sono ancora più rare”<sup>272</sup>.

È Bevilacqua, nella sua relazione statistico-sanitaria (relativa al periodo che va dal 10 luglio 1911 al 31 ottobre 1912) e negli appunti di patologia locale, a fornire

---

<sup>269</sup> Ivi, p. 15.

<sup>270</sup> Amleto Bevilacqua, Domenico Brielli, Vittorio Calò, *Note di patologia etiopica: relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar*, Bertero, Roma 1913.

<sup>271</sup> Ivi, p. 11.

<sup>272</sup> Ivi, p. 27.

qualche informazione supplementare in merito alla diffusione delle malattie mentali, alla percezione che di esse ha la popolazione locale, alle cure in uso. Si evince da queste sue note uno spirito di ricerca e d'osservazione non comune tra i medici, la collaborazione con “informatori” locali, una spiccata attenzione per la denominazione in lingua ahmara delle patologie rilevate, la volontà di andare oltre il dato apparente e le conclusioni superficiali. Per quanto le “malattie del sistema nervoso (*cueregnā*) e mentali (*èvdnnè*) [...] occupino un posto molto ristretto” nei dati statistici rilevati dal resoconto delle visite di Bevilacqua, “essendo rappresentate da appena 36 casi su un totale di 2940 ammalati di malattie mediche” – poco più di un ammalato su 100 – il tenente medico non esita a ritenere “che esse siano più diffuse di quanto a prima vista appaia, specialmente per quanto riferiscesi alle nevrosi e alle malattie mentali, come [gli] è risultato da informazioni assunte a fonti degne di fede; né ciò meraviglierà, ripensando alla gran diffusione della sifilide e allo alcoolismo, che affliggono queste popolazioni, per citare due fra le principali cause”<sup>273</sup>. Bevilacqua si sofferma lungamente sulle nevrosi:

Per poter riferire sulle nevrosi esistenti in queste regioni occorrerebbe uno studio accurato ed osservazioni prolungate e minuziose. Esse però esistono e sono relativamente numerose. Gli indigeni stessi riconoscono quelli che fra essi sono affetti da disturbi nervosi; ma non sapendo naturalmente risalire alle origini del male, né sapendo rendersene altrimenti ragione, attribuiscono tali manifestazioni a forze soprannaturali, e ritengono che gli affetti da disturbi nervosi siano tali ed agiscano come tali perché posseduti da uno spirito malefico (*cueregnā*) che guida chi ne è affetto, e lo fa agire come se un nuovo io si fosse sostituito all'io dell'ammalato, rendendolo incosciente, irresponsabile delle proprie azioni ed atti. Quest'affezione (che deve considerarsi come una vera entità morbosa) è meno semplice ed innocua di quanto a prima vista apparirebbe, perché, pur limitandosi a far attribuire alle volte un carattere, dirò, di eccentricità a chi ne è affetto, li spinge altre volte fino al delitto contro la persona o contro la proprietà,

---

<sup>273</sup> Ivi, p. 52. Già nella pubblicazione sulle *Malattie curate negli ospedali e nelle infermerie dell'Eritrea*, cit., Bevilacqua sottolineava che “la civiltà europea comincia dolorosamente a portare il suo contributo con l'introduzione degli alcolici sotto forma di vino e liquori”, ivi, p. 9.

delitti consumati inconsciamente, né per vendetta né per odio contro le vittime, trasformandoli in veri maniaci. Gli indigeni hanno per tali ammalati un senso di terrore, misto a rispetto (dipendente forse dalla paura stessa), e ciò senza dubbio ha contribuito a diffondere tale disturbo, dal quale si dicono a volte affetti anche individui perfettamente normali, per giustificare e forse commettere atti che non sarebbero altrimenti commiserati; ma in questi casi cercano di mandar via il cueregnà a furia di bastonate, e non sospendono l'efficace somministrazione che quando l'ammalato si dichiara guarito<sup>274</sup>.

La popolazione locale riconosce quindi gli individui affetti da forme isteriche, assume verso di essi un contegno più o meno codificato, ha una propria concezione che spiega con la possessione da parte di spiriti malvagi atteggiamenti inconsulti di chi ne è preda: da una generica eccentricità a una efferata violenza; utilizza nomi precisi atti ad indicare le forme cui il malato “mentale” può essere soggetto; prevede forme di terapia per “cacciare” gli spiriti. Nella popolazione incontrata da Bevilacqua prevale nei confronti di questi malati un certo terrore perché, abitati come sono da uno spirito malvagio e incontrollabile, possono compiere atti criminosi “inconsciamente”; dal momento che tale spirito prende possesso delle loro facoltà e delle loro azioni, li priva del loro “io” e ad esso si sostituisce, questi “maniaci” possono guarire solo a suon di bastonate – tale pare essere il rimedio impiegato dagli indigeni. Il medico riporta poi un caso in cui si manifesta il conflitto tra l'esigenza di cura imposta dal medico occidentale, tramite “medicamenti”, e il rifiuto opposto dagli indigeni, contrapposizione filtrata in questo caso dall'insolita presenza del cueregnà che guidando l' “io” della paziente, la orienta prima a diffidare e poi la affida ai rimedi “nuovi” imposti dal medico.

Ricordo un caso di stasi intestinale capitato alla mia osservazione in una donna che dicevasi affetta dal cueregnà. Che la donna avesse veramente un fondamento isterico era fuori di dubbio; ella però malgrado le mie insistenze e le mie esortazioni, si rifiutava sempre (pur pregandomi ed

---

<sup>274</sup> Amleto Bevilacqua at alii, *Note di patologia etiopica*, cit., p. 53.

insistendo perché la curassi) ad eseguire le mie prescrizioni, ed ingerire i medicinali da me fornitile, affermando sempre di opporvisi il cueregnà. Prolungandosi troppo tale stato di cose e non potendo curar l'ammalata senza somministrarle medicinali, le posi un giorno il dilemma di scegliere fra i miei consigli e quelli del cueregnà, minacciando di allontanarmi dall'inferma per non più ritornarvi; e ordinai alla donna di farmi da interprete del suo cueregnà, dicendole che...era tempo di finirla. La donna si raccolse, come astraendosi per un po' di tempo dal mondo esteriore, e finalmente mi rispose che il cueregnà, spaventato forse dalla mia minaccia, aveva acconsentito a che l'ammalata seguisse i miei consigli, e poco tempo dopo la donna guarì. A parte però questi casi, a volte dovuti a isterismo, a volte ad autosuggestione o finzione, non può disconoscersi che le nevrosi occupano un posto, e non insignificante, nella patologia locale<sup>275</sup>.

Relativamente comuni tra le malattie nervose, sono l'epilessia (*ainetè barià*), l'isterismo (*d-rchinnà*), la nevrastenia, il gozzo esoftalmico (*enchri*) e le psicopatie sessuali. Infine “anche le malattie mentali (*évdnnèt*) danno il loro contributo, e basta ricordare l'influenza patogenetica che su esse hanno la sifilide e l'alcoolismo dei genitori. L'idiozia (*dencuorennèt*) è stata da me riscontrata. La pazzia propriamente detta non è raro riscontrarla (stando alle notizie riferitemi), ma nessun caso ho constatato personalmente, difficilmente presentandosi all'ambulatorio simili ammalati”<sup>276</sup>.

### **Il dottor Alberto Mochi e l'idea di creare dei villaggi per alienati in Eritrea**

A metà del 1916 il dottor Alberto Mochi, allievo di Antonio D'Ormea e libero docente nella Regia Università di Siena e, in colonia, direttore “del posto di medicazione della Ferrovia Eritrea in Ghinda”, tra Asmara e Massaua, presenta la sua *Relazione sulla organizzazione di un servizio sanitario per gli indigeni della Colonia*

---

<sup>275</sup> *Ibidem*.

<sup>276</sup> *Ivi*, p. 54.

*Eritrea*<sup>277</sup>, redatta tra febbraio e maggio 1916, al direttore della Ferrovia Puccini, con preghiera di “volarla esaminare e trasmettere all’on. Governo della Colonia”<sup>278</sup>. Con questo testo, il medico suggerisce al Governo come “la cura degli indigeni [...] potrebbe essere con frutto e con spesa infinitamente minore organizzata in modo diverso, e cioè adoperando su larga scala l’opera degli indigeni stessi”<sup>279</sup>, ai quali non mancherebbero le capacità per un rapido apprendimento e per l’imitazione dei metodi di cura visti applicare e insegnati dal medico bianco. Mochi ripone fiducia nell’intelligenza degli indigeni, “tutt’altro che selvaggi” pur con una “mentalità [...] diversa dalla nostra”.

Scopo della presente relazione è appunto quello di esporre all’on. Governo della Colonia in maniera il più possibile dettagliata alcune mie vedute sull’assistenza sanitaria agli indigeni praticata per mezzo di indigeni appositamente istruiti e specializzati e posti sotto la continua sorveglianza del medico europeo. Ogni medico della Colonia sa quanto sia facile ottenere da un buon infermiere che sia stato per vari anni in ospedale o in un ambulatorio, un servizio ottimo e in molte parti quasi autonomo. Sia i musulmani che gli abissini appartengono a popolazioni molto intelligenti: sono tutt’altro che dei selvaggi, hanno una loro cultura ed una loro civiltà. Va da sé che la mentalità è profondamente e sostanzialmente diversa dalla nostra: ma, per quanto essi non siano in grado di comprendere l’intimo meccanismo del nostro agire, sono pure in grado di copiare così fedelmente quelle fra le nostre azioni che vengano loro insegnate, che è stato possibile ricavarne dei macchinisti ferroviari capaci di guidare senza inconvenienti una locomotiva, dei deviatori che dispongono da soli le funzioni di capostazione, dei guardiani di fari che sanno tenere in ordine e far funzionare i loro apparecchi, dei telegrafisti, dei dattilografi etc. che non hanno bisogno della guida e sorveglianza continua dell’europeo, ma possono da soli disimpegnare lavori anche non semplici, purché vi sia di tanto in tanto chi li soccorra nei casi più difficili e più complicati. Orbene sarebbe, mi sembra,

---

<sup>277</sup> Alberto Mochi, *Relazione sulla organizzazione di un servizio sanitario per gli indigeni della Colonia Eritrea*, dattiloscritto, ASDMAE, Fondo Eritrea, b. 979.

<sup>278</sup> Lettera che accompagna la relazione, datata 4 giugno 1916.

<sup>279</sup> Alberto Mochi, *Relazione*, cit., p. 8.

più che giustificato, il tentativo di spargere nelle principali zone della Colonia degli infermieri abituati ai metodi europei, fornirli di medicinali e sottoporli a visite periodiche di un sanitario incaricato di aiutarli e guidarli. [...] Ritengo che la media degli indigeni intelligenti potrebbe esser messa in grado, in un paio d'anni di assidua pratica fatta con un medico europeo, di adempiere a queste semplici funzioni sanitarie senza dar luogo a troppi inconvenienti<sup>280</sup>.

L'idea di Mochi di creare una Scuola per infermieri indigeni riscuote successo, poiché i potenziali risultati prodotti dalla formazione di personale sanitario indigeno – “un certo numero di indigeni intelligenti e volenterosi” – sottoposto alla supervisione del medico europeo, sarebbero soddisfacenti non solo dal punto di vista umanitario e strettamente sanitario, ma anche da quello economico e politico<sup>281</sup>. La scuola verrà “istituita a titolo di esperimento” a Ghinda e resterà attiva dall'agosto 1916 all'agosto 1917, diretta in un primo tempo da Mochi stesso, poi, dal primo febbraio, dal capitano medico Enrico Scarpis.

Se quest'idea che sta al cuore della concezione di Mochi di un sistema sanitario rispondente ai bisogni della colonia è stata realizzata, altre idee o proposte di ambito e di impatto forse più limitato, ma secondo Mochi di “enorme importanza sia sociale che individuale”<sup>282</sup>, sono rimaste lettera morta, testimoniate solo dalla relazione succitata del medico senese. È il caso dei villaggi per l'assistenza ai malati mentali che rientrano, con i lebbrosari e gli ambulatori chirurgici, tra i “sistemi di assistenza speciali”<sup>283</sup>. Mochi sostiene infatti che con la creazione di appositi villaggi con annesse colonie agricole, gli alienati potrebbero essere assistiti nel modo più efficace ed economicamente virtuoso. Difatti:

---

<sup>280</sup> Ivi, pp. 9-10.

<sup>281</sup> “Tali infermieri a corso ultimato ed in seguito ad esame si sarebbero inviati in posti di medicazione per la cui ubicazione si sarebbero adottati criteri sanitari e politici. [...] Dal lato della politica di penetrazione poi dovrebbero preferirsi le località che hanno scambi numerosi con l'oltre confine affinché le genti colà residenti potessero conoscere l'istituzione e desiderarla: inoltre posti di medicazione cogli stessi concetti potrebbero essere istituiti anche fuori dalla colonia in modo da poter servire di non disprezzabile mezzo di penetrazione pacifica giacché non v'ha chi non veda quale influenza potrebbe in ogni caso ed in ogni senso esercitare il medico sull'indigeno giacché la via più breve per arrivare al cuore di questa gente è quella della salute”, ivi, p. 26.

<sup>282</sup> Ivi, p. 32.

<sup>283</sup> *Ibidem*.

Un villaggio (tipo Gheel) con ospedaletto centrale per le forme acute e per i malati di malattie ordinarie sarebbe l'unico sistema per togliere alla Colonia la vergogna del trattamento attuale dei pazzi che, come il resto dei costumi della popolazione, è prettamente medievale, basato cioè soltanto sulle percosse e le catene. Eppure, dati i bisogni limitati dell'indigeno, l'ospedalizzazione dei pazzi in una specie di villaggio o colonia agricola dovrebbe costar pochissimo, dati i numerosi artifici che oggi la tecnica manicomiale ha messi in opera per indirizzare ad un fine pratico il lavoro dei malati di mente: se al manicomio per gli indigeni venisse annessa una concessione agricola proporzionata, forse il trattamento di questi potrebbe anche non essere affatto a carico del bilancio della Colonia<sup>284</sup>.

Nelle pagine di Mochi emerge un'organizzazione articolata, che coinvolge attivamente la popolazione indigena, non solo come parte "da curare", ma anche come forza lavoro. Riguardo alla sua ultima proposta, decisamente innovativa, di creare dei villaggi per gli alienati, possiamo rilevare un elemento di notevole interesse, ossia la circolazione dei modelli di frenocomio e delle nozioni di "tecnica manicomiale" e la loro applicabilità a situazioni coloniali. Il medico promotore della "colonia per alienati" si dimostra attento alle idee innovative (nei diversi campi della medicina, non solo in psichiatria) e alle soluzioni che si adattino nella maniera migliore alle circostanze locali. Le sue riflessioni – le stesse per cui anche nella colonia libica si rimanderà la creazione di un manicomio vero e proprio: l'esiguità dei casi, i costi elevati – approdano a una soluzione ideale peculiare che, già adombrata per le colonie dell'Africa occidentale francese dal dottor Cazanove<sup>285</sup>, sarà adottata in Nigeria o in Senegal nel passaggio dalla fase coloniale a quella postcoloniale<sup>286</sup>.

---

<sup>284</sup> Ivi, p. 33 s.

<sup>285</sup> Dopo aver visitato la colonia di Gheel in Belgio, dove era in uso la pratica di affidare i malati mentali alle famiglie locali, Cazanove ritiene che una tale prassi potrebbe essere convenientemente applicata anche nell'Africa occidentale francese. Franck Cazanove, *Compte rendu des travaux du Congrès des aliénistes de langue française de Bruxelles*, «Annales de médecine et de pharmacie coloniales», 25, 1927, pp. 338-363.

<sup>286</sup> Con Adeoye Lambo, in Nigeria; con Henri Collomb (1913-1979), ex psichiatra militare, a Dakar, in Nigeria. Questi, fondatore della cosiddetta scuola di Dakar, che aveva la sua sede presso

## 1.2. *L'adattamento ambientale dei bianchi e i disturbi mentali*

### **L'approccio al problema nelle relazioni sanitarie**

Nelle relazioni che i medici allegavano alle tabelle mensili di attività dell'ambulatorio dove prestavano servizio (numero di visite, tipologia di malattie etc.), se rare sono le annotazioni sulle malattie mentali<sup>287</sup>, più frequenti sono invece passaggi che rilevano una certa difficoltà di adattamento da parte dei coloni, specie nei primi tempi dell'insediamento in colonia. Tali difficoltà di “acclimatazione” o di “adattamento”, legate al clima nuovo e alle diverse abitudini, possono avere ripercussioni a livello di funzionamento della “macchina mentale”. Questo nesso – tra il difficile adattamento, almeno per alcuni, e le complicanze psichiche – verrà messo in maggiore rilievo negli anni Trenta, quando la spinta alla colonizzazione e quindi ad un trasferimento massiccio di coloni nell'Oltremare sarà più intensa. Nella *Relazione sanitaria della regione Gasc-Setit per il mese di ottobre 1917* compilata del tenente medico Giovanni Zaffiro emerge in maniera chiara la problematica dell'adattamento del colono:

I bianchi in questa regione non riescono ad adattarsi completamente. Dopo un corto tempo di permanenza dei bianchi a Barentù, si comincia in essi a notare dimagrimento ed illanguidimento delle forze non troppo accentuato

---

L'ospedale psichiatrico di Fann, è uno dei primi psichiatri ad interessarsi alle pratiche terapeutiche praticate in Africa (lui lavora in Senegal), mosso dalla volontà di integrare tecniche e concezioni mediche occidentali con quelle locali ancestrali. Arriva nel 1958 a Dakar come primario di neuropsichiatria e titolare di quella cattedra di medicina, creata in quell'anno. Su Collomb: R. Arnaut, *La folie apprivoisée: L'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie*, De Vecchi, Paris 2006; M. Boussat, *À propos de Henri Collomb (1913-1979): De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières*, «L'autre: cliniques, cultures, sociétés», 3, 2002, pp. 411-424.

<sup>287</sup> La rarità delle patologie mentali è rispecchiata anche dall'assenza di una voce specifica ad esse consacrata nelle tabelle mensili di incidenza delle malattie che venivano compilate mensilmente dai medici incaricati di ciascun presidio sparso sul territorio e in seguito inoltrate alla direzione della sanità coloniale; nevrosi e psicosi sono probabilmente computate tra le “malattie mediche” non meglio specificate. La classificazione adottata da Bevilacqua in Id. et alii, *Malattie curate negli ospedali ed infermerie dell'Eritrea*, cit., che riconosce le “malattie del sistema nervoso” o *morbi mentis* come una categoria a sé è un pressoché un *unicum* nei documenti consimili.

però; lieve stato di ipocondria con repentino passaggio dalla depressione alla ipereccitabilità. Oltre al clima, vi contribuisce credo in gran parte l'ambiente sociale in cui si vive (l'elemento bianco è qui di dieci persone circa) e nei giovani anche la mancanza della donna europea, venendo così a mancare una delle principali funzioni dell'organismo, la sessuale. Non voglio con ciò dire che in questi paesi l'organismo soffra troppo, perché individui sani, robusti e morigerati possono sentire poco taluni disturbi e resistere a lungo. L'adattamento (non completo però) è possibile per molti, ma non per tutti. Gli indigeni, invece provenienti da altre parti della Colonia, sembrami che si adattino completamente, sebbene la maggior parte sono di regioni finitime a questa. In essi non si notano disturbi per le mutate condizioni climatiche rispetto a quelle delle loro regioni<sup>288</sup>.

Nella *Relazione per l'anno 1932*, relativa allo *Stato sanitario della colonia eritrea*<sup>289</sup>, pubblicata dal direttore di Sanità della colonia Alberto Ciotola, la questione dell'adattamento dei bianchi è nuovamente trattata. Da un lato, si nota un progressivo adattamento del colono ai climi e alle condizioni dei possedimenti africani, in particolare dell'altopiano eritreo, dall'altro si fa appello più alle autorità che a un generico buonsenso, per sorvegliare e selezionare gli individui adatti alla vita in colonia. Ciotola ritiene che “indubbiamente l'uomo ha un grande potere di adattamento e le constatazioni attuali sono molto lusinghiere circa l'acclimatazione perfetta dei bianchi sull'altopiano, acclimatazione che occorre sorvegliare specialmente nella prima permanenza, procedendo ad una selezione di quei soggetti che non raggiungono l'optimum di adattabilità, svelando deficienze o latenze morbose le cui conseguenze possono divenire perniciose”<sup>290</sup>.

La questione dell'adattamento dei bianchi alla vita coloniale e delle eventuali ripercussioni psichiche di una mancata acclimatazione, aveva naturalmente già preoccupato le altre potenze coloniali. In Inghilterra il dibattito si protrae dai primi del novecento agli anni Trenta, con numerose pubblicazioni sulle riviste di medicina

---

<sup>288</sup> Giovanni Zaffiro, *Relazione sanitaria della regione Gasc-Setit per il mese di ottobre 1917*, manoscritto, ASDMAE, Fondo Eritrea, b. 1034.

<sup>289</sup> Alberto Ciotola, *Stato sanitario della colonia eritrea. Relazione per l'anno 1932*, Fioretti, Asmara 1935.

<sup>290</sup> Ivi, p. 9.

tropicale, moniti per gli ufficiali in partenza e manuali per i selezionatori del personale da inviare in Africa al *Colonial Office*. Le raccomandazioni in questo senso sono molto chiare: “i soggetti inclini alla depressione, temperamento violento, nervosi e squilibrati, non sono adatti alla vita in colonia”<sup>291</sup>. D'altronde la letteratura prodotta sin dai primi del Novecento andava in questa direzione, illustrando l'individuo che poteva partire per l'Africa e ambientarsi e quello che sarebbe stato meglio trattenere in madrepatria:

L'uomo ideale per i Tropici è il buon tipo inglese ordinario, con una testa ben sulle spalle, un buon temperamento, non troppo intellettuale; uno che si interessa di quanto succede intorno a lui, non eccessivamente introspettivo [...]. L'uomo inadatto è quello che è vittima di emicranie, mal di testa, con anche la minima tara mentale o epilessia, che sopporti male il caldo o che soffra di insonnia, o sia un tipo neurotico in qualsiasi maniera<sup>292</sup>.

Se l'ufficiale e il funzionario sono tenuti, per provenienza di classe e per la funzione che ricoprono, a mantenere “i nervi saldi” e a tenere vivo il prestigio razziale e la superiorità non mischiandosi con gli indigeni e non facendosi influenzare dai loro modi rozzi, c'è un maggior rischio in questo senso per i coloni e soldati, che potevano facilmente divenire preda degli istinti più bassi, con il rischio, definito in maniera significativa da Jung, di “going black”, tra la regressione e l'incupimento, rischio che abbiamo visto illustrato anche da Levi Bianchini come inevitabile risvolto psicologico della conquista e della colonizzazione.

L'europeo, anche se altamente sviluppato, non può vivere impunemente tra i negri in Africa; la loro psicologia lo penetra senza che se ne accorga e inconsciamente diventa un Negro. Non c'è lotta che tenga contro ciò. In Africa esiste un'espressione tecnica ben nota per descrivere questo

---

<sup>291</sup> Colonial Office, *Information as to the Conditions and Cost of Living in the Colonial Empire*, His Majesty's Stationery Office, London 1937, p. 162.

<sup>292</sup> R. Havelock Charles, *Discussion on special factors influencing the suitability of Europeans for life in the Tropics*, «British Medical Journal», 1910, 2, pp. 869-874 (870).

passaggio: “going black”. Non è per mero snobismo che gli inglesi considerano i nati nelle colonie, per quanto nelle loro vene possa scorrere il miglior sangue, un po’ inferiori. Ci sono fatti a supportare questa visione<sup>293</sup>.

In Francia ugualmente la questione dei disturbi mentali dei bianchi nelle colonie africane ricorre già agli inizi del Novecento. Nei *Précis de pathologie exotique*, Le Dantec, prima medico militare del *Service de Santé des Troupes coloniales*, poi direttore dell’*Ecole de Médecine de l’Afrique Occidentale française*, tratta anche le malattie esotiche dell’apparato nervoso. Le psicosi che possono affliggere i coloniali vengono generalmente, e in maniera generica, comprese sotto l’etichetta di “sudanite”<sup>294</sup>, che “ingloba tutti questi stati di degenerazione e debolezza mentale, nonché gli impulsi e le ossessioni che spesso sfociano in omicidi e suicidi”. Queste psicosi “sono spesso causate da un lungo soggiorno ai tropici, che rischia di influenzare l’equilibrio cerebrale. Infatti, l’esistenza speciale dell’europeo fuori dal quadro sociale a cui era abituato in Francia, l’isolamento nei *petits postes*, le fatiche fisiche e morali, le preoccupazioni, il regime alimentare modificato, le intossicazioni, specialmente da alcool e da oppio, il grande caldo, il sole, sono tutte cause predisponenti che alimentano una debolezza mentale originaria”. A ciò “Bisogna aggiungere l’azione esercitata dalle malattie endemiche tropicali”. Un altro medico, De Ribier, nella rivista di medicina militare e coloniale «*Caducée*», così descrive i fattori patogeni attivi alle latitudini tropicali:

Le regioni inter-tropicali o paratropicali comportano dei fattori speciali che in qualche modo rafforzano l’eziologia dell’alienazione mentale o di altri stati simili. Accanto alle cause ordinarie, conosciute e classificate dagli specialisti, ce ne sono altre inerenti alla situazione geografica del paese, alla sua natura, ai suoi costumi. Oltre al paludismo e alle sue numerose varietà,

---

<sup>293</sup> Cit in B. W. Bursleson, *Jung in Africa*, Continuum, New York 2005, p. 73

<sup>294</sup> L’etichetta di sudanite si rivela però imprecisa: è G. Martin con il suo contributo al volume *Les Grandes Endémies tropicales. Études de pathogénie et de prophylaxie* (1932) a meglio definire le diverse tipologie di psicosi, ben cinque, che questo termine comprende: l’europeo che si trasferisce in colonia può subire un rapido avvicinarsi, anomalo, di fasi di attività e di pigrizia (costituzione ciclotimica); può divenire iperemotivo; perverso, mitomaniaco o, ancora, paranoico (ossia esageratamente vanitoso, diffidente e suscettibile).

vediamo che l'alcolismo riveste delle forme particolarmente gravi con l'abuso di rum a buon mercato, di assenzi mortali e di *froums froums frelatés*, mentre l'oppio compie lentamente e sicuramente la sua opera funesta. Citiamo infine l'isolamento in posti perduti della *brousse*, gli allarmi ancora frequenti che portano a scontri, e poi il sole implacabile dei tropici.

Così argomenta il dottor Cazanove allo stesso proposito:

L'apparizione rapida delle psicosi sembra soprattutto dovuta allo stato mentale speciale che risulta dall'isolamento nei piccoli *postes*, lontani dalla civiltà. L'influenza delle malattie endemiche (paludismo, dissenteria, tripanosomiasi) è il secondo fattore tra i più importanti e più efficaci nella genesi dei disturbi mentali. Viene in terza posizione l'alcolismo che comporta l'indisciplina e i disturbi mentali più vari; e ha conseguenze altamente deprecabili: il contagio di questo vizio prende prima i contingenti metropolitani per poi invadere e contagiare l'elemento militare indigeno. Sotto questa perniciosa influenza sopravvivono attentati vari contro i capi militari, contro la popolazione tranquilla della colonia. Questi attentati hanno spesso un carattere odioso e feroce, spesso di una selvaggieria rivoltante e del peggior esempio per l'indigeno. Spesso si tratta di gesti di veri e propri alienati che bisogna saper depistare e rimpatriare.

Il trattamento, anche secondo Le Dantec, è unicamente il rimpatrio: “rimettendo questi malati nel loro ambiente sociale abituale, guarisce o quanto meno attenua il loro stato”. La prevenzione è altrettanto elementare: “È importante far partire per i tropici solo i caratteri d'élite, capaci di contribuire utilmente all'espansione coloniale e di trionfare sulle difficoltà inerenti alla *mise en valeur* di questi paesi nuovi. È quindi indispensabile scartare in partenza tutti i deboli; intendendo con questo sia i ritardati cerebrali (*arriérés cérébraux*) che i minorati intellettuali (*insuffisants intellectuels*)”.

## La questione dell'adattamento esposta al primo Congresso coloniale (1931)

Il primo congresso coloniale tenutosi a Firenze nel 1931 offre un'occasione per discutere le possibili difficoltà di ambientamento in cui possono incorrere i coloni, le precauzioni e i rimedi. La relazione che più di ogni altra si confronta con questo tema è quella dei medici igienisti Enrico Persano, già in servizio in Congo ai primi del secolo<sup>295</sup> e autore di un manuale di *Igiene dei paesi caldi*<sup>296</sup>, e Valfredo Chiodi, autore di un *Manuale per Ufficiali sanitari*<sup>297</sup> e di un compendio di *Profilassi e disinfezione ad uso del regio esercito*<sup>298</sup>. Gli autori sostengono che “compito importantissimo dell'igiene è quello di aiutare, di favorire, di affrettare questo lento e complesso lavoro dell'acclimatazione, con tutti i mezzi che la scienza suggerisce e che la industria fornisce”<sup>299</sup>.

Inizialmente tentano di spiegare le fasi cui il colono può andare soggetto prima di una perfetta acclimatazione o, viceversa, prima dell'insorgere di complicazioni psichiche:

Anche il sistema nervoso risente in alto grado l'influenza del clima: l'eccitazione abituale dei primi tempi di soggiorno nei paesi caldi, da esso comunicata a tutte le altre funzioni, non ha lunga durata ed è seguita da uno stato di facile languore, di indolenza, provocata dall'azione deprimente, snervante delle alte temperature, dalla continua profusa sudorazione, dall'insonnia frequente e talvolta ostinata, dal genere di vita monotona ed uniforme. I caratteri principali del sistema nervoso nei paesi caldi sono una maggiore eccitabilità ed una più facile esauribilità, ed essi spiegano la variabilità dell'attività fisica ed intellettuale del colono, ora esaltato, ora depresso, a sbalzi, e i suoi frequenti e rapidi cambiamenti di umore, la maggior vivacità delle passioni, ed i passaggi talora improvvisi dalla più

---

<sup>295</sup> Enrico Persano, *Nel Congo*, Alfani e Venturi, Firenze 1906.

<sup>296</sup> Id., *Igiene dei paesi caldi*, De Agostini, Milano 1913.

<sup>297</sup> Valfredo Chiodi et al., *Manuale per Ufficiali sanitari*, Battistelli, Firenze 1923.

<sup>298</sup> Id., *Profilassi e disinfezione ad uso del regio esercito*, Hoepli, Milano 1917.

<sup>299</sup> Valfredo Chiodi, Enrico Persano, *Igiene coloniale ed il suo compito di fronte al colono europeo ed all'indigeno*, in *Atti del primo congresso di studi coloniali, Firenze 8-12 aprile 1931*, Volume VII: *Lavori della VI sezione: Patologia e igiene coloniale (IV Congresso nazionale della Società di Medicina e Igiene coloniale)*, Firenze 1931, pp. 55-93 (65).

grande fiducia e dalle più brillanti speranze a degli stati depressivi e malinconici. Si aggiunga una non rara irritabilità psichica, una esagerazione dell'amor proprio, una facile intolleranza di qualunque contrasto, per cui sono frequenti rancori e gravi litigi per cause spesso futili. Questo particolare stato psicologico a cui vengono soggetti i coloni, dimostra tutta l'importanza per essi di possedere delle solide qualità di carattere, capaci di resistere alle influenze nocive delle nuove condizioni di vita<sup>300</sup>.

Poi, in riferimento alle complicazioni psichiche, i due relatori rilevano gli elementi che possono aggiungersi a una condizione climatica già di per sé patogena, come una debolezza congenita o una tara ereditaria, l'alcolismo e la sifilide, l'isolamento e la solitudine, e condurre a forme psicotiche considerate tipiche del bianco nelle terre tropicali:

Quanto alla nevrasenia e alla psicosi, ricorderemo che, negli individui bene equilibrati, sani e morigerati, i disturbi nervosi prodotti dal clima sono sempre di lieve entità e compensati dall'azione della volontà e dei poteri inibitori. Ma nei soggetti a sistema nervoso debole e con tare nevropatiche, oppur indebolito da fatiche e strapazzi, o da eccessi venerei o bacchici, o da profondi patemi d'animo e da affezioni croniche anemizzanti, tali disturbi si aggravano fino a determinare la nevrasenia o delle vere e proprie psicosi. La psicosi tropicale colpisce soprattutto i giovani, specie se nevropatici o debilitati da un lungo soggiorno in colonia, o da un prolungato isolamento in presidi lontani, ove l'autorità loro conferita ingenera facilmente la mania di grandezza e l'abuso di potere, e gli eccessi venerei e l'intemperanza all'alcol diminuiscono la loro resistenza nervosa e il loro equilibrio morale, togliendo ogni senso critico, ogni freno, ogni restrizione, e fornendo al più piccolo urto l'esplosione che i tedeschi hanno chiamato, con un vocabolo espressamente coniato, *tropen koller* o *furor tropicale*<sup>301</sup>.

---

<sup>300</sup> Ivi, p. 63.

<sup>301</sup> Ivi, pp. 63-64. Il cosiddetto *Furor Africanus* poteva colpire anche gli europei più tranquilli secondo uno dei primi amministratori inglesi del Kenya, Charles Chevenix Trench, *The man who ruled Kenya. The Kenya administration*, Radcliff Press, London 1993, p. 86.

Infine i relatori suggeriscono di operare una selezione tra quanti intendano recarsi in colonia: “una solida costituzione fisica” è la condizione essenziale perché possano partire; parimenti è necessario “che il futuro colono abbia un apparato nervoso sano e bene equilibrato, esente da tare familiari, senza sintomi di isteria o di nevrasenia né di altre malattie nervose sia organiche sia funzionali”. Ad esempio, l’epilessia in tutte le sue forme, anche le più lievi, rappresenta una controindicazione assoluta. Chi intenda partire per le colonie deve dunque essere sottoposto a una visita medica, “anche più minuziosa e rigorosa” di quella prevista per i militari, per vagliare la costituzione psicofisica e la capacità di adattamento, selezionando solo i soggetti per i quali l’acclimatazione possa avvenire “in modo facile, sicuro, rapido”.

#### **“La nevrasenia sotto i tropici”: per una profilassi e una terapia corrette**

Il professor Giovanni Castronuovo, nelle sue *Lezioni di medicina esotica e tropicale*<sup>302</sup>, espone con estrema chiarezza in che cosa consiste e come si manifesta concretamente il mancato adattamento dei bianchi in colonia. Espone i sintomi e le cause della nevrasenia, propone terapie diverse – dai ricostituenti al rimpatrio – e infine si pronuncia sulle procedure per una corretta profilassi.

La nevrasenia che colpisce “il bianco che soggiorna anche da poco tempo nel clima caldo e umido tropicale”<sup>303</sup> è “uno stato anormale d’irritabilità o di facile esauribilità del sistema nervoso [...], debolezza organica e psichica, depressione morale, cambiamento di umore e di carattere”<sup>304</sup>. Se in passato molti osservatori

---

<sup>302</sup> Giovanni Castronuovo, *Lezioni di medicina esotica e tropicale*, Edizioni Rinascimento Medico, 1930.

<sup>303</sup> “La nevrasenia colpisce con particolare preferenza le persone già mature che in Europa vivevano tranquille circondate dall’affetto e dal benessere di una civiltà superiore. Rara è questa forma di nevrasenia fra i coloniali giunti giovani e spensierati in Colonia e così pure fra le persone vecchie, che arrivano al tropico con una volontà decisa e con mente occupata da gravi responsabilità ed interessi”, *ivi*, p. 63. Tale affermazione confligge con quella di Chiodi e Persano secondo cui “la psicosi tropicale colpisce soprattutto i giovani” (V. Chiodi, E. Persano, *Igiene coloniale ed il suo compito*, *cit.*, p. 64).

<sup>304</sup> *Ivi*, p. 62.

negavano l'esistenza della nevrastenia tropicale<sup>305</sup> e in particolare escludevano che potesse insorgere indipendentemente da “cause organiche” o “alterazioni anatomiche e funzionali particolari”, negli anni Trenta “il quadro della nevrastenia viene ammesso da tutti gli osservatori imparziali e liberi da pressioni amministrative”<sup>306</sup>.

Le cause che inducono lo stato di nevrastenia “sono da ricercare praticamente nella solitudine, nell'ambiente sociale non conforme allo stato d'animo ed all'educazione dell'ammalato, nella mancanza di quelle comodità a cui era abituato in Europa, alla mancanza di affetti, a difficoltà di lavoro e di adattamento alla nuova situazione, alla incapacità di concentrare lo spirito verso lo studio, il lavoro, le proprie responsabilità di servizio”<sup>307</sup>. La “predisposizione ereditaria neuropatica” o una “speciale sensibilità costituzionale” sono elementi che hanno senza dubbio un peso rilevante nel far insorgere questi stati di astenia; ad essi debbono sommarsi necessariamente “cause dirette od occasionali” o ancora “cause tossinfettive”, sicché la lista di cagioni è ampia:

le autointossicazioni da dispepsia gastrica e intestinale, la cattiva o insufficiente alimentazione, i vizi del ricambio, gli eccessi di fatica muscolare ed intellettuale, l'abuso di alcool o di sostanze soporifere, traumatismi fisici e psichici, emozioni, solitudine, le preoccupazioni, l'isolamento, i disinganni, i risentimenti, i processi giudiziari [...], la malaria, la sifilide, le altre affezioni veneree prolungate, i disturbi epatici, renali, cardiaci, il parassitismo intestinale, l'insolazione, la dissenteria, la colibacillosi<sup>308</sup>.

La capacità del medico di porsi in ascolto del paziente gioca in questi disturbi un ruolo di primo piano: spesso quanti sono affetti da questa patologia difficile da collocare a livello fisico “coltivano il sospetto di non essere compresi, di essere

---

<sup>305</sup> Infatti, “in passato il personale bianco in osservazione era scarso ed era comprensibile come questa entità sia stata osservata solo quando nei tempi modernissimi grandi masse di uomini bianchi sono state portate nelle zone calde tropicali”, *ibidem*.

<sup>306</sup> *Ibidem*.

<sup>307</sup> *Ivi*, p. 63.

<sup>308</sup> *Ivi*, p. 64.

derisi o beffati”, per questo il medico deve conoscere le dinamiche di relazione, in primo luogo con lo stesso personale curante, cui la nevrastenia può dare adito, ed evitare di trattare l’ammalato come un simulatore – cosa che “non farebbe che consolidare ancor più la convinzione dell’ammalato che la fiducia nell’arte medica è una pura illusione”. Deve poi interessarsi, nella ricognizione anamnestica, “della situazione familiare e sociale dell’ammalato; così potranno essere rivelate certe connessioni psicoaffettive che potrebbero chiarire lo sfondo del quadro clinico”. Inoltre “il medico si servirà della sua influenza per aiutare l’ammalato a risolvere dissidi, difficoltà e noie amministrative” e per collocare il paziente in una situazione lavorativa che non sia causa del riemergere del disturbo. Se ciò non bastasse, la soluzione per il ripristino delle funzioni psicofisiche è il ritorno in patria, dove le cure possibilmente già iniziate in colonia vanno proseguite in maniera assidua:

cure climatiche, idroterapiche, bagni di mare, bagni carbonico-ferruginosi, salini, solforosi, salso-jodici; alimentazione fresca, variata, ricca di vitamine. [...] elettricità statica che esercita influenza benefica sulle cellule del sistema nervoso [...]. Rimedi medicamentosi [...] che hanno un’azione diretta disintossicante: sostanze diuretiche che facilitano l’eliminazione dei prodotti tossici: alcalini, jodici, urolitici, uropoietici [...]. Sostanze chimiche aventi un’azione diretta sul tono cerebrale, muscolare e sulla cenestesi in genere [...]: i composti arsenicali, i glicerofosfati, la lecitina, la fitina, l’estratto epatico, l’olio di merluzzo e il tonno, la stricnina, gli amari e i tonici digestivi, il nucleinato di soda [...], le iniezioni sottocutanee di soluzione fisiologica, l’autoemoterapia<sup>309</sup>.

Per ciò che concerne la profilassi della nevrastenia che può comparire “sotto i tropici”, non vi è dubbio che “una buona selezione dei candidati per i servizi privati e pubblici della Colonia”, finalizzata in ultima analisi al massimo rendimento per le imprese private e per lo Stato e alla massima soddisfazione per i singoli<sup>310</sup>, costituisce “la misura preventiva fondamentale”<sup>311</sup>, come si ripeterà con sempre

---

<sup>309</sup> Ivi, pp. 65-66.

<sup>310</sup> Cfr. ivi, p. 67.

<sup>311</sup> Ivi, p. 66.

maggior enfasi. Il “materiale umano”<sup>312</sup> in partenza per l’oltremare deve avere precise caratteristiche: essere esente da predisposizioni neuropatiche, e dotato invece di “resistenza fisica e morale”, di laboriosità – “i grandi lavoratori che sono per disposizione naturale continuamente occupati col pensiero e con le opere manuali non danno alcun contributo alla nevrastenia tropicale”<sup>313</sup> –, “capace di adattamento a qualsiasi fatica, lavoro, situazione sociale [...], tollerante di fronte alle asprezze dei rapporti della vita quotidiana”<sup>314</sup>. A questi “pionieri di civiltà”, in cambio della loro missione e del rischio connesso, deve essere assicurato un congruo compenso e, al contempo, un sistema di protezione sociale specificamente pensato deve garantirne “l’avvenire morale e finanziario”.

#### **“I falliti morali dell’adattamento”**

Pochi anni dopo, alla fine degli anni Trenta, il problema pare ancora più urgente e i toni si fanno più duri: “il problema dell’acclimatazione della nostra razza è [...] tra quelli che non consentono rinvii o applicazione di criteri contingenti”. Così si legge nell’introduzione a un volume che celebra le *Opere per l’organizzazione civile in Africa orientale italiana*<sup>315</sup>, presentando contributi di autori diversi su molteplici aspetti dell’organizzazione sanitaria, delle infrastrutture, dell’urbanistica, dell’istruzione, dell’amministrazione nell’Africa orientale italiana. Alla sanità pubblica è dedicata la prima sezione del volume, che si apre con un saggio di Camillo d’Ignazio, direttore dell’Ospedale coloniale principale di Addis Abeba, intitolato *Adattamento ambientale in tema di acclimatazione sull’altopiano*<sup>316</sup>.

L’autore in primo luogo chiarisce il significato di “adattamento ambientale”: si tratta del “complesso di modificazioni organiche, nervose, umorali-psichiche, compientesi in soggetti viventi ed operanti in climi diversi da quelli abitudinari ed

---

<sup>312</sup> Ivi, p. 67.

<sup>313</sup> Ivi, p. 66.

<sup>314</sup> Ivi, pp. 66-67.

<sup>315</sup> *Opere per l’organizzazione civile in Africa orientale italiana*, Servizio Tipografico del Governo Generale A.O.I., Addis Abeba 1939.

<sup>316</sup> Camillo D’Ignazio, *Adattamento ambientale in tema di acclimatazione sull’altopiano*, in *Opere per l’organizzazione civile*, cit., pp. 9-24.

avente come risultato la perfetta integrità psico-fisica e la completa capacità dei soggetti a vivere ed operare”<sup>317</sup>. In tale complesso “il supremo regolatore e trionfatore dell’acclimatazione resta il sistema nervoso nella più elevata delle sue funzioni, quella psichica”<sup>318</sup>. Una sana costituzione fisica, una sana funzionalità psichica, assenza di tare mentali, temperamento e carattere saldi sono le condizioni essenziali per l’adattamento; a esse va aggiunta “la volontà decisa che viene dalla dottrina e dalla fede fascista”<sup>319</sup>.

L’acclimatazione insomma non è solo legata a fattori fisico-psichici, ma a un preciso clima ideologico, nonché a una predisposizione morale cui consegue un appagamento e grazie alla quale viene evitato uno scompenso, che potrebbe influire negativamente, anche con la dedizione ad eccessi alcolici o tossici, a livello nervoso. È tale predisposizione e preparazione morale che determina, in ultima analisi, l’adattamento o meno al clima complessivo dell’ambiente coloniale.

I falliti morali dell’adattamento sono invero pochi, perché la preparazione morale del nostro popolo anche in tema di colonizzazione è ottima come lo dimostra la nostra preparazione spirituale alla nostra impresa africana, come lo comprova l’educazione dell’intera massa dei lavoratori nata e cresciuta nel clima fascista che è il primo e più importante fattore, anche in questa vittoria morale, dell’acclimatazione<sup>320</sup>.

I “falliti morali dell’adattamento” – quanti, non abbastanza solidi, motivati o indottrinati, non sono fatti per la vita in colonia – sono solo “una piccola parte [che] soffre anche del «clima morale» e per questa ragione viene respinta, così come viene allontanata quella scarsa percentuale di quanti effettivamente soffrono per il clima fisico e di quanti per malattie sicuramente non rapportabili all’altopiano rimangono minorati nel corpo e nell’anima”<sup>321</sup>.

---

<sup>317</sup> Ivi, p. 9

<sup>318</sup> Ivi, p. 18.

<sup>319</sup> Ivi, p. 19.

<sup>320</sup> Ivi, p. 22.

<sup>321</sup> Ivi, p. 23. A proposito del mancato adattamento al clima morale oltre che a quello fisico, si può evocare un caso emblematico, che risale ad anni precedenti il fascismo. Chiara Giorgi nel suo *L’Africa come carriera* illustra la vicenda di Dante Odorizzi, che si era allontanato dal “clima morale”

La sorte di quanti soffrono di scompensi psichici dovuti al mancato adattamento al nuovo ambiente e alle nuove condizioni di vita, o di malattie mentali diagnosticate dai medici degli ospedali, degli ambulatori o dei posti di medicazione dei cantieri, è il rimpatrio. La cura di tali malfunzionamenti della macchina mentale non può avere luogo in colonia, luogo ove il malessere ha avuto origine (anche se si tende a cercarne le radici altrove): solo il ritorno a una situazione compatibile con una psiche fragilizzata, passando per un internamento in ospedale psichiatrico, può apportare sollievo. I coloni a cui viene diagnosticata una patologia mentale, dopo un periodo più o meno lungo, a seconda delle patologie, trascorso presso gli ospedali o gli ambulatori dell’Africa orientale italiana, vengono inviati al manicomio di Napoli.

### **I malati psichiatrici inviati al manicomio di Napoli**

A metà degli anni Trenta vengono inviati all’Ospedale psichiatrico di Napoli i primi pazienti provenienti dall’Africa Orientale. Il primo giunge a Napoli il 13 luglio 1935, l’ultimo il 15 aprile del 1940. In questo quinquennio sono esattamente settantadue i pazienti psichiatrici inviati dall’AOI a Napoli. Si tratta nella quasi

---

che avrebbe dovuto guidarlo come funzionario dell’impero e rappresentante dell’Italia nell’Oltremare. Siamo prima del Ventennio, in un’Italia non ancora fascista, dichiaratamente razzista e con la virilità tra i valori chiave, ma la continuità d’indirizzo è notevole. Il funzionario viene accusato a più riprese per l’eccesso di contatti con la società indigena, dando scandalo, scalfendo dall’interno il prestigio della razza egemone, e costituendo secondo i criteri affermati dai suoi oppositori, ovvero il codice di comportamento pubblico e privato da mantenersi nella società coloniale, il contrario di un buon esempio, sia per gli italiani in colonia e che per gli indigeni sottomessi. La sua storia è quindi “tra le più emblematiche rispetto al peso esercitato da questioni di ordine personale rispetto alla professione intrapresa, rispetto cioè a quelle ‘pubbliche virtù’ richieste agli uomini al servizio della civilizzazione coloniale” (Chiara Giorgi, *L’Africa come carriera. Funzioni e funzionari del colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2013, p. 160). Il suicidio del funzionario conclude la sua vicenda: di fronte ai quotidiani che parlavano delle “divergenze sue col governo coloniale” all’origine del gesto, il governo della colonia propone una versione che lo avrebbe sollevato da ogni responsabilità, adottando appunto una diagnosi *passé partout* per celare i conflitti che pure esistevano tra i bianchi in colonia – quelli di un certo livello, che avevano in mano le redini del governo e delle relazioni con la popolazione. La diagnosi di nevrasenia viene quindi utilizzata anche per allontanare i funzionari scomodi. Più che di una diagnosi precisa, si tratta di un contenitore che aggrega sintomi, volto a risolvere situazioni non altrimenti gestibili. Le conclusioni di Anna Crozier si adattano bene alla vicenda di Odorizzi: “Non soltanto il subalterno colonizzato diviene soggetto in base ideali della cultura egemonica, ma anche i colonizzatori sono continuamente di fronte al rischio di sanzione culturale dall’interno del loro milieu culturale secondo criteri performativi quali la mascolinità, la forza, la resilienza”, Anna Crozier, *What Was Tropical about Tropical Neurasthenia?*, cit., p. 522.

totalità di uomini di origine italiana<sup>322</sup>, per lo più operai che lavorano nei cantieri stradali o ferroviari o in miniere del Corno d’Africa, coloni contadini, impiegati in ditte private o nell’amministrazione pubblica.

Nella maggior parte dei casi sono affetti da “stati psicotici a tipo confusionale e a prognosi favorevole, frequentemente osservati nei reduci dall’AO ed etiologicamente legati a stati tossici, eccessi etilici e colpo di sole”, come spiega in maniera chiara e rassicurante uno psichiatra del manicomio di Napoli in una lettera indirizzata alla moglie di un operaio veneto ricoverato prima all’ospedale di Asmara, poi rimpatriato con la nave ospedale “California” e internato al manicomio di Napoli, ed infine trasferito al manicomio della sua provincia di origine<sup>323</sup>.

Anche la diagnosi di depressione e astenia generale è frequente e in genere i pazienti che ne sono affetti si rimettono in breve tempo: Vincenzo A. “proviene dall’AOI dove si trovava da due mesi e mezzo come gelatiere presso Addis Abeba. Dopo pochi giorni fu svegliato dal suono di un falso allarme e da allora non è stato più bene [...] non poteva più parlare, fu portato in ospedale e quindi è stato rimpatriato”<sup>324</sup>. Alla ricezione al manicomio di Napoli la diagnosi è “stato depressivo”; dieci giorni dopo il medico di sezione annota: “oltre la lieve depressione psichica che è andata migliorando in questi giorni di degenza in ospedale, l’infermo non ha manifestato gravi disturbi psichici”<sup>325</sup>, per cui viene dimesso come migliorato.

Durante il periodo di osservazione presso l’ospedale coloniale di competenza – ossia prima dell’invio a Napoli – i “lavoratori in AOI” affetti da patologia mentale, sia gli operai di ditte private sia gli impiegati di uffici pubblici, vengono sottoposti alla visita collegiale di una “commissione medico-legale per le infermità dei lavoratori in AOI” che verifica le cause e la natura della malattia, l’opportunità o

---

<sup>322</sup> Fanno eccezione un operaio di origine libica impiegato a Massaua, che giunge col piroscalo California il 7 febbraio 1936 al manicomio di Napoli, dove morirà cinque anni dopo per tubercolosi polmonare e una sola donna, nata a Cheren, figlia di italiani, che viene ammessa al manicomio di Napoli l’8 luglio 1939 per morfinomania e viene dimessa guarita un mese dopo.

<sup>323</sup> Dati rinvenuti nel dossier personale di Vittorio S. (23-3931) ammesso al manicomio di Napoli nel 1939.

<sup>324</sup> Cartella clinica di Vincenzo A. ammesso al manicomio di Napoli nel 1937, dossier personale numero 23-3691.

<sup>325</sup> *Ibidem*.

meno di una permanenza in colonia, optando in genere per il rimpatrio. Tale commissione composta di tre membri compila un foglio con i dati del paziente (la data dell'arrivo in colonia, la data di ricovero in ospedale, il datore di lavoro, la patologia da cui il soggetto risulta affetto) e risponde ad alcune domande standard, ossia se “trattasi di infermità preesistente all'invio in AOI”, se “trattasi di infortunio dipeso da causa di lavoro o durante il lavoro” o se “trattasi di perniciosa malarica o malattia tropicale”. Conclude infine decidendo (cassando quindi l'opzione errata) se “l'infermità dipende/non dipende da cause di servizio perché risulta/non risulta contratta per ragioni di lavoro. Si giudica idoneo/non idoneo a proficuo lavoro in AOI e pertanto il suddetto lavoratore deve/non deve essere rimpatriato con nave ospedale”<sup>326</sup>.

Appare più articolato e meno schematico il verbale della visita medica collegiale atta a valutare le condizioni psichiche di un medico coloniale, Vittorio C., ricoverato il 28 gennaio 1937 presso l'Ospedale coloniale principale “Regina Elena” di Asmara, sezione medicina nazionali, prima classe, con diagnosi di “psicosi maniaco-depressiva”:

Asmara, 8 febbraio 1937. Oggetto: visita medico-collegiale del dott. V. C. In data odierna è stato sottoposto a visita collegiale il Dott. V. C., medico coloniale. Sembra siavi state in famiglia tare psiconervose. In Colonia dal giugno 1936 è sempre stato adibito a servizio operai nel Bassopiano Orientale (Dig-Dig, Dogali, Massaua). Da qualche settimana soffre di accessi febbrili preceduti da brividi e accompagnati da disordini

---

<sup>326</sup> Tale commissione che nei documenti del 1939 prende il nome di Commissione medico-legale per le infermità dei lavoratori in AOI è un'emanazione dell'Ispettorato di Sanità Civile del Governo dell'Eritrea (per gli altri Governi dell'Impero non sono state rinvenute carte analoghe); le visite, per quanto mi è dato constatare, avvengono presso il Reparto Nervosi dell'Ospedale Regina Elena o presso ambulatori minori per operai, come in questo caso del 1936, quando ancora non vi era un foglio prestampato che la commissione doveva compilare, né la commissione aveva una composizione rigida e predefinita. “Asmara, 25 agosto 1936, Governo dell'Eritrea, Ispettorato di sanità Civile, Verbale: l'operaio C. R. di ignoti, nato il 3 maggio 1904 a Messina appartenente al cantiere C. B. 384 Ditta Boari giunto in Colonia il 10 luglio 1936, col piroscalo Calabria è stato sottoposto alla visita della Commissione Medica Superiore la quale ha emesso il seguente giudizio: Diagnosi: deficienza psichica. La malattia non dipende da causa di lavoro. A causa della suddetta malattia, la commissione ritiene l'operaio in oggetto non idoneo ai lavori in Colonia e lo propone per il rimpatrio” seguono le firme del “direttore del deposito operai” e del “tenente colonnello medico”. Dossier di Rosario C. (23-3610) giunto a Napoli nel 1936.

gastroenterici, astenia, amnesia, alterazione dell'umore, tendenza alla misantropia. Ricoverato in ospedale li 28 gennaio 1937 in condizioni di profondo abbattimento, ha avuto durante la degenza crisi di eccitazione e lievi fatti deliranti. Ha avuto ripetutamente vomito e diarrea, non febbre. Lo stato generale ha segnato continuo, progressivo decadimento. [...] Psicicamente si presenta alquanto confuso, tranquillo, senza idee deliranti. Gli esami di laboratorio praticati hanno dato esito negativo per la lue, per la malaria e per i parassiti intestinali. [...] Conclusioni: si giudica il dott. V. C. affetto da psicosi maniaco-depressiva. L'infermità, in assenza di reperto ematologico positivo per la malaria, di positività per la lue e per le infezioni intestinali, può essere, anche se i dati anamnestici fossero comprovati per particolare labilità psico-nervosa del soggetto, riferito ai disagi del clima e del servizio nel bassopiano orientale cui è stato a lungo sottoposto, condizioni in alto grado debilitanti ed anestetizzanti, talora sufficienti per se stesse a determinare, all'infuori di speciali cause tossiche e infettive, ben definite sindromi di temporanee gravi alterazioni del sistema nervoso centrale. Si giudica pertanto l'infermità essere stata, se non determinata, almeno aggravata, da causa di servizio. Il paziente non è temporaneamente idoneo a permanere in Colonia. Se ne propone il rimpatrio su nave ospedale. Dott. Francesco Nico, Dott. Aligi Cossio, il direttore dell'Ospedale: Tancredi Passera<sup>327</sup>.

Effettua il viaggio di rimpatrio a bordo della nave ospedale "Cesarea", che salpa da Massaua l'11 febbraio 1937 e giunge a Napoli il 19. Anche a bordo della nave ospedale, dove il paziente è costretto nella "cella alienati" – come viene scritto a pastello rosso sulla cartella clinica di bordo – viene compilato un diario clinico, con annotazioni giornaliere o finali riassuntive sullo stato del paziente.

Nel caso di Vittorio C., il tenente medico di bordo Luigi Montefusco scrive che "a carico della sfera psichica nulla si rileva di particolare, essendo il paziente stato sempre *compos sui* con ideazione, intelligenza e memoria recente ed antica normale. Solo qualche volta si è notata qualche lieve confusione mentale con cefalea

---

<sup>327</sup> Cartella clinica di Vittorio C. ammesso al manicomio di Napoli nel 1937, dossier personale numero 23-3661.

ostinata ed espressione di indifferenza dell'ambiente e le persone che lo circondano. Tale fenomeno però si è verificato molto di rado e solo nei primi due giorni”<sup>328</sup>.

All'arrivo del paziente a Napoli, il decorso della malattia viene annotato su una terza cartella clinica. Dopo il periodo più o meno lungo trascorso presso l'ospedale coloniale (nella maggior parte dei casi “Regina Elena” di Asmara, più raramente “Umberto I” di Massaua o “Duca degli Abruzzi” di Addis Abeba), testimoniato da una copia della cartella clinica che accompagna l'ammalato sino a Napoli, e dopo i nove giorni di traversata da Massaua a Napoli a bordo della nave ospedale – quelle che ricorrono più spesso nei documenti sono “Urania”, “California”, “Cesarea” – il paziente si appresta a passare un periodo che può avere durata variabile presso il frenocomio partenopeo. Qui viene subito compilato un verbale di ricezione (e alla fine di ogni anno tali verbali sono rilegati in volume) ed il paziente è dotato di una nuova cartella personale<sup>329</sup>.

Vittorio C., che “alla ricezione appare depresso”, un mese dopo viene dimesso come “non folle”; il medico annota infatti che “non presenta in atto disturbi psichici e disordini di condotta che ne richiedano cura e custodia manicomiale”<sup>330</sup>, per cui può essere licenziato dal manicomio. Le altre dimissioni avvengono in genere per guarigione o per miglioramento dopo poche settimane di internamento: ad esempio Pilade C., “affetto da lieve confusione mentale per colpo di calore” ha una “rapida reintegrazione”<sup>331</sup>, per cui viene dimesso per guarigione dopo 16 giorni di permanenza in ospedale psichiatrico.

Per altri la permanenza al manicomio di Napoli è più lunga prima di raggiungere le condizioni che permettano il licenziamento. Alvino G., operaio ad

---

<sup>328</sup> Cartella clinica di Vittorio C. compilata a bordo della nave ospedale Cesarea, *ibidem*.

<sup>329</sup> In base all'articolo 63 del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 in ogni manicomio deve essere tenuto: A) un registro nominativo, a forma di rubrica alfabetica, di tutti i ricoverati; B) un fascicolo personale per ciascun ricoverato, nel quale debbono essere conservati i documenti relativi all'ammissione, i provvedimenti, le comunicazioni e la corrispondenza dell'autorità giudiziaria, di quella amministrativa e della famiglia, le diagnosi e il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato, e gli atti relativi al licenziamento di esso per guarigione od in esperimento o per altra causa; C) un registro in cui siano indicati giorno per giorno, i malati a cui sono stati applicati i mezzi di coercizione; D) un elenco dei malati dimessi in via di esperimento, pei quali non sia stato emesso il decreto di licenziamento definitivo; E) un elenco dei malati affidati a case private”.

<sup>330</sup> Cartella clinica di Vittorio C. compilata al manicomio di Napoli, cit.

<sup>331</sup> Cartella clinica di Pilade C., ammesso al manicomio di Napoli nel 1935, dossier personale numero 23-2470.

Adi Caieh per la ditta SICELP, “nei primi giorni di degenza in ospedale si mostrò depresso e confuso, astimico. Riferì che mentre era in Africa a lavorare fu colpito da febbre e da improvvisa paura, si sentiva minacciato, temeva di dover essere ucciso e un giorno scappò in preda a terrore dall’infermeria ove era ricoverato. Fu poi trasportato all’ospedale di Asmara e dopo 35 giorni venne rimpatriato. Lo stato confusionale andò man mano riprendendo, presto si assisté a un notevole miglioramento dell’infermo che si avvantaggiò pure dell’ergoterapia e poté essere dimesso come guarito il 17 febbraio 1936”<sup>332</sup>, ossia due mesi dopo il suo ingresso al manicomio campano.

Altri pazienti, infine, dopo un periodo di permanenza al manicomio di Napoli, vengono trasferiti presso il manicomio della provincia dove sono residenti, in base all’articolo 61 del Regio Decreto 16 agosto 1909 n. 615<sup>333</sup>. Il trasferimento avviene in genere, così si legge nella corrispondenza tra i direttori dei due ospedali psichiatrici interessati, “in scompartimento di seconda classe riservato” o “in vettura separata” e “con la scorta di due infermieri”, inviati dalla struttura che ritira il paziente per la successiva degenza. Per Eliseo C. ad esempio, arrivato a Napoli dall’Africa Orientale nel settembre 1935 e necessitante di “sorveglianza speciale, tra l’altro per possibili ed eventuali tentativi di evasione, essendoci stato dalla regia questura segnalato quale comunista pericoloso”<sup>334</sup>, nel mese di novembre “si presume [...] una lunga degenza in ospedale, dato che la malattia è di difficile guarigione. Poiché d’altra parte si mantiene abbastanza tranquillo e governabile,

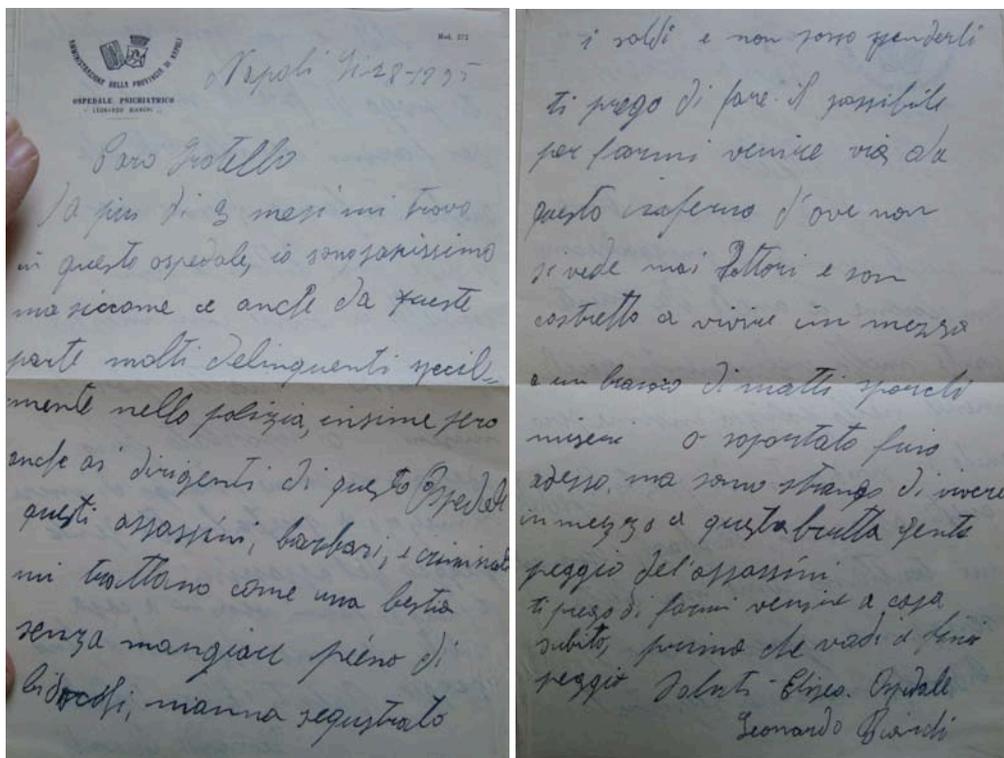
---

<sup>332</sup> Cartella clinica di Alvino G., ammesso al manicomio di Napoli nel 1935, dossier personale numero 23-3523.

<sup>333</sup> Articolo 61: “Con deliberazione della Giunta provinciale, per gli alienati a carico della provincia, e per gli altri sopra domanda dell’esercente la patria potestà, del tutore o del curatore o del procuratore del Re, il quale anche negli altri casi deve dare il suo consenso, o, in caso di contestazione, per decreto del tribunale, l’alienato può essere trasferito da un manicomio all’altro. In tal caso il direttore del manicomio, da cui proviene l’alienato deve trasmettere a quello del manicomio in cui è trasferito, una speciale relazione medica, da lui firmata, e copia conforme, autenticata sotto la sua responsabilità dal direttore stesso, dei documenti in base ai quali fu autorizzato il ricovero definitivo”, Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 apparso nella Gazzetta Ufficiale n. 217 del 16 settembre 1909.

<sup>334</sup> Cartella clinica di Eliseo C., ammesso al manicomio di Napoli nel 1935, dossier personale numero 23-3492.

trovasi in ottime condizioni di salute fisica, il suo trasferimento è possibile fin da questo momento”<sup>335</sup>; il 18 gennaio 1936 sarà trasferito al manicomio di Imola.



Lettera di Eliseo C. al fratello Albino: “Caro fratello, da più di tre mesi mi trovo in questo ospedale, io sono sanissimo ma siccome ce anche da queste parti molti delinquenti specilmente nella polizia, insieme però anche ai dirigenti di questo ospedale questi assassini, barbari, criminali mi trattano come una bestia senza mangiare, pieno di bidocchi, manno sequestrato i soldi e non posso spenderli. Ti prego di fare il possibile per farmi venire via da questo inferno d’ove non si vede mai fattori? e sono costretto a vivere in mezzo a un branco di matti sporchi miseri. O soportato fino adesso, ma sono strango di vivere in mezzo a questa brutta gente peggio del’assassini. Ti prego di farmi venire a casa subito, prima che vada a finire peggio. Saluto. Eliseo, Ospedale Leonardo Bianchi”.

<sup>335</sup> *Ibidem*.

OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE "REGINA ELENA"

Reparto: \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICA DELL' AMMALATO**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Figlio di: \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

Stato Civile: \_\_\_\_\_ Religione: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Entrato il: \_\_\_\_\_

Uscito il: \_\_\_\_\_

Decorato il: \_\_\_\_\_ al ore \_\_\_\_\_ in seguito a \_\_\_\_\_

Firma: Il Direttore dell' Ospedale \_\_\_\_\_ IL CAPO REPARTO \_\_\_\_\_

OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE "REGINA ELENA"

Reparto: \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICA DELL' AMMALATO**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Figlio di: \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

Stato Civile: \_\_\_\_\_ Religione: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

ESITO: \_\_\_\_\_

Decorato il: \_\_\_\_\_ al ore \_\_\_\_\_ in seguito a \_\_\_\_\_

Firma: Il Direttore dell' Ospedale \_\_\_\_\_ IL CAPO REPARTO \_\_\_\_\_

OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE "REGINA ELENA"

Reparto: \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICA DELL' AMMALATO**

Cognome e nome: Zanetti Giuseppe

Figlio di: Carlo e di Giuseppina

Nato il: 19/11/1891 (Prov. di Verona)

Stato Civile: coniugato Religione: cattolica

Domicilio: Verona - Via Galliano - Piazza 100 Alt.

Professione: commercista Provenienza: Verona

Entrato il: 1-1-1928

DIAGNOSI: Paralisi progressiva

Decorato il: \_\_\_\_\_ al ore \_\_\_\_\_ in seguito a \_\_\_\_\_

Firma: Il Direttore dell' Ospedale \_\_\_\_\_ IL CAPO REPARTO \_\_\_\_\_

OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE "REGINA ELENA"

Reparto: \_\_\_\_\_ Letto N. \_\_\_\_\_

**CARTELLA CLINICA DELL' AMMALATO**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Figlio di: \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_

Nato il: \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)

Stato Civile: \_\_\_\_\_ Religione: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Entrato il: \_\_\_\_\_

Uscito il: \_\_\_\_\_

ESITO: \_\_\_\_\_

Decorato il: \_\_\_\_\_ al ore \_\_\_\_\_ in seguito a \_\_\_\_\_

Firma: Il Direttore dell' Ospedale \_\_\_\_\_ IL CAPO REPARTO \_\_\_\_\_

Le prime tre sono copie di cartelle cliniche dell'ospedale Regina Elena di Asmara. Tra i dossier dei pazienti provenienti dall'AOI non vi sono cartelle di altri ospedali coloniali (Massaua, Mogadiscio, Addis Abeba); vi è solo una relazione sanitaria che accompagna la paziente Ethel S. firmata da Alfredo Lombardi, capo reparto neuropsichiatrio e Camillo D'Ignazio, direttore dell'ospedale coloniale Duca degli Abruzzi di Addis Abeba.



23 3850

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BRANCHI"

**STORIA CLINICA**

Data dell'ammissione 13-9-1931 Stato Civile *celibato*  
 Cognome e nome *Balacci Ubaldo* Posizione Sociale *coltivatore agricolo*  
 Paternità *D. Ubaldo* Istruzione *superiore*  
 Patria *Baia di Napoli (Napoli)* Religione *Cattolica*  
 Età *36 anni* Riammissioni

Provenienza *Ammario (provincia di Avellino) via Carlo Alberto 11*

Anamnesi familiare  
*Il padre è epilettico; a 55 anni andò sottoposto ad una prima operazione di lobotomia con successo. Dopo un periodo di cura in un ospedale di cura, si trasferì a casa e morì a causa di un infarto. Il fratello è epilettico e morì a causa di un infarto. La madre è epilettica e morì a causa di un infarto. Il fratello è epilettico e morì a causa di un infarto.*

Anamnesi individuale ed inizio della malattia attuale.  
 Ha patito malattie nervose o mentali? *4-5 anni fa avrebbe avuto un episodio di depressione (13)*  
 Ha avuto allucinazioni? *5-6 anni fa ebbe delle allucinazioni (?)*  
 Ha abusato di alcool? *ha fumato molto tabacco e ha bevuto vino*  
 Ha avuto malattie infettive o contagiose? *di comuni e spuntate nell'infanzia. In particolare senza complicità di batteri.*  
 Ha avuto malattie del ricambio? *nessuna alcuna cura per*  
 Vi sono precedenti penali?  
*Alla ricognizione si è visto che non vi sono precedenti penali.*

S. R. - Le notizie anamnestiche se non possono avervi nella ricezione dell'informo si debbono raccogliere successivamente.

Tp. 100. 1000. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100.

23-3850

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BRANCHI"

**STORIA CLINICA**

Data dell'ammissione 10-10-1931 Stato Civile *coniugato*  
 Cognome e nome *Antonio Antonio* Posizione Sociale *coltivatore agricolo*  
 Paternità *fr. Michele* Istruzione *analfabeta*  
 Patria *Alcorno di Benevento (Napoli)* Religione *Cattolica*  
 Età *anni 33* Riammissioni

Provenienza *dalla R. Questura (recluso dall'U. D. di Aviano)*

Anamnesi familiare.  
*La madre ebbe cinque figli di cui uno morì di tubercolosi, gli altri rimasero in terra sana.*

Anamnesi individuale ed inizio della malattia attuale.  
 Ha patito malattie nervose o mentali? *in infanzia, nell'anno per lui previsto di deboli fibre e iperattività.*  
 Ha avuto allucinazioni? *nessuna.*  
 Ha abusato di alcool? *di vino saltuariamente.*  
 Ha avuto malattie infettive o contagiose? *per un'abbassa sofferta malattia di A. D.*  
 Ha avuto malattie del ricambio?  
 Vi sono precedenti penali?  
*Alla ricognizione si è visto che non vi sono precedenti penali.*

S. R. - Le notizie anamnestiche se non possono avervi nella ricezione dell'informo si debbono raccogliere successivamente.

Tp. 100. 1000. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100.

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BRANCHI"

**STORIA CLINICA**

Data dell'ammissione 11-4-1931 IV Stato Civile *coniugato*  
 Cognome e nome *Becarich Felice* Posizione Sociale *operaio*  
 Paternità *fr. Felice* Istruzione *elementare*  
 Patria *Castell. Grotte (Napoli)* Religione *Cattolica*  
 Età *anni 27* Riammissioni

Provenienza *dalla R. Questura (proveniente dall'U. D. di Aviano)*

Anamnesi familiare.

23 3859

Anamnesi individuale ed inizio della malattia attuale.  
 Ha patito malattie nervose o mentali? *Da fine aprile 1931 fino a fine maggio 1931. In seguito a un episodio di depressione.*  
 Ha avuto allucinazioni? *nel 1931 e nel 1932 presentò per brevi periodi allucinazioni di tipo persecutorio.*  
 Ha abusato di alcool? *altamente di vino.*  
 Ha avuto malattie infettive o contagiose?  
 Ha avuto malattie del ricambio?  
 Vi sono precedenti penali?  
*Alla ricognizione si è visto che non vi sono precedenti penali.*

S. R. - Le notizie anamnestiche se non possono avervi nella ricezione dell'informo si debbono raccogliere successivamente.

Tp. 100. 1000. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100.

In caso di dimissioni all'U. D. di Aviano  
 Si è visto che il ricovero è avvenuto all'U. D. di Aviano - 1.8.1931

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BRANCHI"

**STORIA CLINICA**

Data dell'ammissione 10-11-1931 Stato Civile *celibato*  
 Cognome e nome *Corrado Corrado* Posizione Sociale *operaio*  
 Paternità *fr. Corrado* Istruzione *elementare*  
 Patria *Castell. Grotte (Napoli)* Religione *Cattolica*  
 Età *anni 26* Riammissioni

Provenienza *dalla R. Questura (proveniente dall'U. D. di Aviano)*

Anamnesi familiare.

23 3892

Anamnesi individuale ed inizio della malattia attuale.  
 Ha patito malattie nervose o mentali? *È stato già ricoverato nell'ospedale di Aviano e Trivoli.*  
 Ha avuto allucinazioni? *allucinazioni nel 1931.*  
 Ha abusato di alcool? *altamente di vino.*  
 Ha avuto malattie infettive o contagiose? *nel lavoro subì febbre all'anno.*  
 Ha avuto malattie del ricambio?  
 Vi sono precedenti penali? *È stato in carcere.*  
*Alla ricognizione si è visto che non vi sono precedenti penali.*

S. R. - Le notizie anamnestiche se non possono avervi nella ricezione dell'informo si debbono raccogliere successivamente.

Tp. 100. 1000. 100. 100. 100. 100. 100. 100. 100.

Cartelle cliniche compilate all'ospedale psichiatrico di Napoli.

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
 OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BIANCHI"

1.° Uomo  
 Storia clinica del signor  
 Candido Silvio fu <sup>Caricchio</sup> da  
 Casella (Verelli) d'anni 37  
 coniugato, meccanico, ammesso  
 il 23 - Settembre - 1935 - XIII.

Proveniente dall'Africa Orientale. Precedenti di carattere  
 instabili con scarsa costanza negli istudi e nel lavoro.  
 Saltuario abuso di vino.

Narra di aver avuto una volta una nevrosi in chiesa.  
 È convinto di essere stato avvelenato dalla moglie, e si  
 propone alla sua vista di vendicarsi, sgarraudata. Dice  
 che la sua professione è d'intentore. Ha fatto cure  
 tossiche selettive ed è migliorato nella condizione fisica.  
 Mostri indifferenza effettiva, guerna d'indifferenza, mancanza  
 d'iniziativa. C'è il suo delirio.

Diagnosi: demenza paranoide - *1.° uomo*  
 3. - 26 - XII - *Caricchio*

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
 OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BIANCHI"

26. 12. 1935.

È ammesso con bolletta da numero 20 in  
 questo ospedale il 26. Dicembre 1935.  
 Non viene dall'Africa Italiana, dice  
 si era recato come operaio. Invece  
 molto era figlio ricoverato nell'Aspi.  
 Psichi. di Ancona.

Presunto numero 4 del delirio a scottare  
 la psiche non bene organizzato ma  
 è venuto da Brera e frequentò di studio  
 autodidatta. Non si intende la malattia di cui  
 si sente malato per il suo intonamento.  
 In generale è tranquillo e esordibile ma  
 quando lo volta nel punto di vista psichico  
 è pieno di esclamazioni paranoiche, all'occhio  
 onde di non essere mai venuto nei suoi  
 diritti.

Dalla P. T. T. si è stato come surdato  
 e lo questo ricoverato ha presentato di fenomeni  
 psichici.

Diagnosi: Psichi. paranoide.

Il Medico della Sez.  
 Arn. Caricchio

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
 OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BIANCHI"

1.° Uomo  
 Storia di Storia Clinica  
 del ricoverato dalla clinica psichiatrica  
 di Capua in Roma (oggi) d'anni 33  
 coniugato, meccanico - ammesso il  
 26 Ottobre 1935 (a. XIII)

Proviene dall'A.O. dove è stato ricoverato  
 la moglie ebbe cinque figli, di cui uno solo  
 vive. Non abusi alcoolici. Non lussu. È se-  
 parato dalla moglie. Fondo di povertà e  
 sviluppo psichico. Ha splenomegalia. Ha  
 presentato fenomeni di depressione psichica  
 con inibizione. Non pare bene preceduti  
 fatti febbrili. Attenzione labile, fatica nel  
 pensare e nell'azione.

È rapidamente migliorato sotto la cura  
 medica antimalarica.

Diagnosi: chiemo confusionale su fondo  
 malarico.

il medico  
 Uscendo

AMMINISTRAZIONE DELLA PROVINCIA DI NAPOLI  
 OSPEDALE PSICHIATRICO "LEONARDO BIANCHI"

1.° Uomo  
 Storia x Storia Clinica  
 Ricoverato con bolletta Giovanni d'Antonio  
 di Capua (Erechi) nato il 31 agosto 1895  
 coniugato, contadino - Ammesso il 30 Aprile  
 1935 (a. XIII)

Appartiene a famiglia di classe dell'Alto. È stato  
 alcuni mesi nell'Africa orientale come operaio.  
 Ha presentato un quadro depressivo, non esito  
 da qualche fenomeno di depressione e di psicotia  
 da fondo di povertà materiale con qualche  
 soporifero instabile e soprattutto nel ogni occa-  
 sione di abbandono istaltico con frequenti  
 nevrosi d'azione.

A inferno che, al momento del suo arrivo, era molto  
 mente depresso ed anemico, benché con allucinazioni  
 marcate, è ora molto migliorato nel fisico e la depre-  
 ssione è attenuata, per quanto si ricorda sul suo  
 modo fisico.

Diagnosi: Accessi depressivi in presenza di  
 psichi.

Con il più delle più nella clinica è tranquillo  
 il medico  
 Arn. Caricchio

Relazioni sanitarie compilate all'ospedale psichiatrico di Napoli.

Gli oltre settanta fascicoli personali che ho visionato presso l'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli permettono di inferire alcune conclusioni significative: a differenza che dalla colonia libica, dall'Africa orientale italiana non vengono inviati indigeni nei manicomi del Regno, bensì solo nazionali per i quali non sia risultata sufficiente la permanenza nel reparto psichiatrico degli ospedali coloniali principali; tra i nazionali non vi sono donne: le donne in colonia sono infatti in numero di gran lunga minore rispetto al numero di uomini partiti alla volta l'Africa per impiegarsi nei cantieri soprattutto, ma anche nella colonizzazione della terra propriamente detta o nell'amministrazione; gli uomini risultano più esposti dunque a certe concause di indebolimento psichico, citate non solo nelle cartelle cliniche ma anche in alcuni articoli analizzati nei paragrafi precedenti sul mancato adattamento dei bianchi in colonia, come certi stati tossici, gli eccessi etilici, le insolazioni o colpi di sole. Rare sono le diagnosi di patologie mentali che richiedano una lunga degenza in manicomio: pochi dunque i casi di epilessia, paralisi progressiva o schizofrenia “nella determinazione delle quali nessun valore patogenico può essere assegnato al soggiorno africano degli infermi, sui quali l'azione del clima e dello strapazzo ha potuto al massimo aver l'azione di fattore accessorio debilitante”<sup>336</sup>. Più frequenti le frenosi alcoliche, gli accessi depressivi, gli stati di confusione mentale per colpo di sole.

Questi dati sono confermati dalla brevissima relazione presentata da uno psichiatra del manicomio di Napoli, dottor Eustachio Zara, in occasione del XXI Congresso della società italiana di psichiatria<sup>337</sup>: “nel maggior numero dei casi, la sindrome mentale consisteva in episodi confusionali o stati depressivi, guariti dopo 2-3 mesi e quasi sempre insorti in ammalati che avevano sofferto colpo di calore, malaria ed altra malattia febbrile; in quasi tutti questi infermi risultava dall'anamnesi

---

<sup>336</sup> Eustachio Zara, *Considerazioni su 40 casi di psicosi osservati in ammalati rimpatriati dall'A.O.*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1937, pp. 1179-1180 (1179).

<sup>337</sup> Zara in *Considerazioni su 40 casi*, cit., prende in esame i casi di rimpatriati che ha potuto osservare tra il luglio 1935, data del primo invio e l'aprile 1937, data del congresso. Si tratta di 40 uomini: 10 affetti da malattie mentali (schizofrenia, paralisi progressiva, epilessia), 14 colpiti da stati confusionali e 16 da stati depressivi.

un costante abuso di alcool ed in alcuni un fondo psicopatico originario”<sup>338</sup>. Zara conclude che, sebbene “la cifra dei rimpatriati per disturbi psichici” sia “insignificante”<sup>339</sup>, “dal lato profilattico-sociale appare la necessità di sottoporre ad accurata visita, anche psichiatrica, gli operai che si recano a lavorare in A.O. ed evitare ivi ogni abuso alcoolico”, come altri osservatori avevano suggerito o si sarebbero accinti a fare<sup>340</sup>.

In occasione del primo Congresso internazionale di criminologia tenutosi a Roma nel 1938, infatti, il professor Fraulini, primario presso il Manicomio giudiziario di Reggio Emilia, struttura che ha ricevuto, nei medesimi anni, criminali “nazionali” affetti da patologie psichiatriche provenienti dall’Africa orientale<sup>341</sup>, propone, citando Zara, “di sottoporre ad un attento esame psichiatrico le persone che si recano nelle terre del nostro Impero o, per lo meno, coloro che ad un preventivo accertamento anamnestico risultassero predisposti alle neuro-psicopatie e sui quali quindi più facilmente potrebbero influire il fattore clima od altre cause predisponenti come l’alcoolismo, gli strapazzi fisici e psichici, le privazioni ed ogni

---

<sup>338</sup> Ivi, p. 1179. In particolare, “nei casi osservati, l’insorgere della psicosi confusionale pare debba ritenersi in rapporto con il fondo neuropatico del soggetto e nella maggioranza dei casi con l’abuso alcoolico cronico; gli stati depressivi hanno piuttosto il significato di stati psicotici di natura reattiva, determinati in individui a sistema nervoso primitivamente inficiato o intossicato dall’alcool. Tale interpretazione patogenetica è avvalorata dal decorso della sindrome morbosa, che in un periodo piuttosto breve è andata regredendo, fino alla guarigione in quasi tutti gli infermi”, ivi, p. 1180.

<sup>339</sup> Tale cifra è “insignificante” rispetto al “gran numero di operai che lavorano in A.O. e che si trovano quindi esposti alle stesse cause climatiche e ambientali”, ragione in più che avvalorata la tesi del peso dei “fattori individuali” nell’insorgere delle psicosi: “infatti è da tempo assodato che l’influenza dei climi caldi sull’organismo normale è in genere limitata a lievi disturbi funzionali e che per il verificarsi del colpo di calore hanno importanza cause predisponenti e tra esse specialmente l’alcoolismo, gli abusi di ogni genere, oltre i precedenti neuropatici”, *ibidem*.

<sup>340</sup> Cfr. anche Scarpa, *Di una singolare forma di nevrosi post-traumatica in un lavoratore dell’AOI*, Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale, 61, 1941, pp. 567-580.

<sup>341</sup> “Ben 10 casi si presentarono alla mia osservazione e si riferiscono a ricoverati od internati nel Manicomio Giudiziario di Reggio Emilia per vari reati commessi. E precisamente: tre per mancato omicidio; due per lesioni gravi; uno per violenza carnale ed atti di libidine; tre per maltrattamenti in famiglia; uno per truffa. Quasi tutti nativi o dimoranti in Alta Italia prima del soggiorno in A.O.I.; sicché ancor più manifesta appare la influenza del cambiamento di clima in tali soggetti [...]. La età variante dai 26 ai 36 anni, con una media di 30 all’epoca del commesso reato. Appartengono a professioni varie [...]. La varietà delle occupazioni mette in evidenza la mancata possibile influenza di queste sulla infermità ed invece, ancor meglio, quella decisiva del fattore clima [...]. Prevalente la diagnosi di stato depressivo, in sei casi [...]. Le altre diagnosi furono di psicosi sensoria, alcoolismo, delirio di gelosia e demenza precoce”, M. Fraulini, *Contributo allo studio della criminalità nelle psicosi insorte in A.O.I.*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 411-412.

abuso in genere”<sup>342</sup>. E conclude, per conquistare il plauso del pubblico, “Ciò costituirebbe in ogni modo un contributo alla sanità della razza anche là dove l’Italia marcia sicura verso il suo avvenire imperiale”<sup>343</sup>.

---

<sup>342</sup> *Ivi*, p. 412.

<sup>343</sup> *Ibidem*.

### *1.3. Indagini sulle patologie mentali indigene*

#### **Patologie mentali e psicologia degli indigeni**

A metà degli anni Venti, Giovanni Grixoni, docente di igiene presso la Scuola d'applicazione di Sanità militare, è incaricato dalla Direzione centrale di sanità militare del Ministero della Guerra di redigere un testo sulla *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*<sup>344</sup>. In assenza di “uno studio di insieme [...] sullo stato sanitario dei nostri tre domini coloniali”, il volume è destinato a divenire il testo di riferimento per il corso di “patologia ed igiene coloniale” che verrà istituito presso la Scuola di sanità militare di Firenze nel 1927, fornendo “un ricco corredo di nozioni antropologiche, etnologiche, nosografiche che daranno modo di meglio e più ampiamente indagare le condizioni fisiche delle regioni a noi soggette, e quelle somatico-psichiche, normali e patologiche, delle popolazioni che le abitano”<sup>345</sup>.

Dopo aver affermato in maniera generica nell'introduzione al volume che “nell'indigeno dei paesi caldi le nevrosi e le psicosi sono [...] piuttosto rare e di non rilevante gravità”, Grixoni in un capitolo apposito esamina le singole regioni dominate dagli italiani anche dal punto di vista dell'incidenza delle patologie mentali, basandosi su studi compiuti da medici militari in missione nei possedimenti oltremare. In Eritrea in particolare sarebbero “poco comuni e non di grande importanza le malattie del sistema nervoso, malgrado il numero notevole di luetici poco o mal curati. Rari i casi di demenza, rarissima l'epilessia, abbastanza frequente invece l'isterismo (il «diavolo» degli indigeni). [...] Anche le alterazioni della psiche non sono comuni negli indigeni”<sup>346</sup>. Per quanto riguarda l'Abissinia sono parimenti “rare le malattie mentali” anche se le osservazioni di Bevilacqua, citato da Grixoni, mettono in discussione questo assunto: nella regione di Gondar egli ha infatti avuto “occasione di osservare svariate forme nervose, centrali e periferiche, nevrosi,

---

<sup>344</sup> Giovanni Grixoni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato generale dello Stato, Roma 1926.

<sup>345</sup> *Premessa*, ivi, p. VII.

<sup>346</sup> *Ivi*, p. 105.

psicopatie, alienazioni mentali”<sup>347</sup>. In Somalia infine sarebbero “estremamente rare le malattie del sistema nervoso centrale. Delle nevrosi facile ad osservarsi l’isterismo. Rarissime le psicopatie”<sup>348</sup>.

Al di là delle note contenute in questo manuale compilativo di patologia coloniale, non sono numerose né particolarmente approfondite le pubblicazioni in tema di nevrosi e psicosi diffuse tra gli indigeni delle colonie italiane dell’Africa orientale nei primi decenni del Novecento. Dalla metà degli anni Trenta questa letteratura vedrà un incremento: oltre alle indagini miranti a sviluppare una psichiatria comparata (psichiatria etnica o “psichiatria di razza”<sup>349</sup>) attraverso le osservazioni cliniche, le interpretazioni del medico europeo, ma anche la ricerca delle spiegazioni “locali” – come negli articoli di Angelini o di Brambilla sulla “malattia del diavolo” – si sviluppa alla fine del decennio un filone più legato alla criminologia, rappresentato da alcuni scritti di Alfredo Lombardi, tra cui diverse perizie neuropsichiatriche effettuate su indigeni criminali.

### **La malattia del Latah in Africa Orientale**

Una patologia psichiatrica “esotica”, presente in numerosi manuali di medicina tropicale e coloniale già nei primi anni del secolo, è il “latah”. Si tratta di “una malattia nervosa esotica propria della razza malese, caratterizzata da un’eccessiva sensibilità ed emotività del sistema nervoso per cui ad ogni più piccolo eccitamento la persona reagisce irresistibilmente, smodatamente in modo diverso”<sup>350</sup>. Il noto alienista Leonardo Bianchi ha messo in relazione questa fenomenologia, osservata anche in Italia, con un “grande avvillimento della volontà e dei poteri che dirigono lo spirito, insieme ad un esaltamento delle facoltà imitatrici da cui viene l’impulso a ripetere ciò che i soggetti vedono, sentono o è a loro

---

<sup>347</sup> *Ibidem* e cfr. *ivi*, p. 150. Cfr. anche il paragrafo 1.5. di questo capitolo: “Malattie nervose e mentali nelle statistiche sugli ospedali eritrei e nelle *Note di patologia etiopica* del dottor Bevilacqua”.

<sup>348</sup> *Ivi*, p. 132.

<sup>349</sup> Cfr. Silvio Brambilla, *Problemi di psichiatria di razza*, «Rivista di biologia», 1941.

<sup>350</sup> Carlo Muzio, *Le malattie dei paesi caldi. Loro patologia e igiene*, Hoepli, Milano 1904, p. 169.

comandato”<sup>351</sup>. Secondo il tropicalista Aldo Castellani vi sarebbero due varietà di latak, ossia “l’impulsiva e la mimetica”<sup>352</sup>, manifestantisi con i medesimi sintomi di “ecolalia e ecocinesia”<sup>353</sup>. Tale malattia – secondo il direttore dell’Istituto di patologia tropicale dell’Università di Bologna Giuseppe Franchini – è infatti “un *ecomatismo* per il quale l’infermo è spinto a ripetere le parole od i gesti di altre persone. Esistono forme fruste e forme acutissime, violente, in cui l’infermo può essere spinto a commettere qualunque azione, anche delittuosa”<sup>354</sup>. Per quanto concerne la terapia, l’igienista Carlo Muzio propone “la stessa che si consiglia nella grande isteria cioè idroterapia, isolamento, ginnastica tonici, ricostituenti, nutrizione ed aria buona, morale quieto, nessun eccitamento”<sup>355</sup>.

Il dottor Romolo Ribolla pubblica un articolo relativo a questa patologia nel 1923 nelle pagine dell’«Archivio italiano di scienze mediche coloniali»<sup>356</sup>, anticipando il ben più corposo lavoro di Tommaso Sarnelli, “un giovine collega, uno dei più brillanti ingegni, dei più seri studiosi, dei più colti in scienza coloniali”, sulla diffusione del latak in Tripolitania<sup>357</sup>. Secondo Ribolla, “lo stato etiologico del momento morboso sarebbe una debolezza o sospensione o abolizione dei poteri superiori inibitori e la causa predisponente è dagli autori ritenuta insita nelle razze”<sup>358</sup>. Tutte le popolazioni indigene, presso le quali lo “stato etico sociale” viene fatto discendere dall’elemento razza, sarebbero per natura inclini ad atteggiamenti di eccitabilità, suggestionabilità, esaltazione religiosa e depressione morale<sup>359</sup>. Per

---

<sup>351</sup> Ivi, p. 170.

<sup>352</sup> Aldo Castellani, Igino Iacono, *Manuale di clinica tropicale*, Rosenberg e Sellier, Torino 1937, p. 556.

<sup>353</sup> Ivi, p. 557.

<sup>354</sup> Giuseppe Franchini, *Patologia tropicale*, La grafolito, Bologna 1929, p. 472.

<sup>355</sup> C. Muzio, *Le malattie dei paesi caldi*, cit. p. 170.

<sup>356</sup> Romolo Ribolla, *Contributo allo studio su alcuni fenomeni neuro-psichici nelle popolazioni tropicali*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1923, pp. 239-248. Il contributo verrà presentato al Congresso di sociologia di Roma del 1924. La rivista era stata fondata a Tripoli nel 1922 da Raffaele Onorato, direttore a quell’epoca dell’Ospedale coloniale “Vittorio Emanuele III” di Tripoli.

<sup>357</sup> A differenza della media dei “giovani medici che si recano nelle nostre Colonie [che] arrivano là completamente digiuni di studi medico-esotici, né arrivati si curano di portare il loro contributo a questa parte così importante e seducente della medicina”, ivi, p. 240. Sarnelli ha compilato una tesi presso l’Istituto di Patologia coloniale di Bologna, con la supervisione del prof. Franchini, sulla diffusione del latak in Libia (*Il latak nei Tropici ed in Libia*, 1925) presentata in maniera sintetica in: Tommaso Sarnelli, *La malattia del latak in Tripolitania*, «Giornale di medicina militare», 1924, 2, pp. 104-107.

<sup>358</sup> R. Ribolla, *Contributo allo studio*, p. 240.

<sup>359</sup> Cfr. ivi, p. 240.

quanto riguarda la patologia in oggetto, “il fulcro dell’etiologia è da ricercarsi nella mancanza di critica e di controllo che è comunissima negli esseri inferiori”, come da noi si osserva solo nei “bambini”<sup>360</sup>, mentre “la suggestione [...] alla base del processo mimetico” è favorita dal fatto che “uno stimolo suggestivo intenso agisce fortemente sui sistemi nervosi minori”, come da noi è dato osservare nelle donne<sup>361</sup>. Anche nei frenastenici “il mimetismo è comunissimo” così come “scendendo un gradino al disotto dell’Homo sapiens nella scala zoologica, troviamo l’istinto mimetico proverbiale della scimmia”<sup>362</sup>. “La suggestione dunque, la fantasia innata e l’ignoranza che la stimola, non limitando il pensiero a forme concettuali scientifiche, sono gli elementi che dispongono i popoli primitivi”<sup>363</sup> a forme patologiche di questo genere. In realtà Ribolla è il primo che fa corrispondere alla “razza” – peraltro non definita, facendo egli riferimento in maniera generica alla “popolazione indigena” – delle caratteristiche che accomunerebbero bambini, donne, deboli di mente e scimmie, che favorirebbero il manifestarsi del latah. Il medico conclude che tale patologia “altro non è etiologicamente che un quadro morboso da incompletezza della personalità psichica con facile disgregabilità dissociativa e suggestiva ipnoide per cui, annullati i poteri di inibizione più elevati della personalità, rimane e anzi si sviluppa efflorescente, l’automatismo psichico”<sup>364</sup>.

Gli autori dei contributi successivi non pongono la stessa enfasi sulla razza e sul relativo livello di sviluppo cerebrale come elemento predisponente; mirano piuttosto a comunicare per primi, in una sorta di “caccia al latah”, ciascuno nel proprio ambito territoriale, l’esistenza di tale forma nervosa. È Giuseppe Infurna, allievo di Franchini a Bologna e medico dell’infermeria regionale di Assab, a verificare per quell’area l’esistenza del latah. Dopo il primo caso, osservato in maniera fortuita, il medico ha fatto riunire, con l’aiuto dell’infermiere indigeno, “cinque individui (due donne e tre uomini) presentanti la classica sintomatologia del

---

<sup>360</sup> Ivi, p. 246.

<sup>361</sup> Cfr. *ibidem*.

<sup>362</sup> Ivi, p. 247.

<sup>363</sup> Ivi, p. 242.

<sup>364</sup> Ivi, p. 248.

latah”<sup>365</sup>. In tutti i casi si trattava di “nativi dello Jemen venuti ad Assab in cerca di lavoro” appartenenti “ad una casta assai bassa, quella comunemente detta dei facchini, che è assai mal vista da tutti gli altri indigeni che la considerano come una razza inferiore”<sup>366</sup>. Il latah infatti, spiega Infurna, oltre ad essere tipico delle regioni tropicali, è una patologia che alligna tra le “popolazioni inferiori, depauperate fisicamente, e ne altera pertanto facilmente lo stato di estrema suggestionabilità caratteristica della loro psiche”<sup>367</sup>.

L’ultima segnalazione riguarda la Somalia: il merito è di Giuseppe Penso, docente di Parassitologia medica all’università di Roma e medico per alcuni mesi del 1930 nell’Oltre Giuba, dove ha potuto riscontrare una forma di mimetismo gestuale in un bambino (immortalato anche in una fotografia acclusa al testo). Secondo Penso questa “manifestazione isterica da suggestione”<sup>368</sup> consiste in una “vera nevrosi psicogena e funzionale che per manifestarsi ha bisogno dell’intervento di una causa o fattore eccezionale qualunque [...], che agisca a guisa di trauma” in seguito a cui “il regolare funzionamento del regime psichico abituale”<sup>369</sup> viene meno e il soggetto “subisce in pieno il fascino psichico e volitivo dell’individuo che gli causò l’ostacolo” che diviene “dominatore della sua personalità e ispiratore della sua vita di relazione”<sup>370</sup>.

Questa argomentazione è particolarmente eloquente e possiamo riferirla a tutti i soggetti deboli o subalterni evocati in precedenza, che più di altri sarebbero preda di questa forma mimetica o, si potrebbe dire, *soggetto* di una mimesi, più o meno consapevole, dei gesti e del portamento del dominante. Questa dialettica subalterno-dominante mediata dalla mimesi conduce facilmente alla dinamica della relazione coloniale, sebbene nelle note dei medici nominati questa riflessione non trovi spazio, mentre la troveremo nel discorso sulla possessione. La mimesi può essere compresa come una “strategia di comprensione del reale, strategia generata e

---

<sup>365</sup> Giuseppe Infurna, *Un piccolo focolaio di latah in Eritrea*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1928, pp. 560-562 (560).

<sup>366</sup> Ivi, p. 561.

<sup>367</sup> *Ibidem*.

<sup>368</sup> Giuseppe Penso, *Il «Latah» nella Somalia italiana*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali», 1934, pp. 364-366 (366).

<sup>369</sup> Ivi, p. 365.

<sup>370</sup> Ivi, p. 366.

necessitata proprio dal confronto con una realtà minacciosa, ‘tremenda’, di cui poco o nulla è conosciuto, di cui non sono condivisi i presupposti culturali”<sup>371</sup>. Così può essere per il bambino nei confronti dell’adulto, per l’immigrato yemenita subalterno nei confronti delle classi più abbienti e comunque autoctone, per il colonizzato nei confronti del colonizzatore e quindi della realtà più vasta e inglobante del colonialismo che con prepotenza, penetrando dall’esterno, sradica un ordine precedente, disgregando comunità e personalità, che per questo attivano strategie di contrapposizione, attraverso la mimesi o il recupero della propria storia riproducendo una “memoria condivisa”<sup>372</sup>.

### **La scoperta della “malattia del diavolo” tra gli ascari**

Le osservazioni da parte dei medici italiani si fanno più intense con la guerra per la conquista dell’Etiopia. Negli ospedali da campo allestiti nelle regioni coinvolte nelle battaglie tra 1935 e 1936, alcuni medici riscontrano tra i soldati, oltre alle nevrosi occasionate dalla guerra, anche forme peculiari difficilmente intelleggibili per lo “sguardo medico” occidentale. Come suggerisce l’antropologa Janice Boddy, se si guarda la la possessione “da una sola angolazione, che sia quella sociale, psicologica, medica, estetica essa risulta piatta, incomprensibile”<sup>373</sup>. Servendosi del solo strumentario della psichiatria, si rischia di appiattire il fenomeno della possessione sulla malattia mentale: “considerando il carattere dei sintomi iniziali, la loro resistenza alla biomedicina e i suoi aspetti in apparenza autopunitivi, è forte la tentazione di pensare alla possessione in termini di un idioma per quei sintomi disforici che la nostra cultura etichetterebbe come nevrotici. Ma questa non sarebbe una conclusione appropriata”<sup>374</sup> poiché le categorie di nevrotico e posseduto non sono sovrapponibili.

---

<sup>371</sup> Roberto Beneduce, *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006 (prima ed. 2002), p. 237.

<sup>372</sup> Cfr. *ivi*, p. 196.

<sup>373</sup> Janice Boddy, *Wombs and alien spirits. Women, men and the Zâr cult in Northern Sudan*, The University of Wisconsin Press, Madison 1989, p. 165.

<sup>374</sup> *Ivi*, p. 147. “La possessione è una realtà sociale olistica. Penetra tutti gli aspetti e i livelli della vita umana e resiste alla riduzione analitica a una sola dimensione, che sia psicologica, estetica, religiosa,

Già dal titolo dell'articolo presentato da Giovanni Angelini sul «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali e di igiene coloniale» si vede all'opera questa sovrapposizione: il medico, che ha diretto un ospedale da campo per indigeni nella regione dello Scioa nord-orientale, riferisce di *talune manifestazioni nevrosiche così dette "demoniache" in indigeni dell'A.O.I.*<sup>375</sup>. Consapevole che le sue non sono che brevi annotazioni, accenni a storie cliniche di cui si è fatta "per lo più una valutazione troppo facile e grossolana"<sup>376</sup>, Angelini dà conto delle osservazioni che ha compiuto "nel corso di un'annata in un ospedale per ascari eritrei", apportando il proprio contributo al "tema delle manifestazioni nevrosiche molto frequenti e certo anche molto varie e complesse che si possono riscontrare in indigeni della nostra colonia Eritrea"<sup>377</sup>, tema che – avverte l'autore – richiede ed attende "uno studio più approfondito da parte sopra tutto di ricercatori dotati di competenza specialistica"<sup>378</sup>.

Prima di riferire sulle "manifestazioni varie [...] che il medico riesce a ricondurre per lo più facilmente al vasto capitolo dell'isteria"<sup>379</sup>, Angelini riporta le sue osservazioni sulla cosiddetta "psicologia normale" delle popolazioni eritree, dalla quale trasparirebbero le caratteristiche fondamentali della razza, le stesse che si mostrano a un grado parossistico nelle manifestazioni patologiche. Presso le popolazioni indigene, la frequenza delle manifestazioni di nevrosi isterica è

---

sociale o medica. Gli studi che si focalizzano su una sola di queste componenti con la virtuale esclusione delle altre non possono che derogare alla complessità in cui questi fattori si articolano. I lavori di questo tipo possono forse essere letti in modo più confortevole dai membri delle culture occidentali, ma in realtà distorcono e impoveriscono ciò che tentano di spiegare", ivi, p. 136.

<sup>375</sup> Giovanni Angelini, *Su talune manifestazioni nevrosiche così dette demoniache in indigeni dell'AOI*, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali e di igiene coloniale», 8, 1938, pp. 121-136. Giovanni Angelini (1905-1990), laureato all'Istituto di Patologia speciale medica e Metodologia clinica dell'Università di Padova e assistente di Clinica delle Malattie tropicali, prolifico di pubblicazioni in branche diverse della medicina, si trova nel 1938 a dirigere l'Ospedale da campo n. 93.2 "Brigata indigeni d'Eritrea" nello Scioa nord-orientale.

<sup>376</sup> Ivi, p. 135.

<sup>377</sup> Ivi, p. 121. Sulla frequenza o rarità delle malattie mentali tra la popolazione indigena si sono notati fin qui pareri discordanti, in base all'osservatore, al momento dell'osservazione, al campione di casi osservati.

<sup>378</sup> Ivi, p. 135.

<sup>379</sup> Ivi, p. 121.

condizionata in special modo dalla grande diffusione che i caratteri psichici di disposizione latente assumono per ragioni inerenti alla razza, vale a dire al livello complessivo di civiltà, con tutte le deficienze critiche ed esuberanze istintive che le son proprie, con le credenze nei fenomeni misteriosi di dominio assoluto [...]. Queste note psichiche, in fondo, come caratteristiche generali di razza e appannaggio di un determinato grado di civiltà, non possono fare a meno di trasparire, in misura per quanto esigua e larvata, anche in manifestazioni per nulla patologiche<sup>380</sup>.

Così Angelini coglie “spunti di puerilismo mentale” nell’interazione con gli indigeni, nota che sentimenti che in genere si riverberano nell’intimità dell’individuo, assumono dimensioni “collettive, esterioristiche, quasi stereotipate, convenzionali o rituali”<sup>381</sup>. Ad esempio “nella vita di guerra le possibilità di lasciarsi trasportare ad un’impareggiabile esaltazione aggressiva in massa o viceversa di abbandonarsi a fenomeni di depressione collettiva sono state sempre tenute presenti dai comandanti, abilmente sfruttate o moderate e represses”. I fenomeni generalizzati di “rassegnazione stoica” o di “indifferenza assoluta verso il pericolo e la morte” osservati in guerra, non possono non essere radicati “nel dominio suggestivo [...] dell’idea fatalista” diffusa a tutti i livelli della popolazione. Le manifestazioni di “reciproca imitazione ed esaltazione” o di “suggestione collettiva” che operano nel corso delle “feste di carattere guerresco primitivo o religioso o più genericamente commemorativo” dette ‘fantasie’, hanno un esito “di perturbamento psichico e di automatismo motorio”<sup>382</sup> che esula da qualsiasi comune espressione festosa o gioiosa, e pone in primo piano movenze stereotipate, espressioni atone, atteggiamenti istintivi e un abbandono generale dei soggetti coinvolti.

Vi sarebbe dunque una disposizione latente, ossia all’opera anche nella quotidianità e nei soggetti considerati “normali”, “legata alla povertà del patrimonio culturale e critico”, che spiega le manifestazioni isteriche del singolo individuo, ma anche quelle collettive, che cioè colgono, nella forma del “contagio psichico”<sup>383</sup>, un

---

<sup>380</sup> Ivi, p. 122.

<sup>381</sup> *Ibidem*.

<sup>382</sup> *Ibidem*.

<sup>383</sup> Ivi, p. 123.

gruppo di individui accomunati dalla medesima disposizione pronta a slatentizzarsi, dalla stessa povertà critica e creativa. Prima di concludere l'articolo su un punto più noto e familiare, ossia le nevrosi di guerra occorse durante le operazioni belliche, l'autore riporta alcuni casi clinici atti a descrivere le forme di nevrosi e psicosi che ha osservato, così come esse vengono percepite e "classificate" tra la popolazione indigena. Per ricostruire tali distinzioni fa appello agli indigeni stessi che raccontano in maniera molto concreta le concezioni e le terapie, o a "nozioni etnografiche o di medicina popolare"<sup>384</sup>.

La prima patologia descritta è il "cherbé" (così in tigrino, "cherbit" o "zarr" in amarico), la "forma morbosa principale a carattere così detto demoniaco che colpisce il sesso maschile" e che è quindi la più visibile tra le truppe indigene. Tuttavia, "nei battaglioni indigeni che prima della guerra di conquista etiopica erano dislocati in Libia ed in Somalia, simili manifestazioni non si verificavano od erano eccezionali, probabilmente anche per la rigorosa selezione a cui questo arruolamento volontario era sottoposto"<sup>385</sup>, mentre "comparvero con maggior frequenza nel corso della guerra italo-etiopica nei battaglioni di indigeni dell'Eritrea, sopra tutto durante i primi mesi delle operazioni nel settore nord, allorché la grande massa degli arruolati non era stata sottoposta ancora ad un'accurata revisione". I soggetti colpiti da cherbé non sono più in grado di operare nei reparti: alcuni dopo vari trasferimenti devono essere eliminati dal servizio; altri vengono recuperati dopo alcuni mesi. Come per tutte le cosiddette "fughe nella malattia" che si verificano durante una guerra, sono presenti nel testo di Angelini i temi del reclutamento, della selezione, della revisione, del ritorno immediato o procrastinato in servizio, dell'esonero, della riforma, così come quelli della simulazione, della suggestione, del pitiatismo. Tale manifestazione patologica non presenta i caratteri della simulazione, pur frequente in guerra, e mirante all'allontanamento dal corpo militare; infatti può colpire un ascaro devoto, valoroso, o addirittura un militare ferito o già ammalato; chi ne è preda non è intimidito dalle punizioni, anzi "i compagni disapprovavano l'adozione di misure punitive corporali per tali soggetti in preda ai loro accessi

---

<sup>384</sup> Ivi, p. 121.

<sup>385</sup> Ivi, p. 124.

clamorosi, perché li giudicavano come veri ammalati”, quindi non come simulatori, “per quanto colpiti da una forma riprovevole e vergognosa”<sup>386</sup>.

In base alle informazioni raccolte tra gli indigeni – dai “graduati indigeni più intelligenti” o dagli infermieri nativi – il cherbé colpisce più i cristiani che i musulmani; insorge “per lo più dopo la fanciullezza (12-14 anni), persiste quando il soggetto si sposa ed ha figli e solo con l’avanzare dell’età si spegne”; attraversa diverse fasi: in una prima fase, anche pluriennale, il soggetto tende a deperire, alimentandosi poco e giacendo a letto inerte; poi appaiono gli accessi clamorosi, magari occasionati da feste (fantasie) o momenti d’ira, che “si svolgono per lo più secondo uno schema abbastanza stereotipato”<sup>387</sup>. La malattia sarebbe contagiosa: “se uno è colto da paura e si lascia influenzare da tali spettacoli, tosto la malattia (propriamente “il diavolo”) trapass[a] in lui; ed in pericolo sarebbero sopra tutto le persone che vengono a trovarsi di fronte al soggetto in preda all’accesso, davanti alle quali egli infine viene a cadere”.

Le terapie in uso si collocano nel vasto bacino della “stregoneria”: gli indemoniati non fanno ricorso alle “ordinarie pratiche del culto”, né tanto meno “all’opera dei medici civili”, ma “vengono chiamati da lontani paesi, per compensi non piccoli” dei “ras hagos”<sup>388</sup>. Questi individui hanno “la prerogativa di esercitare una influenza decisa su tali manifestazioni, sia nel farle esplodere sia nel farle cessare”, attraverso esorcismi o medicine, amuleti e sacrifici. Cure a base di “acqua santa” in genere arrecano giovamento. Comunemente, si sacrifica “una pecora di colore unico, rossiccio”, l’ammalato (*hémam cherbé*) ne mangia la carne, ne beve il

---

<sup>386</sup> *Ibidem*.

<sup>387</sup> “Durante l’accesso il soggetto emette alte grida squillanti e gutturali ed ululati animaleschi e si contorce, rimanendo per lo più in piedi, con le mani sui fianchi o con le braccia levate in alto, roteando il capo e il tronco più o meno velocemente; a volte si fustiga con uno scudiscio. L’accesso di varia durata, finisce per lo più con una violenta caduta a terra. Può ripetersi più volte di seguito o può la fase di contorsioni o di sole grida essere molto prolungata (una notte intera)”, *ibidem*. Anche Henri Aubin, della scuola di Algeri, descrive questi movimenti in *Danse mystique, possession, psychopathologie*, «L’Evolution Psychiatrique», IV, 1948, pp. 191-215. “Notevoli [sono] i movimenti del tronco e del collo che hanno come conseguenza una mobilità sfrenata della testa, sottoposta a un giramento continuo davvero vertiginoso e a vacillamenti ripetuti in ogni direzione. In definitiva, si tratta di un’eccitazione violenta del labirinto che produce appunto questa dissoluzione dei movimenti; sappiamo altresì che genera contemporaneamente, a livello fisico, uno stato di ubriachezza speciale”.

<sup>388</sup> Giovanni Angelini, *Su talune manifestazioni*, cit., p. 124.

sangue e con lo stesso pratica abluzioni. In un caso di “indemoniato” osservato da Angelini, ricoverato in una tenda d’isolamento, “un parente trova il modo di avvicinarlo e di portargli un braciere fumante d’incenso, affinché queste fumigazioni lo guariscano dal delirio”<sup>389</sup>.

Durante gli esorcismi si ricorre a una fraseologia speciale in un gergo peculiare a tali pratiche, non corrispondente ad alcuna lingua o dialetto. Janice Boddy parla dello “zarr come anti-linguaggio”, ovvero “un riflesso distorto della lingua caratteristica della società da cui deriva”<sup>390</sup>, ove “linguaggio” include oltre alla lingua in sé, anche l’universo simbolico che questa esprime e “anti” fa riferimento a un’opposizione più vasta, alla generazione e al mantenimento della “realtà alternativa” di un’“anti-società”. In quanto anti-linguaggio “riflette ciò che essenzialmente è una contro-realtà, dove i valori sociali salienti e gli orientamenti culturali sono rigiocati, riformulati, assumono un peso diverso rispetto alla vita quotidiana, si aprono a nuove interpretazioni”.

Angelini presenta sette storie cliniche di pazienti affetti da questa forma morbosa. Sono tutti ascari di religione copta tra i 17 e i trent’anni. Per ciascuno sono riportati l’anamnesi e l’esame obiettivo della funzionalità della motilità, della sensibilità e dei riflessi, ma non il decorso della malattia durante la degenza nell’ambulatorio militare né le terapie messe in atto dal medico occidentale per far fronte a tali manifestazioni difficili da spiegare, interpretare, curare.

L’ascaro Uoldegherghis D.,

arruolatosi nel settembre 1934 volontario nel terzo battaglione indigeno, nel novembre 1934, in seguito al rinnovarsi degli accessi, fu inviato all’Ospedale di Cheren, dove gli vennero praticate cure per iniezione senza beneficio. Dimesso congedato nel febbraio 1935, fu riarruolato [...] nel giugno 1935. Al XVI battaglione non ebbe manifestazioni clamorose, ma solo episodi frequenti di stanchezza e malessere generale, per cui ripetutamente fu lasciato a riposo. Recentemente ebbe un attacco clamoroso e perciò fu inviato nelle retrovie (Base 1a divisione indigena).

---

<sup>389</sup> Ivi, p. 126.

<sup>390</sup> Janice Boddy, *Womb and alien spirits*, cit., p. 157.

Ieri [febbraio 1936], lungo accesso con grida gutturali, contorsioni, autofustigazione, infine caduta a terra;

quindi ricoverato nell'ambulatorio di Hausien (Tigrai); durante l'interrogatorio diverse manifestazioni del genere hanno nuovamente luogo: "il paziente, dopo qualche istante di tremore generalizzato emette un urlo, si alza dal lettino, malgrado le esortazioni e le minacce, esegue per breve tempo le solite contorsioni e poi stramazza al suolo"<sup>391</sup>.

Uoldenchiel S. è un giovane "che al paese ebbe occasione di vedere in compagni accessi demoniaci per cui la forma morbosa sarebbe in lui «trapassata»". In un primo tempo "a casa, stette per un anno a giacere nel letto «perché i nervi gli si erano ritirati»; poi venne arruolato e al Battaglione ebbe manifestazioni clamorose per le quali fu inviato in Ospedale e di nuovo rinvio al Corpo; [...] non prestò mai finora regolare servizio. [...] Anche le solite cure a base di «acqua santa» hanno arrecato scarso giovamento"<sup>392</sup>. Un altro ascaro, visitato all'Ospedale di Sciafat-Macallé, durante i combattimenti nel Tembien "fu molto impressionato dall'odore dei cadaveri; ebbe un episodio con caduta a terra. Quindi si sentì incapace di continuare". Tra i colpiti dal cherbé c'è anche un ascaro del Genio telegrafisti, un "soggetto intelligente, che parla abbastanza la lingua italiana" ed "espone con chiarezza, senza reticenze i propri disturbi" e la natura della malattia che "ritiene una vergogna quando sta bene, ma quando sopraggiunge l'accesso non sa perché venga"<sup>393</sup>. La sua malattia si manifestò quando "ebbe occasione d'imbattersi in una cinquantina di demoniaci che inscenavano le loro clamorose dimostrazioni", da allora si susseguirono accessi clamorosi e periodi di astenia. Le indicazioni terapeutiche prescrittegli da un "ras hagos" sono le seguenti: bruciare certe radici nel fuoco ed assumere acqua santa. Anche durante l'esame obiettivo e l'interrogatorio medico si alternano momenti di lucidità e fasi di accessi, con capo e tronco roteante, emissione di urla, tremiti ed infine stramazamento al suolo.

---

<sup>391</sup> Giovanni Angelini, *Su talune manifestazioni*, cit., p. 127.

<sup>392</sup> *Ibidem*.

<sup>393</sup> *Ivi*, p. 128.

La seconda malattia di cui Angelini si occupa è detta in tigrino “aulià” (o “quollé” in amarico). Non è molto dissimile dalla prima nelle forme e nelle manifestazioni, ma colpisce per lo più le donne; è una “ciangher” – il corrispondente femminile del “ras hagos” – a interagire con il demone e a prescrivere “le medesime pratiche curative: radici, fumigazioni, sangue di pecora rossa” o rimedi peculiari a questa forma: “portare ricche vesti e ornamenti, farsi crescere i capelli e portarli avvolti in treccioline come le donne, dal che trasparirebbe il carattere femminile della forma stessa”<sup>394</sup>. Angelini non osserva l’“aulià” in una donna, bensì sempre in un ascaro – “soggetto con fisionomia di bellezza femminile, con aspetto tranquillo, mesto, dolcemente rassegnato” – ricoverato nel marzo 1936 all’ambulatorio di Sciafat-Macallé. Questi, che vanta una storia di aulià tra le donne della famiglia, l’avrebbe contratta dalla moglie, anche se “non sa dare nessuna spiegazione del fatto che una malattia così propria di donne sia passata in lui”<sup>395</sup>; si è rivolto a una “ciangher capace di comandare a 44 demoni”<sup>396</sup> e grazie ai suoi consigli è migliorato, anche se “accessi non clamorosi, solo con caduta a terra” si sono ripresentati durante le marcie e si trova per questo ricoverato.

Un’altra malattia su cui Angelini riferisce è la “malattia degli scek o dei tabib”, che colpisce invece i musulmani. Sarebbero “certi santoni musulmani (scek o tabib) a provocar[la] coi loro sortilegi”<sup>397</sup> ed essi soli sarebbero in grado di guarirla. Si tratta di “una specie di medicastri o di stregoni, che in Eritrea provengono prevalentemente dalle regioni di Axum e del Goggiam, fabbricano ornamenti, conoscono le proprietà di particolari radici e se ne valgono per esercitare la loro influenza nefasta o benefica”. Tale malattia non si manifesta in forme clamorose

---

<sup>394</sup> Ivi, p. 130.

<sup>395</sup> Ivi, p. 131.

<sup>396</sup> *Ibidem*. Citando Fuller Torrey (*The Zar Cult in Ethiopia*, «International Journal of Social Psychiatry», 13, 1967, pp. 216-223), Beneduce fa riferimento a 44 varietà di spiriti zar, R. Beneduce, *Trance e possessione*, cit., p. 194.

<sup>397</sup> “Il tabib prende una radice, la fa girare tre volte intorno al capo del soggetto, gli batte con quella tre volte sulla fronte, la fa annusare al soggetto che si sottopone a tali pratiche: una radice che abbia forma simile a quella d’una jena conferisce al soggetto l’ululato di questo animale, al sua avidità di mangiare carne d’asino o di cavallo, ecc. Altre volte il tabib scrive il nome del soggetto su di un libriccino di pergamena e lo seppellisce sotto un mucchio di sassi: il soggetto diviene così preda della malattia impostagli, ma se riesce a trovare il sito dove la pergamena è nascosta proclama: «eccomi, sono io», dissepellisce il libriccino e guarisce”, G. Angelini, *Su talune manifestazioni*, cit., p. 132.

accessuali, “ma solo fenomeni generali di decadimento e di disturbi prevalentemente addominali”<sup>398</sup>.

Illustra alcuni casi di ascari colpiti e ricoverati presso l’ospedale di Sciafat-Macallé (Tigrai) e di Debra-Brehan (Scioa). Due, dopo una breve permanenza in osservazione, vengono “sgomberati nelle retrovie”, ossia rimandati a prestar servizio, sebbene non in grado di svolgerlo in maniera continuativa. Per un terzo ascario – che “per merito di guerra ha ottenuto il grado di «muntaz» e come elemento scelto è stato incorporato tra gli «zaptié» (carabinieri)”, un giovane “lucido e brillante [...] intelligente, correttissimo nelle risposte”<sup>399</sup> – già sottoposto in passato a diverse terapie, con esiti favorevoli seppur con sollievo di breve durata, il medico “concede l’applicazione” di una radice. È infatti “un graduato infermiere” che “chiede di poter adoperare una medicina speciale per questa malattia, cioè una radice che egli porta in un piccolo rivestimento di cuoio quadrangolare appeso al collo”. Grazie a questa pratica – si avverte un certo stupore nelle parole di Angelini – “poco dopo la guarigione è avvenuta”<sup>400</sup>. È come se la biomedicina e la psichiatria dovessero rinunciare a curare queste *manifestazioni demoniache*, riconoscere la non compatibilità delle terapie importate e applicate con sicurezza ma senza risultati, e quindi la non sovrapposibilità delle nevrosi con queste declinazioni della “malattia del diavolo”, dichiarare la propria fallibilità o meglio ancora la propria incapacità di risposta, sospendere il giudizio e limitarsi a osservare.

Vi è infine “un’affezione nevrosica [...] molto diffusa fra le popolazioni di lingua amhara [...] nello Scioa e nell’Uollo” detta “Moachèl”<sup>401</sup>. Si tratta di una forma ereditaria che colpisce più gli uomini delle donne e di cui si sono visti dei casi “fra le reclute di recente arruolamento nello Scioa”. Si presenta in concomitanza con altre malattie e non comporta “manifestazioni violente e clamorose”; si cura con sacrifici<sup>402</sup>, con “le solite radici ed i soliti versetti che si portano negli astucci di

---

<sup>398</sup> *Ibidem*.

<sup>399</sup> *Ivi*, p. 134.

<sup>400</sup> *Ibidem*.

<sup>401</sup> *Ivi*, p. 135.

<sup>402</sup> Si sacrifica “una gallina dalle penne d’un solo colore” e se beve il sangue.

cuoio di varia forma appesi al collo o al braccio”, fotografati da Angelini e riproposti nelle pagine dell’articolo.

L’autore conclude la sua rassegna citando i casi di due indigeni colpiti da “manifestazioni del tutto sovrapponibili a quelle classificate presso di noi come «nevrosi di guerra»”. In ascari reduci dal campo di battaglia ricoverati presso l’ospedale da campo da lui gestito, ha infatti osservato un “invincibile tremore generalizzato, in un caso associato ad afonia”<sup>403</sup>. La categoria di nevrosi di guerra, di cui tanto si è dibattuto durante e dopo il primo conflitto mondiale, può però inglobare, in un ospedale per militari, una buona parte delle manifestazioni per cui i soldati vengono allontanati dai reparti attivi; può cioè diventare un contenitore, in un contesto culturale alieno, per forme non altrimenti comprensibili: in alcune occasioni anche le *manifestazioni demoniache* descritte sopra “potevano essere considerate sotto l’aspetto delle così dette «nevrosi di guerra»”: ad esempio “al tempo delle sanguinose battaglie del Tembien”<sup>404</sup> è possibile che “influissero moventi psicologici, che tendevano all’esonero dal servizio militare od almeno ad ottenere un breve periodo di licenza”<sup>405</sup>. Lo sguardo del medico non va oltre i moventi per così dire superficiali della volontà di allontanamento dalla guerra, non indaga, né vi fa cenno, le radici più profonde di queste reazioni psichiche, fortemente legate alla cultura di appartenenza – che la psichiatria chiamerà *culture bound syndromes* – che sembrano attivarsi come reazione a una situazione stressante ed estraniante e al tempo stesso reclamano l’attivazione di specifiche modalità di ripristino, effettivamente *culture bound*.

---

<sup>403</sup> *Ibidem*.

<sup>404</sup> La prima battaglia del Tembien ebbe luogo il 20-21 gennaio 1936; la seconda il 26-27 marzo dello stesso anno. Cfr. Angelo Del Boca, *Gli italiani in Africa orientale*, Laterza, Roma-Bari 1984, vol. II: *La conquista dell’Impero*, pp. 519-582.

<sup>405</sup> G. Angelini, *Su talune manifestazioni nevrosiche*, p. 124.

## Nesso tra psicologia primitiva e manifestazioni psicotiche

Ci sono giunte le osservazioni di un altro medico, specialista di malattie nervose e mentali questa volta, in merito alle manifestazioni psicopatiche a carattere delirante diffuse tra gli indigeni dell’Africa Orientale Italiana, raccolte “durante parecchi mesi di permanenza fra e popolazioni indigene dell’Impero – in ispecie fra quelle dell’Eritrea e dell’Amara – e in un breve periodo di servizio prestato presso l’Ospedale indigeno del Sembel (Asmara)”<sup>406</sup>.

Il dottor Silvio Brambilla, assistente della Clinica delle malattie nervose e mentali di Milano diretta da Carlo Besta, tiene a precisare che l’analisi delle forme di nevrosi e psicosi dei popoli dell’impero non è fine a se stessa, né soltanto finalizzata all’approfondimento della psicologia razziale o comparata; essa si inserisce bensì nel quadro problematico delle schizofrenie e delle reazioni psicogene, per confermare “quelle affinità che esistono fra pensiero schizofrenico e arcaico-primitivo”<sup>407</sup>. Si tratta di uno studio da effettuarsi non solo con gli strumenti del medico, ma anche con le tecniche dell’etnografo:

Se pur grandi sono le difficoltà che l’ambiente, la lingua e soprattutto proprio il caratteristico atteggiamento chiuso dell’indigeno oppongono a tali ricerche, è tuttavia necessario indagare a fondo questo materiale, raccogliere più dati possibili su riti, credenze, miti e religioni avanti che una vernice europeizzante possa cancellare questi segni psicofilogeneticamente tanto importanti delle manifestazioni primitive dello spirito.

---

<sup>406</sup> Silvio Brambilla, *Contributo allo studio delle manifestazioni psicopatiche delle popolazioni dell’Impero*, «Rivista di patologia nervosa e mentale», 1939, 2, pp. 187-206 (187). Silvio Brambilla pubblica sulla «Rivista di Patologia nervosa e mentale» alcune note relative alle Tali osservazioni saranno riprese nel 1940 in occasione del “Congresso di medicina legale e delle assicurazioni e di antropologia criminale” e rielaborate, dando minore importanza ai casi osservati e più rilievo alle concettualizzazioni dottrinali, in un successivo contributo nelle pagine dell’«Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale» (Id., *Rilievi psicopatologici nelle popolazioni dell’Impero. Pensiero arcaico-primitivo e malattia mentale*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 224-234).

<sup>407</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 189.

Tale “materiale” deve essere sottoposto a una “disamina fenomenologica”, cioè a “un inquadramento razionale fra gli elementi funzionali della psiche”, volto a cogliere “parallelismi formali eventuali fra i processi logici e gli atteggiamenti affettivi del pensiero arcaico e del pensiero patologico”<sup>408</sup>.

Gli studi sulle manifestazioni psicopatologiche delle popolazioni tropicali finora svolti sono, a parere di Brambilla, generici, si limitano ad osservare e riportare casi senza cogliere nessi con la concezione della malattie mentale occidentale né formulare teorie; i “criteri strettamente scientifici fanno completamente difetto e le descrizioni delle malattie mentali delle razze diverse dalla nostra rivestono per lo più un carattere di *reportage*, dove, più che di una disanima sintomatologica e fenomenologica, si tratta di impressioni ricche di momenti affettivi e ambientali”<sup>409</sup>. Sarebbero necessari “ulteriori studi fatti con criteri più sistematici e soprattutto con indirizzo psicologico-razziale” per “delucidare gli eventuali rapporti formali ed etiologici di tutte quelle manifestazioni della psiche primitiva e stabilire quanto e che cosa di esse può essere fatto rientrare nel comune concetto nostro di malattia mentale”<sup>410</sup>.

Dopo aver citato il “latah”, psicopatologia caratterizzata da ecolalia ed imitazione dei gesti altrui, e alcuni autori che l’hanno studiata (ma non i *reportage* dei colleghi italiani)<sup>411</sup>, Brambilla passa all’oggetto centrale del suo contributo, ossia “il Cherbé o malattia dei diavoli”, “frequentemente osservabile per chi percorre le terre dell’Impero, tanto quelle dell’Eritrea quanto quelle recentemente conquistate”. In questa forma psicopatologica, “razza, personalità, ambiente regionale, religione, età e sesso rappresentano altrettanti fattori che rendono varie e multiformi le manifestazioni del Cherbé, specie quella che ne è più caratteristica, l’attacco”<sup>412</sup>.

I soggetti in cui Brambilla ha potuto osservare tali accessi erano originari del Tigrai o dell’Amara e di religione copta; il morbo si presenterebbe sia in uomini e donne, in prevalenza tra i dieci e i trent’anni; può “essere un fenomeno passeggero e

---

<sup>408</sup> *Ibidem*.

<sup>409</sup> Silvio Brambilla, *Problemi di psichiatria di razza*, «Rivista di biologia», 1941.

<sup>410</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 189.

<sup>411</sup> Cfr. il paragrafo su *La malattia del Latah in Africa orientale*.

<sup>412</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 190.

manifestarsi per un periodo di poche settimane, ma può anche durare svariati anni o ancora riaffiorare a lunghi intervalli di tempo durante tutta la vita”<sup>413</sup>. Inoltre, a gettare un ulteriore velo di mistero su questo morbo, gli ammalati stessi informano Brambilla che “in alcuni paesi ne sarebbe colpita la totalità della popolazione mentre in altri sarebbe per contro infrequente”. Tuttavia, poiché “nessun paese ne è completamente esente”<sup>414</sup>, l’“importanza sociale di tale manifestazione”<sup>415</sup> va tenuta in conto, anche in vista di un approfondimento scientifico e di eventuali provvedimenti verso individui che “perseguono pratiche e cure che li rendono spesso socialmente indesiderati o comunque inetti ad un lavoro proficuo”<sup>416</sup>. A seconda degli usi locali, alcuni di essi “vengono rinchiusi nei loro tukul e legati a ceppi, altri debbono lasciare la casa e la famiglia per recarsi in luoghi solitari, per lo più sotto vecchi alberi – e Brambilla testimonia un caso di questi con una fotografia – o nei recinti delle chiese e vivere di elemosina”<sup>417</sup>.

Nella sua pratica presso l’Ospedale indigeno del Sembel, il medico milanese si è visto costretto ad allontanare alcuni soggetti dal reparto, a causa dell’atteggiamento stuporoso o dei frequenti attacchi. A quanti sono invece compatibili con il “servizio di reparto”, Brambilla propone di simulare gli attacchi di cherbé, che viene quindi “provocato sperimentalmente”<sup>418</sup> e fotografato nelle sue diverse fasi. Come ricorda Roberto Beneduce la possessione è infatti una

---

<sup>413</sup> Ivi, p. 191.

<sup>414</sup> *Ibidem*.

<sup>415</sup> “L’importanza sociale di tale fenomeno è data dalla sua grande diffusione e dalla frequenza della sua comparsa. Si può dire che nessun villaggio ne sia esente. [...] Assai spesso anche al di fuori del periodo in cui presenta attacchi, il portatore di cherbé si sente invasato, ciò che lo rende socialmente indesiderato e lo obbliga a lunghe pratiche o cure che lo tolgono da un lavoro proficuo”, S. Brambilla, *Rilievi psicopatologici*, cit., p. 230.

<sup>416</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 191.

<sup>417</sup> *Ibidem*. L’etnopsichiatra Pietro Coppo scrive: “Nelle società rurali africane la grande tolleranza per la ‘follia’ si accompagna, quando ormai tutti i mezzi siano stati tentati senza successo e il ‘folle’ continui a rappresentare un pericolo per gli altri o per la proprietà, a dure pratiche di contenzione e reclusione. Nel passato, l’ultima misura era legare il ‘folle’ in una casa isolata, lasciandolo senz’acqua, fino alla morte”, Pietro Coppo, *Guaritori di follia. Storie dell’altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (prima edizione 1994), p. 63.

<sup>418</sup> In particolare ha provocato “artificiosamente un attacco collettivo in parecchi individui che, da alcun tempo liberi da manifestazioni accessuali, si trovavano ancora in osservazione al Sembel. Con l’aiuto di un gregario introdussi furtivamente nella sala dove essi si trovavano accolti un mazzo di piume di gallina e di lacci di gomma cui era stato appiccato fuoco”, S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 197.

tecnica, atto intenzionale attraverso il quale s'impara a perdere il controllo di sé, esperienza ripetuta di temporanea abdicazione della coscienza, la quale può essere messa fra parentesi proprio in virtù della disponibilità di copioni, personaggi, caratteri che orientano il comportamento e l'esperienza del posseduto in una direzione precisa, come in un alveo già definito<sup>419</sup>.

Le fasi che Brambilla individua sono infatti tre: la fase prodromale; la fase pantomimica; la fase crepuscolare, post parossistica. Attraverso l'odore di gomma o di penne bruciate, il soggetto avverte "la presenza del cherbé"; viene allora colto da tremore, che presto si trasforma in una serie di contrazioni violente; con l'emissione di un grido e di un fischio, l'accesso entra nella seconda fase "pantomimica, imponente, clamorosa, che reca con sé l'impronta del tipo di diavolo che è proprio e costante di ciascun individuo". Brambilla non è l'unico autore ad affermare che ciascun individuo è posseduto da uno zâr preciso, che in un certo senso gli corrisponde. Gli zâr sono molteplici, sono divisi in maschi e femmine, sono di rango sociale, origine etnica e livello di potere diversi; hanno poi "caratteri e aspetti differenti anche sotto il profilo fisico, morale e comportamentale, finendo spesso per ricalcare quelli dei loro ospiti"<sup>420</sup> o, per dirla con Michel Leiris, "in regola generale un malato è posseduto da uno zâr che corrisponde alla tendenza naturale del suo carattere [...] e la tipologia fisica del paziente entra altresì in gioco"<sup>421</sup>. Se gli accessi hanno le medesime caratteristiche nello stesso individuo, esse possono però differire abbondantemente tra pazienti diversi, così da fornire una fenomenologia davvero variegata all'osservatore<sup>422</sup>. Anche nei casi di accessi contemporanei in persone diverse, non rari data la "contagiosità" del morbo, non si osservano, negli individui coinvolti, gli stessi movimenti, gli stessi gesti, le stesse convulsioni. Gli spasmi della fase acuta si concludono bruscamente, con un grido, che annuncia la

---

<sup>419</sup> Roberto Beneduce, *Trance e possessione*, cit., p. 206.

<sup>420</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 195.

<sup>421</sup> Michel Leiris, *La possession et ses aspects théâtraux chez les Ethiopiens de Gondar*, 1952, p. 18.

<sup>422</sup> "Ogni individuo riproduceva il tipo di manifestazione che gli era comune: chi si genufletteva ripetutamente, chi in profonde contorsioni compiva più volte il giro della sala, chi camminava a ritroso col tronco rovesciato all'indietro, chi infine, prono a terra col viso nascosto fra le braccia, sembrava percorso da un brivido febbrile senza soste. Caratteristica in tutti era l'espressione rigida, amimica del viso, lo sguardo fisso appena percettibile attraverso le palpebre socchiuse", S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 195.

fase post-parossistica, di rilassamento della muscolatura e del “sonno ristoratore”. Quando un soggetto è *preda dello zâr*, o meglio è *zâr* (poiché *zâr* identifica anche “la persona che ha il demonio”, come mi è stato spiegato a Addis Abeba<sup>423</sup>), vengono praticati sacrifici e accesi grandi fuochi, “l’ammalato viene asperso di acqua benedetta, rivestito delle pelli degli animali appena uccisi, [...] toccato alla fronte o in altre parti del corpo con ferri roventi ed infine munito di amuleti vari”<sup>424</sup>.

Dopo un’accurata descrizione del fenomeno – resa possibile anche dalle simulazioni in ospedale – Brambilla riporta alcune storie cliniche, in cui risaltano i dati anamnestici e, per esplicito intendimento dell’autore, le interpretazioni indigene del fenomeno. A ciascuno degli otto pazienti, la maggior parte ascari, ma anche contadini, il medico chiede qual è la diffusione del *cherbé* presso la sua famiglia o nella sua regione; quando è comparsa la prima volta la malattia, con che frequenza e in quali stagioni maggiormente ricompare; quali sono o qual è il diavolo che lo assale; come il *cherbé* si rapporta al paziente e quali sono le cure, o le pratiche per allontanarlo o viceversa, perché esso ricompaia.

Per Magrià D., arruolato nel battaglione indigeno il primo gennaio 1937, “il *cherbé* non ha un aspetto definito, non una figura di uomo o di bestia [...]. È piuttosto una sensazione indefinita di malessere, di irrequietezza”<sup>425</sup>. Per Ghebremariam A., “il diavolo non è visibile. Quando arriva ha la sensazione di non poter più respirare e perde la conoscenza”. Poi “sono sensazioni di freddo, di caldo e di dolore a tutto il corpo”<sup>426</sup>. Per Tsfai M., il diavolo “non è una malattia, ma qualche cosa mandata da Dio e compare spesso quando si sposano donne di altri paesi”<sup>427</sup>. Per qualcuno il *cherbé* è “qualche cosa di rosso”, per un altro “un fluido

---

<sup>423</sup> *Zâr* è anche “un pensiero contro la religione o contro la bibbia”, come mi è stato detto in una conversazione – una sorta di intervista che pur non avendo uno schema predefinito, aveva obiettivi conoscitivi bene precisi – con alcune donne e un prete copto, Melake Sibhat Abadera Enley, a casa di una di queste donne. Mi ha aiutata nella comprensione e nella traduzione lo psicologo Gebreselassié Zenawi.

<sup>424</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 196.

<sup>425</sup> *Ivi*, p. 198

<sup>426</sup> *Ivi*, p. 200.

<sup>427</sup> *Ivi*, p. 201.

indefinito che può portare via l'animo"<sup>428</sup>, per un altro ancora "il cherbé assume una chiara figura di donna".

Tra le considerazioni generali che concludono l'articolo, Brambilla si sofferma sul "ruolo pratico e sociale" di tale patologia – "ad esempio in rapporto alla inabilità temporanea o permanente al servizio militare dei soggetti che ne sono colpiti" – e sulla non sovrapponibilità di queste manifestazioni morbose con le forme isteriche o istero-epiletiche osservabili negli ospedali italiani. Diversi elementi ricordano piuttosto, secondo Brambilla, il meccanismo delle nevrosi: oltre alla suggestionabilità, per cui l'accesso si può provocare artificialmente nel soggetto colpito, e al carattere epidemico che la patologia assume ad esempio in occasione delle celebrazioni religiose, il fatto che certe occasioni o concause tendano a scatenare gli eccessi, ossia "guerre, aggressioni, malattie epidemiche, contatti con manifestazioni di forze nuove, ad esempio la nostra occupazione territoriale"<sup>429</sup>. Anche se persiste l'accostamento della possessione alla patologia mentale – è uno psichiatra che scrive e all'epoca gli studi antropologici non si concentravano su queste forme, lasciate appunto alla psichiatria<sup>430</sup> – significativamente il medico coglie il "contatto con manifestazioni di forze nuove" come movente o contesto che produce il manifestarsi delle forme accessuali descritte. Gli agenti della possessione (ovvero lo *zâr*, ad un tempo lo spirito che possiede e il posseduto) possono essere visti come agenti di mediazione, di ri-significazione, di re-iscrizione identitaria, che offrono "ponti attraverso i quali può essere simbolizzato il rapporto con altre società e altri gruppi umani". Il "contatto con manifestazioni di forze nuove, ad esempio la nostra occupazione" di cui Brambilla, nella seconda metà degli anni Trenta, percepisce il senso in relazione alle possessioni che vede nei pazienti è quello che Beneduce chiama "contatto con un'alterità, con un Altro culturale che si afferma attraverso peculiari rapporti di forza, che sconvolge preesistenti gerarchie di potere, che spesso è dominio e volontà di colonizzare i corpi e la mente". Ed è proprio in queste circostanze che la possessione diventa "la metafora eccellente di un rapporto di dominio che pervade la costruzione del sé, che modella

---

<sup>428</sup> Ivi, p. 204.

<sup>429</sup> Ivi, p. 202.

<sup>430</sup> Il testo di Leiris, *La possession et ses aspects*, cit., è in tal senso un'eccezione.

l'autorappresentazione di un popolo (processo sempre definito a partire dall'interazione di *auto-* ed *etero-*percezione)".

“Originato da uno stato affettivo diffusamente teso”, l'attacco di cherbé ha “la fisionomia di una relazione difensiva istintiva con sovrapproduzione di movimenti apparentemente senza un fine”, che può essere letto come “un tentativo oscuro ma intenso di allontanare o fuggire una minaccia”<sup>431</sup>.

Ma tale tentativo è da mettere in relazione con la “psiche primitiva” che lo pone in essere: “per la sua mancanza di senso critico dei rapporti reali del mondo fenomenico” ossia “mancanza di rappresentazione ben delimitata delle cose e dell'io”, la psiche primitiva muoverebbe da “necessità affettive individuali che rispondono alla interpretazione squisitamente magica del mondo esteriore”<sup>432</sup>. Alla base di tale psicologia vi è “una condizione informe, senza contenuto, uno stato di coscienza indefinito, colorito soprattutto dall'ansia esistenziale primitiva, in cui la sensazione di incertezza e il bisogno di un sostegno proiettati all'esterno diventano il nucleo di una valutazione e di una interpretazione obiettivabile del mito e del delirio”<sup>433</sup>.

Tuttavia, riconosce Brambilla, per poter penetrare più acutamente la psicologia primitiva, quella che caratterizza la media e la norma del pensiero e dell'atteggiamento dell'indigeno dell'Africa orientale, e che informa quindi anche i momenti patologici – deliranti e allucinatori – che ha avuto modo di osservare negli invasati dal cherbé, “sarebbe necessaria la conoscenza più che perfetta della lingua del primitivo, che permetta di interrogarlo direttamente e a fondo senza l'intermedio di interpreti, i quali, naturalmente, per non essere abituati al pensiero astratto, danno versioni concrete, metaforiche, dei fenomeni psichici”<sup>434</sup>, riproducendo un linguaggio e una *forma mentis* difficilmente compatibili con quelli del medico europeo.

---

<sup>431</sup> S. Brambilla, *Contributo allo studio*, cit., p. 202.

<sup>432</sup> Ivi, p. 203

<sup>433</sup> Ivi, p. 205.

<sup>434</sup> Ivi, p. 203.

Nell'intervento che presenta nel numero monografico dell'Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale» del 1941<sup>435</sup>, Brambilla riprende la discussione sul cherbé, concentrandosi meno sui dettagli fenomenologici delle forme accessuali e portando invece l'attenzione del lettore su alcuni aspetti dell'interazione tra medico bianco e paziente indigeno e più in generale dell'incompatibilità tra psicologia del bianco e psicologia indigena.

Il contributo inizia e si conclude, come la maggior parte di quelli presentati in occasione del congresso napoletano del 1940 e che compaiono in questo numero della rivista, con un elogio dell'Impero, di cui è ora necessario conoscere, oltre ai dati geografici e alle possibilità economiche, intimamente “lo spirito di quel popolo” che lo abita. Accostarsi alla psicologia di queste popolazioni è utile per non correre il rischio di “imporre loro un regime di vita” a cui non sarebbero in grado di adattarsi “per mancanza di adeguati strumenti spirituali”, oppure finirebbero col farlo, ma a costo di “una grave riduzione della [loro] produttività”<sup>436</sup>. La finalità degli studi – delle osservazioni cliniche, dei difficili interrogatori, delle simulazioni e delle fotografie – è abbastanza chiara: essa va al di là della mera curiosità, o della semplice “descrizione dell'atteggiamento del primitivo di fronte alle esigenze della vita”, per collocarsi nei contorni di una disciplina, la “psichiatria di razza”<sup>437</sup>, la cui utilità si riviene nel momento in cui si ha a che fare con una popolazione soggetta, primitiva, involuta. Il suo obiettivo è in particolare quello di

stabilire sistematicamente, nel mondo dei fenomeni psichici, quei dati obbiettivi che, non disgiunti da quelli somatici, debbono servire a discriminare quello che è fenomeno razziale da quello che è fenomeno strutturale o processuale: a sfrondare, liberare da tutte le componenti costituzionali, storiche e ambientali il vero nucleo del processo psicopatologico. È lo studio delle cause determinanti la fisionomia del quadro morboso in funzione dell'ambiente, della storia e del grado di civiltà

---

<sup>435</sup> S. Brambilla, *Rilevi psicopatologici*, cit.

<sup>436</sup> Ivi, p. 224.

<sup>437</sup> Ivi, p. 225.

di quella razza, o meglio della popolazione della quale è la costituente prevalente<sup>438</sup>.

Per penetrare i meccanismi psichici tipici della “razza” alcuni problemi vanno affrontati e possibilmente rimossi: innanzitutto la lingua, per cui è “più che altro questione di tempo e di pazienza”; appresa la quale ci si attende di poter seriamente contribuire alla “psichiatria di razza”. La seconda difficoltà riguarda “la tendenza del primitivo a trincerarsi dietro una barriera di negativismo difensivo”<sup>439</sup>. La conoscenza della psicopatologia dei primitivi può apportare contributi anche alla psicopatologia generale, nella misura in cui ad esempio, come fa Brambilla, si rilevino analogie tra il pensiero arcaico primitivo e quello schizofrenico. Il compito che si pone la “psichiatria di razza” non è semplice poichè “non è facile precisare quanto è caratteristica etnica e quanto è invece veramente abnorme nelle manifestazioni dello spirito, e ciò tanto maggiormente se allontanandosi dalla propria si va verso le razze inferiori”. Potrebbe darsi addirittura il caso che “a noi popoli di cultura occidentale rimarrà sempre preclusa la comprensione degli stati interiori dello psichismo delle razze inferiori: quasi nello stesso modo che ci è impossibile di comprendere o immedesimarsi nel pensiero schizofrenico”<sup>440</sup>.

### **Un ritorno d’interesse per la criminologia etnica**

Questo genere di approfondimenti psicologici e psichiatrici si inserisce in un quadro di propaganda razzista a cui tutte le scienze davano il loro contributo; del concetto di “razza” si appropriano medici, antropologi, zoologi e demografi – per nominare le specificità rappresentate dai firmatari del Manifesto della Razza<sup>441</sup> – intellettuali organici al regime uniti nello sforzo di affermazione della superiorità

---

<sup>438</sup> S. Brambilla, *Problemi di psichiatria di razza*, cit.

<sup>439</sup> Id., *Rilievi psicopatologici*, cit. p. 225.

<sup>440</sup> Id., *Problemi di psichiatria di razza*, cit.

<sup>441</sup> Che Cesare Musatti definirà “canaglie che si facevano passare per scienziati e intellettuali”, C. Musatti, *Mia sorella gemella la psicoanalisi*, Editori Riuniti, Roma 1982.

biologica, spirituale, culturale dell' europeo, dell'italiano, del fascista<sup>442</sup>. Nel primo numero de «La difesa della razza»<sup>443</sup> l'aspetto della superiorità del popolo italiano, che affonda le sue radici nei caratteri culturali della “romanità” è illustrato proprio da uno psichiatra, Arturo Donaggio. Anche nei congressi della Società italiana di Psichiatria, il direttore della Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Bologna, nonché presidente della Società stessa e firmatario del Manifesto della Razza, aveva espresso la “sua confusa teoria razzista della romanità”<sup>444</sup> con retorica decisamente fascista:

il fatto psicologico della romanità è emerso con decisa, autoctona costruzione, che ha sopraffatto e mendelianamente espulso infiltrazioni di elementi accessori, affermando la propria struttura, riconoscibile e inconfutabile [...]. Chi potrà disconoscere codesta fatalità psicologica, che nell'azione, nella prosa, nell'eloquio “tutte cose” del Duce raccoglie precisa espressione; codesta fatalità psicologica che è un fatalità biologica; chi potrà disconoscere il destino di Roma?<sup>445</sup>

Nelle pagine della «Difesa della Razza» gli antropologi Guido Landra e soprattutto Lidio Cipriani offrono dei sudditi etiopici o dei “negri” in generale ritratti che non lasciano dubbi sulla presunzione di superiorità da parte di chi li compila:

Comparato con le razze d'Europa, il negro appare meno inclinato ad un lavoro pesante e continuo, egli è in un certo senso più influenzabile dell'europeo dalle immediate impressioni dei sensi e [...] appare vacillante continuamente tra l'indifferenza e la depressione senza speranza<sup>446</sup>.

---

<sup>442</sup> Il razzismo italiano era in realtà percorso da “tensioni e contrapposizioni interne alle differenti correnti ideologiche e politico-istituzionali”, Francesco Cassata, *La Difesa della razza. Politica, ideologia e immagine del razzismo fascista*, Einaudi, Torino 2008, p. 59.

<sup>443</sup> Arturo Donaggio, *Caratteri della romanità*, «La difesa della razza», I, 1, 1938, pp. 22-23.

<sup>444</sup> Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro*, cit., p. 150.

<sup>445</sup> A. Donaggio, *Orazione inaugurale in Atti del XXI congresso della società italiana di psichiatria, Napoli 22-25 aprile 1937*, Poligrafia reggiana, Reggio Emilia 1938.

<sup>446</sup> Guido Landra, *Razza e Lavoro*, «La difesa della razza», II, 12, 1939, pp. 44-45.

Per quanto intelligenti più di ogni altro Africano a pelle nera, le possibilità psichiche della grande massa dei nostri sudditi dell’Africa non sono né saranno mai elevate o tali da dare originalità di pensiero; così, una volta resi fiduciosi del nostro potere e ben trattati, essi non desidereranno di meglio che restarci sottoposti e magari affiancarci in qualsiasi nostra impresa coloniale nell’avvenire, eventualmente – ed anzi con tanto maggiore entusiasmo! – fuori i confini dell’Etiopia. Ve li induce l’innato senso di fedeltà verso chi stimano e lo spirito bellico ineguagliato di ogni altro Africano. Non è difficile convincersene appunto se stabiliamo la posizione antropologica degli Etiopici rispetto alle altre genti del Continente<sup>447</sup>.

I passaggi riportati mostrano come l’immagine del nero fosse in tutto e per tutto funzionale a far emergere la forza, la superiorità, persino la benevolenza del colonizzatore che si è guadagnato la stima – dopo averlo sconfitto – del popolo più valoroso in guerra del continente africano, ma sulle cui capacità produttive e intellettuali continua a dubitare. In particolare, argomenta Cipriani

I negri, giova ripeterlo, non danno affidamento di potersi mai civilizzare nel senso inteso da noi e quindi non capiranno mai quanto c’è da fare per sfruttare a vantaggio dell’umanità le immense risorse naturali del loro paese. Data una tale situazione, non è giusto che quelle risorse restino inutilizzate e le nazioni civili hanno il diritto di recarsi in Africa<sup>448</sup>.

Il ragionamento, banale, trova nell’ineducabilità dei neri, nella loro incapacità di prendersi cura delle ricchezze che pure possiedono, una giustificazione alla conquista e allo sfruttamento, mentre costringe a mettere da parte il discorso della civilizzazione, poiché questa non potrebbe spingersi oltre certi limiti né tanto meno raggiungere, tra i neri, il livello delle “razze a più alto potere mentale”<sup>449</sup>.

---

<sup>447</sup> Lidio Cipriani, *Gli Etiopici secondo il razzismo*, «La difesa della razza», I, 5, 1938, p. 34. Cipriani aveva già espresso le sue idee razziste nel volume *In Africa dal Capo al Cairo*, Bemporad, Firenze 1932, in particolare nel cap. XI *Alcune considerazioni generali sull’Africa e le sue popolazioni in rapporto al problema della colonizzazione*.

<sup>448</sup> Id., *Considerazioni sopra il passato e l’avvenire delle popolazioni africane*, Bemporad, Firenze 1932, p. 153.

<sup>449</sup> Id., *La razza e la vita delle nazioni*, «Corriere della Sera», 3 dicembre 1938, p. 1.

Per tornare alla disciplina psichiatrica, nel suo sviluppo “coloniale”, e al suo contributo, è opportuno considerare il contributo dello psichiatra Alfredo Lombardi – caporeparto neuropsichiatrico presso l’Ospedale coloniale principale di Addis Abeba e, prima della partenza per l’Africa Orientale, primario presso il manicomio giudiziario di Aversa – adottando le tecniche della biotipologia di Nicola Pende, indaga i caratteri differenziali della popolazione etiopica e distingue lombrosianamente al suo interno quella criminale da quella “civile”. In occasione del Congresso di Medicina legale e delle Assicurazioni e di Antropologia criminale tenutosi nel 1940 a Napoli in concomitanza con la Mostra triennale delle Terre italiane d’Oltremare, presenta uno *Studio biosociologico dei condannati indigeni dello Scioa*<sup>450</sup> delineando i contorni e l’importanza della “criminologia etnica” come disciplina fondamentale perché la colonizzazione possa dare i migliori frutti, non solo nel campo della legislazione e della giustizia, ma anche per una più generica civilizzazione.

L’obiettivo di questo settore di studi infatti, come dichiarato in apertura del congresso, è di “penetrare nel fondo della mente, del cuore e del sangue di genti che sono da noi profondamente diverse per costituzione organica, sia fisica che psichica, complicata ed aggravata da atavismi secolari e da misteriose anomalie di fronte alle quali la nostra logica [...] si dimostra impotente”, per porre in atto forme adeguate di “prevenzione e repressione” onde “non compromettere la grande opera di civilizzazione”<sup>451</sup> dispiegata nell’Africa orientale e nel territorio libico.

Il progetto iniziale di Lombardi consisteva in uno studio che affrontasse “sia la criminalità locale dei nazionali sia quella dei nativi [...] nelle sue cause

---

<sup>450</sup> La lunga relazione viene “letta e commentata dal prof. Benigno di Tullio, di Roma, per la forzata assenza del relatore”, Alfredo Lombardi, *Studio biosociologico dei condannati indigeni dello Scioa*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1941, 61, pp. 98-142 (142). Lo stesso studio è nominato in un foglio dattilografato che elenca i “documenti consegnati al prof. Bucco il 5, 6, 9, novembre e 16 dicembre 1935” (ASDMAE, Fondo Ministero Africa Italiana, b. 12). Il saggio di Lombardi consterebbe di 81 pagine, nella sua versione dattiloscritta consegnata a Bucco (facente parte della “commissione per la documentazione dell’Italia in Africa” incaricata di redigere una serie di volumi a testimonianza delle opere fatte dagli italiani nelle terre colonizzate, in cui i medici dell’ex Ministero dell’Africa Italiana Bucco e Natoli si occupano della sanità).

<sup>451</sup> Antonio Putzolu (sottosegretario al Ministero di Grazia e Giustizia), *Discorso alla seduta inaugurale*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1941, 61, pp. 15-18 (18).

biosociologiche e nelle sue manifestazioni predominanti”<sup>452</sup> per fornire “un più sicuro orientamento nella valutazione morale e psichica delle popolazioni native e nella conoscenza di quei perturbamenti e di quelle deviazioni psicoetiche di nazionali operanti in AOI a stretto contatto di un ambiente il cui clima di moralità collettiva è ben diverso da quello europeo in genere e metropolitano in specie”<sup>453</sup>. In occasione del Congresso Lombardi si limita a esporre i risultati di una parte dello studio, ossia quella relativa alla criminalità indigena, mentre lo studio della criminalità dei nazionali è “rimandato, e costituirà l’obiettivo di ricerche che saranno presto iniziate col maggiore incoraggiamento e interessamento degli organi amministrativi del Governo”<sup>454</sup>.

Le ricerche di Lombardi sulla criminologia hanno infatti il sostegno dell’amministrazione coloniale, che ha “facilitato e agevolato” il compito del neuropsichiatra – esperto di perizie, allievo di Benigno Di Tullio alla facoltà di medicina di Roma<sup>455</sup> e di Filippo Saporito al manicomio criminale di Aversa<sup>456</sup> – fornendogli “l’antropometro di Viola, incaricando l’Istituto L.U.C.E. della documentazione fotografica integrativa della relazione” e fornendo “infine tutte quelle informazioni statistiche e storico-sociali di importanza basale ai fini di questo studio”<sup>457</sup>. Da un lato l’appoggio governativo al suo studio, dall’altro la rilevanza del

---

<sup>452</sup> A. Lombardi, *Studio biosociologico*, cit., p. 99.

<sup>453</sup> Con queste parole di approvazione e sostegno si sarebbe espresso l’Ispettorato generale di Sanità sul progetto di Lombardi, *ibidem*.

<sup>454</sup> *Ibidem*.

<sup>455</sup> Benigno di Tullio (1896-1979), allievo di Salvatore Ottolenghi, ottiene il suo primo incarico come medico delle Carceri di Roma con il compito di organizzare un servizio antropologico-psichiatrico. Nel 1925 ottiene la libera docenza in Antropologia criminale e tiene l’insegnamento di Antropologia penitenziaria presso la Scuola giuridico-criminale di Enrico Ferri; nel 1934 quello di Antropologia Criminale presso la Facoltà di Medicina di Roma precedentemente tenuto da Ottolenghi. Con quest’ultimo fonda nel 1933 la “Società italiana di Antropologia e psicologia criminale”. Grande successo ha il convegno da lui organizzato a Roma nel 1938, il “Primo congresso internazionale di Criminologia”. Nel 1936 un decreto del Ministero dell’Educazione Nazionale abolisce la cattedra di Antropologia criminale, che verrà ristabilita solo nel 1963 e, a Roma, sarà conferita allo stesso Di Tullio. Cfr. Pierpaolo Martucci, *Un’eredità senza eredi. L’Antropologia criminale in Italia*, in S. Montaldo, P. Tappero, *Cesare Lombroso cento anni dopo*, cit., pp. 291-300, in particolare p. 296 ss.

<sup>456</sup> Filippo Saporito (1870-1955) si laurea in medicina a Napoli nel 1896 e nel 1907 succede a Gaspare Virgilio nella direzione del Manicomio giudiziario di Aversa (cfr. nota 46). A lui è intitolata tale istituzione. Alfredo Lombardi lavora a stretto contatto con lui negli anni in cui è primario neuropsichiatra presso lo stesso manicomio.

<sup>457</sup> *Ibidem*. Il Governo dell’A.O.I. ha inoltre reso possibile la pubblicazione di numerose relazioni e perizie di Lombardi, citate nel ricco apparato bibliografico di G. Bucco, *L’organizzazione sanitaria nell’Africa italiana*, cit., p. 204: *Costituzione neuro degenerativa delinquenziale e simulazione di follia degradata in*

convegno come occasione di rinascita della criminologia in tutte le possibili declinazioni che essa poteva assumere in un momento di fervore imperiale della nazione<sup>458</sup>, stanno a dimostrare la “consapevolezza dei tecnici che nessun popolo può essere tenuto e governato dai colonizzatori se non si abbia la conoscenza esatta e quindi il controllo di tutti quei fattori individuali e ambientali che tendono a deviarlo in atteggiamenti e reazioni contrari agli interessi ed alle leggi della comunità”<sup>459</sup>.

Con queste premesse Lombardi si appresta ad esporre le procedure impiegate e i risultati ottenuti nell’ambito della “criminologia indigena”, materia di grande momento che egli per primo approfondisce ed espone pubblicamente e di cui ha il merito di cogliere la rilevanza politica, in un certo senso strategica, in ambito coloniale: “il problema della criminalità delle razze africane considerate nel loro ambiente autoctono ed in rapporto alla legislazione dei colonizzatori mi sembra non sia mai stato affrontato ed approfondito in modo adeguato alla enorme importanza che esso ha per le nazioni colonizzatrici”<sup>460</sup>.

---

*sindrome di Ganser, in imputato di sei omicidi e tre mancati omicidi; Raptus melanconicus in malarico cronico imputato di omicidio aggravato; Raptus nel corso di psicosi melanconica nel climaterio in imputata di doppio omicidio aggravato; Le false accuse delle isteriche al vaglio della psicopatologia forense; Tre frenastenici consociati in omicidio a scopo di rapina; Sindrome paranoidea del climaterio nei riflessi sulla imputabilità e sulla pericolosità sociale; Costituzione isperica ed imputabilità; Nevrosi isteroide con depressione reattiva e distonia neurovegetativa di natura luetica in imputato di doppio omicidio premeditato; Mancato parricidio in un demente precoce paranoide; Paranoidismo involutivo su base arteriosclerotica; Imputabilità e capacità a delinquere di un frenastenico cerebropatico di medio grado con depressione reattiva al processo, imputato di omicidio a scopo di rapina e sospettato di simulazione di follia; Sindrome di influenzamento in demente precoce paranoide imputato di mancato omicidio; Pedofilia erotica in demente senile incipiente; La dinamica e la morfologia del reato epilettico; Demenza precoce paranoide in un fratricida; Complesso ipocondriaco persecutorio da tossinfezione tbc; Relazione bovaristica in costituzione neurodegenerativa.* “Tutte pubblicate a cura della Tipografia del Governo generale dell’A.O.I.” si legge alla fine della lista nella bibliografia di Bucco; tuttavia solo il primo di questi è presente nel catalogo delle biblioteche italiane, con una copia conservata presso la Biblioteca Nazionale di Firenze.

<sup>458</sup> “In Regime Fascista il Congresso non è l’inutile fiera della vanità individuale e collettiva, ma invece il fecondo convegno di esperti che deve segnare un reale progresso nel campo di sua pertinenza”, A. Lombardi, *Studio biosociologico*, cit., p. 101. Alla pagina successiva lo psichiatra fa riferimento alla “italianissima antropologia criminale” come l’unica scienza in grado di porre le basi per la “lotta contro la criminalità indigena” verso la “civiltà delle popolazioni locali”.

<sup>459</sup> Ivi, p. 99 s.

<sup>460</sup> In particolare “la criminalità delle popolazioni indigene del nostro Impero, non avendo mai formato oggetto di sistematiche ricerche, è molto poco, per non dire affatto nota. Non abbiamo, sull’argomento, che qualche apprezzamento del Decastero per le popolazioni dell’altopiano e, per quelle delle zone costiere (Eritrea e Somalia), in nostro possesso da vari decenni, le relazioni tecniche di magistrati e funzionari amministrativi”, ivi, p. 103.

Proprio perché “il fenomeno della criminalità indigena è proiettivo di tutta una civiltà, di costumi, di tradizioni rappresentative di strutture etico-sociali profondamente diverse ed in molti casi contrastanti con le nostre”<sup>461</sup>, esso merita la collaborazione di giuristi, antropologi, psicologi e criminologi in vista di una generale “ricognizione” volta alla “civilizzazione” dei costumi delle popolazioni sottomesse. In tal senso la “documentazione sociologica ed etnografica”<sup>462</sup> fornita da altre discipline, è il materiale su cui la criminologia si basa per produrre, con “appropriati accertamenti tecnici [...] al legislatore e agli organi politici i dati essenziali per una norma giuridica che corrisponda alle particolari esigenze del caso”<sup>463</sup>, ossia un orientamento nell’elaborazione di norme adeguate alla popolazione nativa. Lombardi postula dunque, per una corretta impostazione della “criminologia etnica”<sup>464</sup>, sottodisciplina dell’antropologia criminale, della quale si fa in qualche modo pioniere, un apporto variegato di competenze.

In tema di antropologia Lombardi fa riferimento alle

sistematiche ricerche del prof. Cipriani e altre più recenti pubblicazioni [che] cominciano a stabilire elementi concreti atti a differenziare i vari gruppi, mentre finora tradizioni locali, leggende religiose, superficiali impressionismi di viaggiatori, non pochi dei quali tecnicamente impreparati, apportavano null’altro che una maggiore confusione, mentre i non pochi italiani che alla etnologia africana hanno dedicato tutta una vita di studio e di ricerca appassionata, recando larghi contributi universalmente apprezzati, avendo dovuto agire su territori estranei alla nostra Sovranità, non hanno potuto condurre a termine un piano sistematico di ricerche<sup>465</sup>.

Inoltre il numero di “studiosi metropolitani e coloniali” sarebbe in crescita “in ogni zona del vastissimo territorio, tutti largamente appoggiati dagli organi locali di Governo”. Per quanto riguarda i censimenti nosografici e i connessi utili “dati etnologici e sociologici” cita invece “la ricognizione sistematica delle varie

---

<sup>461</sup> Ivi, p. 101.

<sup>462</sup> Ivi, p. 102

<sup>463</sup> *Ibidem*.

<sup>464</sup> *Ibidem*.

<sup>465</sup> Ivi, p. 104.

popolazioni dell'Impero a mezzo di carovane ad itinerario prestabilito” gestita dall'Ispettorato generale di sanità. Sempre in rapporto alla multidisciplinarietà della criminologia etnica – a cui si aggiunge la “professionalizzazione” del criminologo e l’urgenza di strumenti adeguati – in conclusione della sua relazione Lombardi scriverà:

È indispensabile che il criminologo possa intervenire come professionista, così che ai problemi della criminologia locale dedichi tutto il suo tempo e tutta la sua attività, libero di spaziare e di documentarsi adeguatamente anche nella sociologia ed etnologia delle popolazioni indigene, con le quali la loro attività criminosa mostra lo stretto addentellato emerso già da questo mio primo studio di orientamento. Non basta: nella sua attività, il criminologo deve potersi appoggiare ad una sezione locale della giovane quanto gloriosa Società italiana di Antropologia e Psicologia criminale che, nel fatale mutare degli uomini, garantirebbe la continuità del lavoro, la unicità di indirizzo, la conservazione del materiale dimostrativo, la formazione di una biblioteca tecnica<sup>466</sup>.

Per una conoscenza diretta della criminalità locale Lombardi ritiene necessario approntare un “accurato censimento di tutti i nativi comunque venuti a conflitto con le nostre leggi, studiando ciascun individuo dal punto di vista biosociologico” valutando l’apporto dell’“elemento individuale, di quello ambientale, di quello razziale [...] al complesso criminogeno e alla sua realizzazione”<sup>467</sup>. È importante conoscere e classificare i diversi gruppi etnici e razziali, delimitare la “reale individualità etnica di ciascun gruppo, rischiandosi altrimenti di riferire al fattore razziale elementi sostanzialmente estranei ad esso”, pur nella difficoltà rappresentata dalla catalogazione delle suddivisioni di ciascun gruppo, “non sempre superflue ai fini della criminologia etnica, perché in molti

---

<sup>466</sup> Ivi, p. 141.

<sup>467</sup> Ivi, p. 103.

sottogruppi, alla discreta omogeneità morfologica, corrispondono ambienti e organizzazioni sociali, usi e costumi del tutto diversi<sup>468</sup>.

Dopo lunghe premesse di metodo, celebrazioni della materia, della sua importanza e della sua “italianità”, dell’uditorio del Convegno, della colonizzazione e del fascismo, Lombardi entra nel vivo del suo studio. In veste di primario neuropsichiatra presso l’Ospedale “Duca degli Abruzzi” di Addis Abeba e perito psichiatra per accertamenti giudiziari nel territorio dello Scioa, ha potuto studiare circa trecento criminali di razza amara, 250 maschi<sup>469</sup> e 50 femmine<sup>470</sup>, detenuti nelle Carceri di Addis Abeba<sup>471</sup>, sottoponendoli a svariati esami e misurazioni, allora molto in voga, sull’onda della biotipologia pendiana e del ritorno del costituzionalismo di De Giovanni.

L’attitudine che gli indigeni hanno presentato di fronte alle indagini del neuropsichiatra va messa in relazione a un più generale “atteggiamento di fronte al nazionale”, per cui la popolazione analizzata si distinguerebbe in due gruppi; nel primo:

rientrano quei soggetti che hanno, per molteplicità e continuità di contatti, consuetudine di vita, e di lavoro coi nazionali, e quindi con la nostra civiltà e mentalità; costoro, in massima, mostrano una tenace ammirevole volontà di assimilazione [...]. Si ritrovano nel loro spirito, a fianco ai concetti informativi della nostra civiltà, quelli propri della razza di appartenenza, in assenza di una vera e propria sostituzione, e tanto meno di una reciproca definitiva integrazione [...] ma la loro capacità d’assimilazione non penetra

---

<sup>468</sup> Ivi, p. 104.

<sup>469</sup> Gli uomini esaminati sono soltanto un sesto della popolazione carceraria maschile di Addis Abeba); tra essi i reati più diffusi sono quelli contro le persone e contro la proprietà; tra i reati di sangue prevalgono gli omicidi per rapine e non è rara la strage; rari quelli con movente passionale o gli omicidi in rissa. Vi è poi una serie di “reati tipicamente militari” diffusi appunto tra gli ascari, come insubordinazione e diserzione.

<sup>470</sup> Riferendo sulle cinquanta donne internate, dapprima statisticamente e poi con dovizia di dettagli su alcuni singoli casi, afferma che il loro numero è “esiguo”, sia in assoluto, sia rispetto ai condannati maschi. Sono “tutte di bassissima condizione sociale, in maggioranza prostitute, tenutrici di teggerie, cameriere”; la maggior parte recidive e abituali. Il reato più ricorrente è il furto; vi sono poi quattro omicide (tutte casalinghe in cui “l’elemento passionale è predominante e pressoché esclusivo movente del reato”), tre venditrici di schiavi, una contrabbandiera di valuta.

<sup>471</sup> L’obiettivo di Lombardi è di esaurire la schedatura della popolazione carceraria dello Scioa nel giro di due anni, cfr. ivi, p. 109.

nella sostanza delle forze spirituali della civiltà nostra, e pertanto essi non giungono affatto gran che più vicini alla nostra sensibilità dei loro compagni non mimetizzati<sup>472</sup>.

Al gruppo dei “mimetizzati” si aggiunge dunque quello dei “non mimetizzati”, ovvero

tutti quelli, appartenenti in prevalenza alle classi sociali inferiori, che guardano con palese invidia ai fortunati scimiottatori delle nostre forme e consuetudini di vita, ma rinunziano a seguirne l'esempio, perché è una fatica troppo al di sopra delle loro possibilità psicologiche comprendere ed assimilare anche soltanto le forme esteriori della nostra civiltà, sicché persistono nei loro automatismi abituali di vita, ma perplessi, indecisi, e scontenti di sé<sup>473</sup>.

Lombardi ha catalogato ciascun carcerato attraverso una “scheda biotipocriminologica” specificamente concepita, che si rifà si rifà alla “scheda biotipologica” di Nicola Pende. Essa

registra periodicamente, mercé le visite dell'individuo fatte con i metodi della Biotipologia umana o scienza dell'individualità umana unitaria psicofisica, tutte le caratteristiche somatiche e psichiche, buone e cattive del soggetto, e le sue tendenze ereditarie, e la sua particolare maniera di reagire e di adattarsi all'ambiente cosmico e all'ambiente sociale e la sua produttività ed i suoi valori, che io classifico in: resistenza vitale generale, attitudini specifiche al lavoro manuale od intellettuale, attitudini specifiche nell'ambito muscolare in genere, valore economico, valore riproduttivo per la specie, valore sociale. È dunque la scheda della personalità completa in azione nell'ambiente sociale e cosmico: è la rivelazione, per quanto è possibile con i modernissimi mezzi di questa scienza biotipologica, del tipo

---

<sup>472</sup> Ivi, p. 128.

<sup>473</sup> *Ibidem*.

speciale della fabbrica umana e del tipo speciale di rendimento del motore umano fisico-psichico, che ogni individuo rappresenta<sup>474</sup>.

Pur con le difficoltà dovute all'assenza di servizio di stato civile<sup>475</sup>, di un casellario giudiziario e di un efficiente servizio di segnalazione ed identificazione dattiloscopica<sup>476</sup>, per ciascun soggetto in esame ha individuato l'età (spesso empiricamente), la reale appartenenza al gruppo etnico degli Amara (in ragione dei succitati criteri di "omogeneità razziale" che permettono di valutare le tendenze criminali insite, per ragioni di "coscienza etnica", in un gruppo), la condizione sociale (inferiore, media o elevata), il reato (ma non il "curriculum criminale")<sup>477</sup>. Ha eseguito l'esame morfologico "col più rigoroso criterio biotipologico" servendosi dell' "antropometro del Viola" e del "metodo costituzionalistico del Barbàra", ricevendo sorrisi di "condiscendenza" da alcuni condannati, notando "dubbi, diffidenze e [...] timore" in altri<sup>478</sup>. Ha rilevato una frequente "intrusione di elementi negroidi", ignorando se si tratti del prodotto d'incroci di generazioni precedenti, "ovvero possa essere interpretato, così come quando s'incontra nei delinquenti nazionali, come un carattere di regressività"<sup>479</sup>. Ha registrato "l'esistenza, la sede, i caratteri delle cicatrici" rinvenendo con frequenza cicatrici "residue dalle «punte di fuoco» curative d'ogni male", da scarificazioni lineari praticate a scopo terapeutico, da autolesione; cicatrici da sassaiola al cuoio capelluto, da percosse o da calci di equini<sup>480</sup>; ha rinvenuto più tatuaggi sui corpi delle donne che su quelli degli uomini<sup>481</sup>. Sotto il nome di "disvolutismi" ha segnalato "quelle anomalie

---

<sup>474</sup> Cfr. Nicola Pende, *La scheda biotipologica individuale nella medicina preventiva e nella politica sociale*, in *Atti della XXVI riunione della Società italiana per il Progresso della Scienza (Venezia 12-18 settembre 1937)*, Roma 1938, vol. 5, p. 284 s. Cfr. anche: Id., *La biotipologia umana scienza unitaria correlazionistica dell'uomo individuo*, «Il libro italiano nel mondo», 2, 1940; Id. *I fattori biotipologici della criminalità*, «La Scuola Positiva», 1935.

<sup>475</sup> A. Lombardi, *Studio biosociologico*, cit., p. 105.

<sup>476</sup> Ivi, p. 106.

<sup>477</sup> La scheda biotipocriminologica registra inoltre: "la residenza abituale, il clima, il mestiere, la composizione della famiglia, le sue condizioni economiche, il tipo di alimentazione, le eventuali intossicazioni voluttuarie, le occupazioni preferite", ivi, p. 109.

<sup>478</sup> Ivi, p. 129.

<sup>479</sup> Ivi, p. 114.

<sup>480</sup> Cfr. ivi, p. 116 s.

<sup>481</sup> Cfr. ivi, pp. 120-122. L'accuratezza dei disegni che compongono i tatuaggi colloca la portatrice in una fascia sociale definita: "La differenza sostanziale tra le varie classi sta nell'esecuzione più che

morfologiche, specie craniofacciali, cui in ogni tempo si è attribuita non lieve importanza, in quanto segnalative di deviazioni e perturbazioni dello sviluppo somatico<sup>482</sup>; tra queste ha rilevato con frequenza la microcefalia. Ha eseguito l'esame funzionale tenendo conto "sia delle semplici variazioni fisiologiche e parafisiologiche, sia delle vere e proprie alterazioni morbose": poche invero, grazie all'assistenza medica "pronta e assidua"<sup>483</sup> che ha luogo nelle Carceri. Infine si è dedicato all'esame psichico, anche se "questo settore d'indagine [...] ha presentato le maggiori difficoltà nella scelta e nella standardizzazione di ricerche seriali applicabili con rapidità ed uniformità alle masse in esame"<sup>484</sup>. Innanzitutto non si può pervenire a "una penetrazione psicologica esauriente" limitandosi alla "semplice osservazione del comportamento spontaneo ed a compito"; anche procedendo a "interrogatori tematici"<sup>485</sup> le asperità sono notevoli: innanzitutto a causa del necessario ricorso agli interpreti e poi per la loro "insufficiente cooperazione e comprensione"<sup>486</sup>; inoltre i test di laboratorio sono inservibili, essendo pensati per "individui non psicopatici di civiltà uguale alla nostra" e in base a schemi logici e mentali "che è del tutto arbitrario attribuire *sic et simpliciter* anche ai gruppi etnici dell'A.O.I."<sup>487</sup>. Infine, mancando una conoscenza della psicologia "normale" ("del comporta-mentismo medio abituale del gruppo etnico in esame"<sup>488</sup>) è difficile inferire quale sia la variante patologica<sup>489</sup>.

---

nell'estensione del tatuaggio, che è impeccabile e complicato nelle più agiate, schematico e rudimentale nelle meno agiate", *ivi*, p. 122.

<sup>482</sup> *Ivi*, p. 107.

<sup>483</sup> *Ivi*, p. 123.

<sup>484</sup> *Ivi*, p. 108.

<sup>485</sup> Nell'uso degli interrogatori tematici lo psichiatra si è attenuto "ai criteri fissati dalla tecnica psicofisiologica" e ai "positivi contributi che alla psicologia criminale hanno in questi ultimi decenni recato maestri quali De Sanctis, il Gemelli, lo Seling e la sua scuola". Obiettivo degli interrogatori era di rilevare: "estensione, complessità e differenziazione dei processi di autocoscienza [...]; costruzione intima in ciascun nostro ambiente, in quanto comprensione delle nostre esigenze, ed atteggiamento subiettivo [...] in rapporto ad esse; atteggiamento di ciascuno di fronte al reato [...] e alla pena", *ivi*, p. 109.

<sup>486</sup> *Ivi*, p. 108.

<sup>487</sup> A tale proposito Lombardi intende dotarsi di un "sia pur ridotto laboratorio di psicologia sperimentale" e "adattare i nostri tests ed i nostri esperimenti alla particolare struttura mentale di questo gruppo etnico", *ivi*, p. 108.

<sup>488</sup> *Ibidem*.

<sup>489</sup> Così come, per i dati fisici, mancando "studi biotipologici della parte non delinquente" del gruppo amara, è azzardato definire e sistematizzare i caratteri fisici tipici dei delinquenti arrivando a delineare il "biotipo antisociale amara", *ivi*, p. 135.

Pur rilevando la “scarsità” degli elementi utili a delineare un profilo psicologico medio, il medico stila una corposa lista di caratteristiche psicologiche ricorrenti. Riscontra “nella psicologia media degli uomini come delle donne, la prevalenza accentuata, in rapporto ai bianchi, d’un elemento d’insufficienza, che investe or più or meno, ma sempre in grado considerevole, strutture e dinamismi dei processi psichici superiori di astrazione e di sintesi”<sup>490</sup>. Accentuata è “l’istintività primitiva” discendente “dall’insufficienza delle strutture superiori più che da esagerato vigore intrinseco”. Insufficiente è anche “la differenziazione dei sentimenti e degli affetti”<sup>491</sup>. Anche il sentimento religioso è scarso: prevale piuttosto “un attaccamento alle forme esteriori del culto”<sup>492</sup>. “La molla conoscitiva si limita agli imperativi della religione, delle consuetudini, della legge, ma non si ritrova pressoché mai [...] quella elaborazione individuale di adattamento alla norma etica”<sup>493</sup> come base per ciascuno di una propria “coscienza morale”.

Passa poi alle generalizzazioni per genere e generazione: “I lineamenti d’una psicologia differenziale tra i sessi [...] sembrano a vantaggio della donna, specie tra gli abitanti delle città”. Volendo descrivere una linea di sviluppo psichico nelle diverse età della vita, Lombardi afferma che le risorse psicologiche del fanciullo sono molto maggiori di quelle dell’adulto: infatti “attorno alla pubertà” si assiste a un “notevole arresto dell’evoluzione psichica” cui segue un “vero e proprio regresso che stabilizza livelli intellettuali medi assolutamente insufficienti”<sup>494</sup>. Questo elemento – l’“impressionante” differenza di risorse e di iniziative tra giovani ed adulti – potrebbe avere “decisiva importanza ai fini dell’organizzazione dell’assetto definitivo della vita civile della popolazione prevalente dello Scioa, ove potesse accertarsi la dipendenza del fenomeno da fattori puramente esogeni, controllabili, quindi, e passibili di rimozione. Ne deriverebbe l’assoluta inutilità pratica d’ogni tentativo d’elevazione degli adulti, e la opportunità e la convenienza di concentrare

---

<sup>490</sup> Ivi, p. 124.

<sup>491</sup> Ad esempio, nelle donne si ritrova un istinto materno, ma non un “vero e proprio sentimento materno”, *ivi*, p. 124.

<sup>492</sup> Ivi, p. 125.

<sup>493</sup> *Ibidem*.

<sup>494</sup> Ivi, p. 126.

invece ogni sforzo sui fanciulli e sui giovani nella certezza di poterne fare a non lunga scadenza sudditi devoti ed attivi”<sup>495</sup>.

Se questa è una prima conclusione “pratica” che discende dall’esame dell’evoluzione psicologica dell’amara-tipo, le successive derivano come corollari dalla scoperta di una “coscienza eticogiuridica” deformata, immatura, “paragonabile a quella del nostro fanciullo”<sup>496</sup>, improntata a “una visione del diritto assolutamente primordiale”<sup>497</sup>. In questo senso, le note di Lombardi debbono riuscire di “indubbia utilità ai tecnici del diritto come elemento sostanziale di primo orientamento nella elaborazione di norme giuridiche adattate alle particolari esigenze delle popolazioni indigene dell’A.O.I., indispensabili per la prosecuzione e produttività della colonizzazione demografica in atto”<sup>498</sup>.

Rilevate le caratteristiche dei nativi – la loro “palese inferiorità razziale”<sup>499</sup> –, si reputa “indispensabile” l’intervento di “un’adatta azione adeguatrice”<sup>500</sup>, nel campo della legislazione, della giurisdizione, della detenzione carceraria. Dato che non è il caso di “lasciare ai singoli gruppi etnici il diritto di continuare a seguire le vecchie tradizioni ed abitudini giuridiche proprie di ciascun gruppo” – cosa che “significherebbe abdicare al canone fondamentale della nostra tradizione colonizzatrice, che poggia sul principio della civilizzazione dei sudditi”<sup>501</sup> – Lombardi suggerisce al legislatore “una semplificazione della norma giuridica”<sup>502</sup> e agli organi politici “la sua adeguazione alle particolari condizioni etnico-sociali

---

<sup>495</sup> Ivi, p. 127.

<sup>496</sup> Ivi, p. 137.

<sup>497</sup> Ivi, p. 130.

<sup>498</sup> Ivi, p. 138.

<sup>499</sup> Ivi, p. 137.

<sup>500</sup> In particolare “il gruppo amara, che pure è il più evoluto tra i vari gruppi etnici dell’Etiopia, guardato attraverso i suoi tipi criminali, mostra una palese inferiorità razziale, donde deriva una immaturità eticogiuridica paragonabile a quella del nostro fanciullo [...] il nostro codice ipermorale, fondato su una maturità eticogiuridica media di grado elevato, aderisce alla nostra sensibilità, è agevolmente accessibile alla nostra comprensione, [...] ma è troppo al di sopra della sensibilità e della comprensione media della popolazione amara”, *ibidem*.

<sup>501</sup> Ivi, p. 138.

<sup>502</sup> Numerosi sarebbero infatti i delinquenti “inconsapevoli” (oltre ai delinquenti occasionali e a quelli costituzionali) che compiono l’azione criminale per “l’incomprensione della nostra legge”, *ivi*, p. 136. “Questa categoria di delinquenti inconsapevoli stipa le carceri, affolla i tribunali [...] senza giungere ad identificare il meccanismo che lo trascina, ed a mio avviso merita una più attenta considerazione da parte del legislatore, perché una semplice norma giuridica adattata alla particolare mentalità di questi soggetti, dalla quale esula chiaramente ogni precostituita tendenza o volontà di conflitto con l’ordine costituito, vuoterebbe le carceri di un buon terzo dei suoi ospiti”, *ivi*, p. 137.

d'ambiente" attraverso alcuni provvedimenti elementari: "far largo posto alle pene corporali, ivi compresa la pena capitale, [...] dare anche alle pene pecuniarie l'accentuazione che meritano in conseguenza della universalità con cui sono sentite, [...] ridurre, se non eliminare le lunghe pene detentive che [...] falliscono il loro scopo intimidativo, afflittivo, educativo"<sup>503</sup>; introdurre l'obbligo del lavoro nelle Carceri e le misure di sicurezza detentive, per contribuire all'"opera di elevazione e di bonifica umana"<sup>504</sup>.

---

<sup>503</sup> Ivi, p. 138.

<sup>504</sup> Ivi, p. 139.

#### *1.4. Interrogativi e soluzioni per l'assistenza psichiatrica in loco*

### **La legislazione sanitaria per le colonie e i reparti psichiatrici ospedalieri**

L'*Ordinamento sanitario per le colonie*<sup>505</sup>, emanato nel 1933, riserva un solo articolo alla questione dell'assistenza agli alienati, senza dilungarsi in disposizioni dettagliate. Esso afferma che “per il ricovero e l'assistenza degli alienati si osservano le norme vigenti nel regno”, ossia la legge del 14 febbraio 1904, numero 36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”<sup>506</sup>, con il relativo decreto di attuazione nel 1909<sup>507</sup>. L'ordinamento prevede che “qualora sia ritenuto necessario il Ministero delle Colonie con proprio decreto dispone l'istituzione di un manicomio” mentre ammonisce che “gli ospedali coloniali principali devono avere una sezione speciale per il ricovero e l'assistenza degli alienati”<sup>508</sup>. Nelle maggiori città dell'Africa Orientale italiana è infatti presente un ospedale coloniale principale, ove sia possibile il trattamento specialistico delle singole branche della medicina; ora soltanto si rileva la necessità che tra queste compaia anche la psichiatrica.

Al XXI Congresso della Società italiana di psichiatria, tenutosi a Napoli nel 1937, il dottor Emilio Padovani, all'epoca direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Rovigo nonché segretario della Società italiana di psichiatria, presenta una relazione su *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d'Africa*<sup>509</sup>. Si rileva in quest'occasione come

---

<sup>505</sup> *Ordinamento sanitario per le colonie, Relazione e regio decreto legge 20-3-1933, n. 702, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del Governo dell'Eritrea n. 14, 31 luglio 1933, in Legislazione, notizie e studi sull'Eritrea. Collezione pubblicata a cura del governo della colonia, Roma 1933.*

<sup>506</sup> Legge 14 febbraio 1904, n. 36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904.

<sup>507</sup> R. D. 16 agosto 1909, n. 615, cit.

<sup>508</sup> *Ordinamento sanitario per le colonie*, cit., articolo 100.

<sup>509</sup> Emilio Padovani, *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d'Africa*, in *Atti del XXI congresso della società italiana di psichiatria, Napoli 22-25 aprile 1937, raccolti a cura del Dottor Emilio Padovani, segretario della Società*, Poligrafia reggiana, Reggio Emilia 1938, pp. 621-623. Pubblicato anche in «Rivista italiana di freniatria», 1937, p. 1131-1133; e «L'ospedale psichiatrico», III, 1937, pp. 588-589.

la creazione dell'Impero Coloniale Italiano, fra i tanti problemi d'ogni ordine che propone all'attenzione degli uomini politici e di studio, propone anche quello, che è tra i primi, dell'assistenza medica ed ospedaliera. Un ramo di questa, non dei minori, è quello che riguarda l'assistenza degli alienati, sieno questi appartenenti alla popolazione metropolitana, sieno appartenenti alla popolazione indigena<sup>510</sup>.

Se, per la colonia libica “che ha oramai raggiunto una completa organizzazione civile e politica [...] il problema è più urgente” e il progetto per la creazione dell'Ospedale psichiatrico per Libicì in via di realizzazione, per l'Africa Orientale Italiana “analogo potrà essere la soluzione del problema assistenziale psichiatrico” cui potranno adempiere “con capacità le organizzazioni ospedaliere civili e militari esistenti”, anche se essa va rimandata “in attesa di una più profonda organizzazione civile e politica”<sup>511</sup>. Al tempo della relazione, infatti, la pratica di invio dei pazienti nazionali nei manicomi del Regno è al suo colmo – testimoniata nel medesimo convegno da Eustachio Zara, psichiatra del manicomio di Napoli<sup>512</sup> – mentre per i nazionali che non necessitano di rimpatrio e per gli indigeni sono attivi alcuni reparti per nervosi all'interno degli ospedali coloniali principali.

Presso l'ospedale coloniale di Asmara “Regina Elena”, l'esistenza del Reparto Nervosi è attestata sia da una pianta non datata dell'ospedale, denominata *Piano regolatore ospedale coloniale Regina Elena in Asmara* che presenta il detto reparto come “reparto alienati” [sic]<sup>513</sup>, sia dalle numerose cartelle cliniche compilate presso il reparto stesso, che hanno seguito i pazienti “nazionali” inviati al manicomio di Napoli, dopo un primo periodo di osservazione ad Asmara. Tale reparto viene costruito dopo il 1932, anno della relazione di Alberto Ciotola sullo *Stato sanitario della colonia eritrea*, in cui l'allora “direttore di sanità reggente”, pur affermando che si sta procedendo alla “costruzione di nuovi padiglioni” e alla messa in funzione di alcuni nuovi servizi<sup>514</sup>, non nomina un reparto psichiatrico; i pazienti colpiti da

---

<sup>510</sup> Ivi, p. 621.

<sup>511</sup> Ivi, p. 622.

<sup>512</sup> E. Zara, *Considerazioni su 40 casi di psicosi*, cit.

<sup>513</sup> ASDMAE, Fondo Africa III, b. 107.

<sup>514</sup> Alberto Ciotola, *Stato sanitario della colonia eritrea*, cit., p. 59.

“affezioni mentali” rientrano, in quel testo, nella tabella relativa al Reparto medicina<sup>515</sup>. Alla fine degli anni Trenta, mentre è direttore dell’ospedale principale di Asmara il dottor Carlo Luigi Chiabrero, si susseguono alla direzione del reparto Nervosi il dottor D’Amico, il dottor Barbutto e il dottor Toffolon, secondo quanto attestano le cartelle cliniche, i quali probabilmente non sono medici specialisti di malattie nervose e mentali.

Per quanto riguarda l’ospedale principale di Mogadiscio “Giacomo de Martino” – del quale non sono pervenute copie delle cartelle cliniche – il volume su *L’organizzazione sanitaria nell’Africa italiana* riferisce che, oltre ai reparti di medicina, chirurgia, dermoceltico, infettivo, esiste un reparto psichiatrico<sup>516</sup>. Come narra Angelo Piccioli nel suo contributo su *I servizi sanitari* pubblicato nel 1940 negli «Annali dell’Africa italiana»,

fin dai primi mesi del 1935 [...] fu necessario trasformare l’Ospedale coloniale ‘Giacomo De Martino’ di Mogadiscio in Ospedale militare: esso è attualmente costituito da padiglioni con armatura in ferro ed ha una capacità di 1200 letti. Dopo aver raccolto, durante le operazioni militari ed operai, nell’ottobre 1937 ha cominciato a funzionare di nuovo per civili nazionali e per militari. Nella sezione civile (reparti medicina e chirurgia) vengono ora ricoverate anche le donne. Funzionano inoltre reparti dermoceltico, infettivo, psichiatrico e di osservazione, e sono in piena efficienza un Gabinetto odontoiatrico ed un Laboratorio di batteriologia<sup>517</sup>.

Nell’ospedale coloniale principale di Addis Abeba “Duca degli Abruzzi”, oltre ai reparti di medicina, chirurgia, oftalmologia, venereo, urologico e malattie infettive esiste il reparto neuropsichiatrico. Esso è attestato, oltre che nel volume su *L’organizzazione sanitaria nell’Africa italiana* curato dal comitato per la documentazione

---

<sup>515</sup> Ivi, p. 61. La tabella riporta tredici pazienti (due europei e undici indigeni) affetti da malattie mentali, su 526 ricoverati totali nel Reparto medicina per l’anno 1932.

<sup>516</sup> Giuseppe Bucco, *L’organizzazione sanitaria nell’Africa italiana*, in G. Bucco, A. Natoli (a cura di), *L’Italia in Africa*, serie civile (vol. XVII), Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1965; l’autore fa riferimento alle istituzioni sanitarie presenti e funzionanti nel 1940.

<sup>517</sup> Angelo Piccioli, *I servizi sanitari*, *Annali dell’Africa Italiana*, 1940, pp. 761-835.

dell'attività dell'Italia in Africa<sup>518</sup>, anche da diverse carte provenienti da quell'ospedale rinvenute nei dossier personali di alcuni pazienti inviati a Napoli. Nel febbraio 1939 ad esempio, nell'ospedale che risulta diretto dal dottor Camillo d'Ignazio, il reparto neuropsichiatrico esisteva ed era affidato, come confermano timbri e firme, al dottor Alfredo Lombardi, definito non a caso da d'Ignazio “prezioso collaboratore neurologo”<sup>519</sup>.

### **Luigi Cabitto e la necessità di “istituire al più presto degli ospedali psichiatrici” in AOI**

La necessità di dotare le colonie dell'Africa italiana di strutture per l'assistenza psichiatrica, adeguata al numero di potenziali pazienti e alle esigenze dei “nativi”, viene rilevata da un osservatore nel 1938. Si tratta di Luigi Cabitto, primario dell'Ospedale psichiatrico di Novara e, nel territorio dell'Amhara, direttore dell'ospedale da campo 641 presso Golimà, che pubblica nel quarto numero della «Rassegna sanitaria dell'impero» – “pubblicazione mensile della federazione nazionale fascista casse mutua di malattia dell'industria fondo nazionale A.O.I.”<sup>520</sup> – un articolo dal titolo tanto accattivante quanto vago: *Africa, psicosi, psichiatria*<sup>521</sup>.

Lo psichiatra introduce così il tema di sua competenza, poco trattato da altri autori, enfatizzando la retorica che abbiamo già trovato nel discorso di Padovani davanti al Congresso degli psichiatri: “Fra i tanti e gravi problemi sanitari che si impongono nella nostra marcia civilizzatrice attraverso al nuovo Impero d'Italia, non può essere messo in seconda linea e tanto meno dimenticato quello

---

<sup>518</sup> G. Bucco, *L'organizzazione sanitaria*, cit.

<sup>519</sup> Camillo d'Ignazio, *Memorie di un medico in Etiopia. Osservazioni sulla nosografia dell'Etiopia*, Ars et Labor, Teramo 1950, p. 175.

<sup>520</sup> La «Rassegna sanitaria dell'Impero» pubblica il primo numero nell'ottobre del 1937. È diretta dall'ispettore superiore della Sanità in Africa Orientale Italiana, professor Enzo Romanelli, che firma il primissimo articolo su *L'organizzazione sanitaria in A.O.I.*; direttore onorario è il professor Aldo Castellani, una delle massime autorità all'epoca in materia di malattie tropicali, e redattore capo responsabile è il dottor Renato Pergolani.

<sup>521</sup> Luigi Cabitto, *Africa, psicosi, psichiatria*, «Rassegna sanitaria dell'Impero», 4, 1938, pp. 39-42.

dell'assistenza psichiatrica e della profilassi mentale"<sup>522</sup>. Insomma "è necessario che noi Italiani portiamo con la civiltà anche un'assistenza alle malattie della mente". Cabitto riporta i dati delle "statistiche Italiane" – lasciando presumere che si tratti dei dati ricavati dalle relazioni sanitarie compilate mensilmente dal direttore di ciascun ambulatorio o presidio ospedaliero presente sul territorio del neonato Impero poi raccolte dall'Ispettorato di sanità dell'AOI. Tali statistiche registrano una media di due abitanti affetti da malattie mentali per mille; ciò significa che, su una popolazione di "dieci e più milioni di indigeni" vi sarebbero "almeno ventimila alienati"<sup>523</sup>; tuttavia molti di essi sfuggono inevitabilmente alle statistiche, poiché queste "non tengono conto di tutte quelle forme mentali (a volte anche gravi) che vengono curate in famiglia" o lenite con "terapie primordiali"<sup>524</sup> praticate a livello di comunità.

Le "alterazioni" cui pare soggetta la "psiche abissina" sarebbero "gravi e frequenti" (si tratta di un'"impressione" più che di una constatazione argomentata): basti pensare a "certi stati di eccitazione improvvisa, certe improvvise tendenze alla guerra e alla rapina, certi stati di esaltamento collettivo, di natura isterica che seguono alle fantasie di guerra od amorose"<sup>525</sup>. Prima di arrivare al cuore della sua argomentazione e della sua proposta, Cabitto offre un saggio alquanto parodiato delle sedute che hanno luogo per liberare gli invasati dal demonio, in cui questi subivano "scottature (assai spesso sulla fronte) con carboni ardenti, mentre suonatori improvvisati tempestano di colpi i tamburi di coccio, i negaritt, e i famigliari del malato cantano in coro canzoni e scongiuri. Poi generalmente la seduta terapeutica finisce con uno stato di esaltazione collettiva e con una frenetica fantasia"<sup>526</sup>.

In una situazione del genere, dove la malattia mentale, benché nascosta e mascherata da riti di esaltazione collettiva, è riscontrata in misura crescente nella popolazione autoctona, il problema dell'assistenza mentale non si limita affatto agli

---

<sup>522</sup> Ivi, p. 39.

<sup>523</sup> *Ibidem*.

<sup>524</sup> *Ibidem*.

<sup>525</sup> Ivi, p. 40.

<sup>526</sup> Ivi, p. 39.

indigeni, ma riguarda a maggior ragione gli italiani insediati nelle terre d'Oltremare. Se per quanto concerne i primi l'esigenza di assistenza psichiatrica appare finalizzata agli scopi, a carattere scarsamente umanitario, di "miglioramento e selezione della razza nera"<sup>527</sup> a loro volta motivati, parrebbe dal tono dell'articolo, da esigenze di sfruttamento produttivo, non molto diverse sono le ragioni che spingono a preoccuparsi del trattamento delle malattie mentali tra il "numero non disprezzabile di soldati, di operai, di lavoratori di ogni classe che vengono in queste magnifiche ma ancora incolte ed abbandonate terre a portare la loro opera fattiva, il simbolo più bello della più nuova e più grande Italia: il lavoro"<sup>528</sup>.

Dopo aver evocato la soluzione sino ad allora adottata nei domini italiani del Corno d'Africa per far fronte al problema psichiatrico, ossia il funzionamento negli ospedali coloniali principali di un "piccolo reparto neuropsichiatrico"<sup>529</sup>, Cabitto passa poi ad evocare la soluzione che andrebbe adottata, anche in ragione della sempre maggiore affluenza di italiani nei centri di colonizzazione, in un'ottica di profilassi e cura. Secondo il primario del frenocomio di Novara "occorre [...] istituire al più presto degli ospedali psichiatrici, anche di piccola capacità, ma modernamente attrezzati, almeno nei capoluoghi sedi di Governo, sia per la cura dei nazionali che degli indigeni"<sup>530</sup>. La struttura dell'ospedale che andrebbe idealmente creato, o meglio degli ospedali, poiché Cabitto ne prevede addirittura uno per ogni sede di Governo<sup>531</sup>, è descritta in maniera piuttosto minuziosa. Sarebbero da preferire le moderne strutture a padiglioni separati, ampliabili nel tempo "senza

---

<sup>527</sup> Ivi, p. 40.

<sup>528</sup> Ivi, p. 39.

<sup>529</sup> "Attualmente – credo – presso qualche grande ospedale (Asmara, Addis Abeba) funziona un piccolo reparto neuropsichiatrico, ma questo può tutt'al più servire come astanteria, come centro diagnostico, come soluzione momentanea ma non certo come vera e propria casa di ricovero e cura", ivi, p. 40. Con quest'affermazione introdotta dal "credo", sebbene veritiera, l'autore dimostra di non essersi dilungato in ricerche né di aver chiesto maggiori dettagli sulla reale situazione dell'assistenza psichiatrica a dei colleghi, magari ai direttori di quei reparti psichiatrici degli ospedali coloniali principali. Anche i dati presi dalle statistiche hanno fonti vaghe, il testo è cosparso di facili deduzioni e impressioni prive di attenta osservazione. Si capisce che Cabitto è stato invitato a scrivere su questo tema per le sue competenze professionali, ma non per avere davvero osservato e studiato le popolazioni indigene e in esse l'incidenza e le forme delle patologie mentali, né per aver lavorato in uno di quei "reparti neuropsichiatrici" che *en passant* evoca.

<sup>530</sup> Ivi, p. 40.

<sup>531</sup> I Governi dell'AOI erano i seguenti: il governo generale con capitale Addis Abeba, l'Eritrea con capitale Asmara, l'Amhara con capitale Gondar, Galla-Sidama con capitale Gimma, l'Harar con capitale Harar Jugol, la Somalia con capitale Mogadiscio.

essere danneggiati nella loro essenza e nel loro funzionamento”; basilari sono il padiglione osservazione, poi uno per “tranquilli o convalescenti” e infine uno per “clamorosi ed agitati”. Cabitto stima una popolazione manicomiale per una prima fase del funzionamento ma non esclude un aumento dei pazienti che porterebbe a dover affrontare lavori di ampliamento, nonché di specializzazione dei servizi. Inizialmente “un ospedale psichiatrico di un Governo potrebbe avere una capacità per cinquanta donne e cento uomini nazionali, e per duecento indigeni dei due sessi”<sup>532</sup>. Nazionali e indigeni sarebbero rigorosamente separati, come spiega questo passaggio: “per l’ospedale indigeno non si può certo pensare, neanche provvisoriamente a tukul o baracche, ma le costruzioni potrebbero essere fatte con molta più semplicità ed economia”. Il personale potrebbe constare, nella sua formazione minima, di “un direttore, un primario e due medici assistenti”<sup>533</sup>, coadiuvati da “un corpo di infermieri indigeni specializzati che non sarebbe difficile scegliere tra i nativi delle vecchie colonie eritrea e somala, [...] per la loro già avanzata civilizzazione e per la buona conoscenza della lingua italiana”<sup>534</sup>. Ciascun manicomio “locale” in una prima fase

dovrebbe essere costituito da un padiglioncino di osservazione, con venti camerette (dieci per uomini e dieci per donne), due salette per refettorio e soggiorno, quattro camere per il personale di assistenza, una sala per visita e medicazioni, e naturalmente latrine e bagni. Il padiglione, diviso a metà, potrebbe avere ai suoi due estremi le porte di accesso che sfociano in due cortili per modo che non vi fosse comunione fra i due sessi. Allo stesso modo, un po’ più grande, potrebbe essere costruito un altro padiglione per ammalati tranquilli e convalescenti con diversi dormitori di dieci letti ciascuno, e solo quattro camerette (due per uomini e due per donne) ed infine un altro padiglione per ammalati clamorosi ed agitati<sup>535</sup>.

In un momento successivo si potrebbe procedere alla:

---

<sup>532</sup> Ivi, p. 41.

<sup>533</sup> *Ibidem*.

<sup>534</sup> Ivi, pp. 40-41.

<sup>535</sup> Ivi, p. 41.

costruzione di reparti distinti, per epilettici, per cronici, per piccoli frenastenici [...]. Inoltre sarebbe necessaria una piccola Sezione per le malattie fisiche, con annessa una cameretta chirurgica. Ed infine un locale per terapia (marconiterapia-raggi ultravioletti-raggi X ecc.) con annesso laboratorio per ricerche chimiche, sierologiche, microscopiche, che potrebbe avere sede, unitamente ad una farmacia, in una palazzina per gli uffici, la direzione, l'alloggio dei sanitari. Nel centro più possibilmente geometrico di questo aggruppamento di padiglioni (che devono essere un po' distanziati fra di loro onde permettere lo sfogo di ampi cortili di soggiorno per gli ammalati), la cucina. Un po' eccentrici invece, da un lato la lavanderia con annessi apparecchi di sterilizzazione della biancheria, e dall'altro la camera mortuaria e sala per autopsie<sup>536</sup>.

Importante nella visione di Cabitto è anche l'ergoterapia: l'ospedale deve essere dotato di ampio terreno e orti da far coltivare ai pazienti, sia nell'ottica terapeutica del "lavoro all'aria aperta" sia nell'ottica economica dell'autarchia della struttura – che dovrebbe progressivamente costituirsi "quasi come una piccola città"<sup>537</sup> – come accade nei più grandi frenocomi del regno dove i pazienti frequentano dei laboratori, imparano dei mestieri, producono e riparano oggetti utili all'interno o all'esterno del manicomio. A tale proposito Cabitto scrive che

un ospedale moderno deve cercare con ogni mezzo di occupare al lavoro tutti gli ammalati e, qui nell'Impero, dove esistono estensioni di terreno coltivabile, l'ammalato di mente può essere benissimo applicato alla cultura della terra, ottenendo con ciò che le idee deliranti, le associazioni errate, i moti impulsivi vadano diminuendo e spesso anche riprendendo il loro indirizzo ideativo normale<sup>538</sup>.

Questa formula dell'ergoterapia, che fa del lavoro costante e controllato un potente motore di recupero del malato, costituisce anche un "non piccolo

---

<sup>536</sup> *Ibidem*.

<sup>537</sup> *Ivi*, p. 42.

<sup>538</sup> *Ibidem*.

contributo alla colonizzazione”, poiché, sia tramite la produttività, sia “restituendo alla società gran parte di coloro che se ne erano allontanati con l’animo sofferente e la mente in disordine”, dimostra ai popoli colonizzati “l’opera fattiva”<sup>539</sup> del popolo italiano.

### **L’idea di assistenza psichiatrica in loco resta un “pio desiderio”**

Quasi un decennio dopo la legge del 1933 (che affermava la possibilità di istituire un manicomio, in caso di rilevata necessità, attraverso un decreto del Ministero delle Colonie) e un lustro dopo la relazione di Padovani (che rimandava a tempi di più profonda organizzazione dell’Africa Orientale Italiana la soluzione del problema assistenziale psichiatrico) e l’articolo di Cabitto (che reclamava la rapida istituzione di manicomi nelle africane), in Etiopia, Somalia ed Eritrea, non esiste una sola struttura psichiatrica.

A questo proposito si rileva da un lato un’evidente discrepanza tra la percezione della necessità e urgenza di creare istituti di assistenza psichiatrica che avevano i medici psichiatri attivi in colonia e chi aveva voce in capitolo rispetto a tali istanze al Ministero delle Colonie o nelle amministrazioni coloniali; dall’altro lato si percepisce come una più profonda “organizzazione civile e politica”<sup>540</sup> non abbia avuto modo di dispiegarsi né tanto meno di contemplare la creazione di un luogo specifico di cura assistenza e custodia per alienati. In una relazione sul servizio sanitario in Eritrea<sup>541</sup> infatti, redatta verosimilmente nel 1947 dal neuropsichiatra Alfredo Lombardi – che abbiamo già incontrato in veste di primario neuropsichiatrico dell’Ospedale principale di Addis Abeba, poi trasferitosi dopo la

---

<sup>539</sup> Ivi, p. 43.

<sup>540</sup> Cfr. E. Padovani, *Malattie mentali e assistenza psichiatrica*, cit.

<sup>541</sup> *Relazione sul servizio sanitario in Eritrea*, compilata dall’Ispettore di Sanità Alfredo Lombardi, 1947, 5 pp. (ACS, Fondo Ministero Africa Italiana, b. 82). Viene redatta da Lombardi in quanto membro dell’Ispettorato generale di Sanità, diretto dal dottor Carlo Luigi Chiabrero, già direttore dall’Ospedale Regina Elena di Asmara, ora diretto dal dottor Cecere.

perdita dell’Etiopia in Eritrea, ad Asmara<sup>542</sup> – l’ultimo paragrafo, intitolato “mentali”, così recita:

ho diretto dal 1942 il reparto per mentali sia per nazionali che per nativi. Abolito quello per nazionali per rimpatrio dei malati, sono rimasti i nativi (circa cinquanta) alloggiati nelle Carceri Centrali in due celle con un corridoio. Il nome pomposo di Asil Mental non corrisponde allo scopo. È stato promesso varie volte in cinque anni di fare l’Ospedale psichiatrico per nativi che risponderebbe ad una necessità, ma credo che resterà un pio desiderio.

Per quanto concerne Addis Abeba, si assisteva negli stessi anni – quando l’occupazione italiana era ormai da tempo annientata – a una riorganizzazione dei servizi sanitari e all’implementazione dell’assistenza psichiatrica, trascurata dagli italiani. Secondo quanto riferisce lo psichiatra Atalay Alem:

In Etiopia i servizi sanitari psichiatrici moderni hanno avvio dopo la Seconda Guerra Mondiale, poco dopo la sconfitta e l’espulsione degli italiani dal paese. L’ospedale Amanuel, costruito dagli italiani durante i loro cinque anni di occupazione, per servizi di medicina generale, fu trasformato in ospedale psichiatrico, per internare gli alienati pericolosi. Venne scelta questa struttura per i malati mentali perché, a quell’epoca, era considerata abbastanza defilata rispetto al centro cittadino e perché l’area era quasi completamente boschiva, insomma un luogo adatto per tenere i pazienti disturbati isolati dal resto della società<sup>543</sup>.

---

<sup>542</sup> Nel 1947 Lombardi risulta esercitare all’ospedale “Regina Elena”, in base a un documento datato 19 febbraio 1947 in cui risultano esservi 44 medici in Eritrea, ripartiti tra diverse strutture e località (ACS, Fondo Ministero Africa Italiana, busta 82).

<sup>543</sup> Atalay Alem, *Inaugural Professorial Lecture: My Professional Journey and Mental Health Research in Ethiopia*, Addis Abeba, luglio 2012, p. 4.

L'ospedale Amanuel era stato edificato dagli Italiani nei pressi dell'omonima chiesa sulle alture occidentali di Addis Abeba nell'autunno del 1938<sup>544</sup>, nella zona della città in cui, in base al piano del 1938 concepito dagli architetti romani Cesare Valle e Ignazio Guidi, dovevano essere relegati gli indigeni<sup>545</sup>. Nasce appunto come ospedale per gli indigeni, costruito nella periferia della capitale, “to alienate the blacks from the occupiers”<sup>546</sup>. Con la fine dell'occupazione italiana (“sconfitta e espulsione”<sup>547</sup>, “cacciata” o “liberazione”<sup>548</sup>), dato il numero elevato di ospedali che erano sorti ad Addis negli anni dell'Impero, che andavano a sommarsi a quelli che già esistevano prima del 1936<sup>549</sup>, l'amministrazione decide di trasformare l'Amanuel Hospital in “manicomio per vagabondi con problemi mentali”: la posizione in un quartiere povero e il fatto che la struttura già accogliesse poveri, diseredati e individui con comportamenti antisociali fanno propendere per questa scelta. Non è chiaro quando il cambio di destinazione abbia avuto luogo, probabilmente nel 1948; nel 1952 invece il ministero della salute pubblica sostituisce il ministero degli interni nella gestione della struttura. In quegli anni non ci sono ancora medici etiopici, bensì inglesi, italiani, russi, jugoslavi, argentini. In un documento del 1948 conservato agli Archivi Nazionali etiopici vi è una lunga lista di medici operanti in Etiopia a quella data<sup>550</sup>: figura, come “private practitioner” a Addis Abeba, Henri Collomb, lo psichiatra militare francese che dieci anni dopo in Senegal sarà il primo a occupare la cattedra di psichiatria nell'ospedale di Fann e guiderà un gruppo composto di medici, antropologi e psicologi in uno dei primi esperimenti di etnopsichiatria. Per una fase successiva, Mesfin Araya nomina i dottori Capotta,

---

<sup>544</sup> Cfr. Richard Pankhurst, *An introduction to the medical history of Ethiopia*, Red Sea Press, Trenton 1990, p. 228.

<sup>545</sup> Il piano regolatore era concepito sulla base del criterio di segregazione razziale. Molto eloquenti sono a questo proposito le tavole del “Programma urbanistico per la città di Addis Abeba”, dove la “zonizzazione etnica” è rappresentata graficamente, CV-PRO/060, Archivio Cesare Valle, Roma.

<sup>546</sup> Mesfin Araya, *Postconflict internally displaced persons in Ethiopia: mental distress and quality of life in relation to traumatic life events, coping strategy, social support, and living conditions*, PhD thesis, Umeå Universitet, Sweden 2007, p. 63.

<sup>547</sup> Come descrive nella citazione sopra riportata il dottor Atalay Alem.

<sup>548</sup> Nella tesi di Mesfin Araya, *Postconflict internally displaced persons*, cit.

<sup>549</sup> Tra cui l'ospedale Menelik II, l'Hôpital Lambe e Dejazmatch Balcha Russian Red Cross.

<sup>550</sup> Ethiopian National Archives, Addis Abeba: Ministry of Health, Practitioners in Addis Ababa, 1940 (1948). La datazione è in base al calendario etiopico, in parentesi l'anno corrispondente.

Williams, Otto, Pavicevic come interni ad Amanuel, ma su nessuno di essi si hanno maggiori informazioni.

Nel 1965, quando il dottor Marco Pavicevic è direttore dell'ospedale, un medico dal nord europa fa visita alla struttura. Si tratta di Robert Giel, che pochi anni dopo istituirà la cattedra di psichiatria all'Università di Addis e inserirà la disciplina nel curriculum di studi medici. Così l'ospedale si presenta all'osservatore che abbia oltrepassato l'alto muro che lo separa dalla strada antistante:

Le misere condizioni [...] erano quelle della fossa dei serpenti di cui il mondo occidentale aveva dato l'esempio, ma che nei paesi industrializzati erano per lo più scomparse nelle loro forme peggiori: i pazienti internati erano molto più numerosi dei letti disponibili, molti erano nudi o praticamente nudi, incatenati; altri vestiti di cenci, e due volte alla settimana si tenevano sessioni gremite di elettroshock in una stanza affollata in fondo all'edificio. Uno psichiatra coraggioso e solitario dalla Jugoslavia (Dr Pavicevic) si dava da fare con la massa brulicante di pazienti, nonostante il budget infimo e il personale di scarso livello spesso assegnato al manicomio dopo essersi rivelato fallimentare altrove. Tra i risultati della sua attività, ottenne dal Governo la rimozione delle catene ai polsi dei pazienti criminali ammessi. A quell'epoca l'ospedale non era certo *a place where you would go for comfort*<sup>551</sup>.

Tuttora l'unico di tutto il paese, l'ospedale funziona, con 270 letti e 60 mila pazienti ambulatoriali, e prende parte all'attività e la ricerca scientifica locale nel settore<sup>552</sup>. Ancora oggi l'ospedale è considerato il *last resort*, e prima di farvi appello, la maggior parte della popolazione si affida forme terapeutiche tradizionali<sup>553</sup>.

---

<sup>551</sup> Robert Giel, *The prehistory of psychiatry in Ethiopia*, «Acta psychiatrica scandinavica», 100, 1999, pp. 2-4.

<sup>552</sup> Coordinata dalla clinica universitaria Saint Paulus, diretta dal dottor Mesfin Araya.

<sup>553</sup> Per lo più alle *holy waters* di Lalibela, Gondar, Axum, Debra Libanos.

## 2. L'assistenza psichiatrica nella Libia italiana: fasi e protagonisti

### 2.1. *Dai propositi costruttivi alla soluzione di ripiego (1911-1912)*

#### Lettere dalla campagna di Libia per i «Quaderni di psichiatria»

Nei mesi della campagna di Libia, l'interesse giornalistico o scientifico intorno alle sue terre e alle sue popolazioni trova espressione, tra le numerose pubblicazioni di diverso genere, provenienza e bacino di pubblico, anche nella letteratura psichiatrica: oltre a “cenni di psichiatria etnografica”<sup>554</sup> troviamo ora, nei testi che compaiono a partire dal 1911-1912, anche riferimenti all'opportunità di un'organizzazione psichiatrica per le regioni amministrare dall'Italia, alle modalità di cura e al confronto con le terapie indigene o con la noncuranza locale per i malfunzionamenti della “macchina mentale”<sup>555</sup>.

Nei primi mesi del 1912 lo psichiatra Gustavo Tanfani (?-1954), impegnato sin dall'ottobre 1911 nella campagna di Libia come volontario della Croce Rossa, indirizza alcune lettere al collega Mario Umberto Masini (1876-1943), che questi pubblica sulla rivista «Quaderni di psichiatria»<sup>556</sup> da lui fondata un anno prima. Nella prima missiva, datata 12 marzo 1912, Tanfani non fa cenno a questioni mediche o psichiatriche, anche se assicura che non appena gli sarà possibile, cercherà di “raccolgere qualche notizia per i Quaderni”<sup>557</sup>. Tali notizie verranno rese note nei numeri successivi dei «Quaderni»: nei mesi di aprile e maggio 1912 Masini pubblica

---

<sup>554</sup> Il riferimento è al testo “esplorativo” di B. G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, cit.

<sup>555</sup> È Angelo Bravi, psichiatra impegnato in Libia nella seconda metà degli anni Trenta, ad utilizzare quest'espressione nei suoi *Frammenti di Psichiatria Coloniale*, Pio Luogo Orfani, Brescia 1937.

<sup>556</sup> Gustavo Tanfani, *Lettera da Tripoli (23 marzo 1911)*, «Quaderni di psichiatria», I, 1911, 3, pp. 82-84. La rivista, fondata proprio nel 1911 da Masini e pubblicata a Cogoleto, reca come sottotitolo “Rivista di coltura e di classe”.

<sup>557</sup> Ivi, p. 83.

le lettere che Tanfani gli spedisce prima da Tripoli, a metà aprile del 1912<sup>558</sup> e poi da Rodi, il 20 maggio 1912<sup>559</sup>.

In queste due lettere troviamo alcune osservazioni “da psichiatra”, che vanno al di là delle constatazioni, allora in voga e più tardi smentite, della floridità della terra, dell’entusiasmo dei soldati e della convinzione di apportare miglorie alle barbare contrade. Nella lettera del 14 aprile Tanfani riferisce a proposito della percezione e considerazione che le popolazioni libiche musulmane hanno dei malati di mente<sup>560</sup>. Esistono due categorie: quelli venerati, eletti dal profeta e quelli, in genere innocui, il cui destino è la custodia in strutture di tipo ospedaliero. Ed è la familiarità con il Corano a costituire il discrimine tra malati della prima e della seconda classe: infatti “l’ammalato di mente è considerato dagli arabi e dai Fezzanesi in modo diverso secondo che sapeva o no leggere il Corano”. Nel primo caso:

Se l’alienato era prima così colto da leggere il Corano, le manifestazioni della sua malattia sono interpretate come l’indizio di una santificazione dell’individuo. È Maometto e Fatima la sua amante, che si sono degnati di dare un segno della loro protezione dall’alto e di additarlo così alla venerazione dei fedeli mussulmani. Il pazzo è subito dichiarato *marabut* (santone), il maggior rispetto lo circonda: egli è libero di correre ignudo per le vie, di trascinare per le piazze, a pubblica edificazione, i suoi manierismi, le sue stereotipie, di dare libero sfogo ai suoi impulsi motori, senza che alcuno lo schernisca o si sdegni se rimane vittima della sua agitazione. È così che le famiglie stesse delle vittime, quando ve ne sono, ben lungi dal

---

<sup>558</sup> G. Tanfani, *Lettera da Tripoli (14 aprile 1912)*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 3, pp. 130-131.

<sup>559</sup> Id., *Lettera da Rodi (20 maggio 1912)*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 4, pp. 184-187.

<sup>560</sup> La lettera inizia con queste parole, che permettono di inserire la vicenda di Tanfani nel più vasto quadro della guerra italiana per la Libia: “Avevo incominciato a prepararmi il terreno per raccogliere qualche dato interessante per il giornale, quando ci è giunto improvvisamente l’ordine di disfare l’ospedale e prepararci a partire per destinazione ignota. Quando sarò arrivato la informerò della nuova residenza, intanto però ho risposto negativamente alla richiesta di una nuova rafferma di altri tre mesi, e quindi, se riporterò la pelle sana, al 3 di giugno in qualunque parte mi ritrovi andrò in congedo”, p. 130. In conclusione delle due pagine Tanfani scrive: “Se mi fermerò per quest’altro mese in Tripolitania e Cirenaica spero potrò raccogliere qualche osservazione più interessante delle presenti, se andremo nell’Egeo avremo pure campo di vedere qualche cosa di buono; ad ogni modo io mi procurerò il piacere di tenerla informata, riservandomi di chiacchierare più a lungo di tutte queste cose al mio ritorno costà, che spero non sarà ostacolato da qualche palla turca o da qualche bacillo”, p. 131.

reagire, si credono anzi in dovere di ringraziare il Profeta del segno particolare di considerazione a loro data a mezzo del marabut.

Nel secondo caso, quanti “non sapevano leggere il Corano, sono considerati ammalati di mente (*mab-ful*) e inviati agli Ospedali: i turchi li tenevano in un reparto speciale dell’Ospedale Comune, ma non pare fossero più di tre o quattro e tutti tranquilli”<sup>561</sup>. È però la prima tipologia che attrae maggiormente chi non è abituato a una tale considerazione dei malati di mente; su questa Tanfani si dilunga riportando due esempi riferitigli da altri relativi a due figure di “santoni”, uno imprigionato sulla base di istanze delle autorità britanniche appoggiate da quelle turche, dal canto loro, secondo Tanfani, insolite a interventi repressivi; l’altro semplicemente “notato” tra la folla:

Ci vol’è [sic] del bello e del buono, qualche anno fa a poter arrestare quel marabutto che, con un colpo di sgabello, aveva spaccato il cranio, sulla pubblica via, ad un europeo, suddito inglese. La Ambasciata ne richiese immediatamente l’arresto, ma la popolazione non voleva assolutamente perché si trattava di recar sfregio ad un santone. Fu poi catturato e l’autorità turca si compiacque di ubbidire alle imposizioni inglesi trattenendolo in carcere dove il disgraziato morì dopo due anni. Mi si dice che, recentemente, ve ne era uno che si compiaceva, ogni tanto, gratificare con uno sputo qualcuno della folla che lo circondava. Il favorito, fuori di sé dalla gioia, si soffiava con le mani il santo escreato, cercando di spalmarsene il viso ed il capo.

Tanfani analizza poi l’epilessia, piuttosto diffusa e di cui accenna a credenze e terapie, aggiungendo ironicamente un paragone tra l’uso inefficace di un potente anestetico su alcune pazienti del manicomio dove lavora<sup>562</sup>, e gli effetti immediati, miracolosi, dell’“antiepilettico” che si presenta nella forma concreta di un pezzo di metallo da mettere nelle mani dell’individuo in preda a convulsioni.

---

<sup>561</sup> Questi “alienati non erano isolati dagli altri malati, per lo più infettivi, con cui condividevano spazi angusti nel vecchio ospedale”, Luigi Scabia, *Alcuni cenni storici sull’assistenza degli alienati in Tripolitania (luglio-dicembre 1912)*, Tipografia Aristide Carnieri, Volterra 1913.

<sup>562</sup> Si tratta del manicomio di Paverano, nel genovese.

Abbastanza frequenti sembra siano i casi di epilessia: spesso almeno accade, a quanto mi hanno riferito, che un arabo cada a terra colpito da un accesso convulsivo che avrebbe tutti i caratteri dell'attacco epilettico. In tal caso la prima cosa che fa un arabo che si trovi presente è di precipitarsi a richiedere una chiave maschio "mufta alkar" e, appena trovata, di metterla nella mano dell'epilettico: l'accesso deve cessare immediatamente. Io le trasmetto l'utilissima informazione e sono convinto che nella nostra F. o nella nostra C. il rimedio avrà una efficacia maggiore delle iniezioni di stovaina, di buona memoria. Agli epilettici non pare venga attribuita alcuna virtù speciale, almeno fin a che le manifestazioni sono semplicemente convulsive. L'epilessia è detta il mal della luna, perché gli arabi sono fermamente convinti che questa malattia incolga solo coloro che sono nati al tempo della luna nuova.

Infine tratta le forme deliranti dovute ad alcolismo o abuso di altre sostanze tossiche, rispetto alle quali la preoccupazione non è accentuata. Apparentemente al capitolo "abitudini e vizi degli arabi" Tanfani avrebbe voluto dedicare maggiori osservazioni – dice infatti: "sarebbe stato interessante indagare" tali usanze – per verificare la "loro influenza sulla psiche di questi individui". Alcune certezze tuttavia le possiede e può comunicarle:

Certo è che il Corano vieta di bere vino e birra e perciò un buon Mussulmano (e sono quasi tutti rigorosamente osservanti) non appressa alle sue labbra bevande alcoliche. Fa solo eccezione il succo di palma fermentato [...] una bevanda disgustosissima per noi, ma deliziosa per gli arabi, specialmente i più rozzi, che se ne ubbriacano beatamente. I più raffinati preferiscono invece inebriarsi con haschich e con l'oppio fumandolo nel narghilé.

La lettera successiva viene scritta da Rodi<sup>563</sup>, nella data fatidica in cui l'operazione nell'Egeo – giustificata con il pretesto che da lì “partivano i rinforzi e gli aiuti militari verso la Libia” ma in realtà finalizzata a “minacciare da vicino l'Impero ottomano e gli Stretti” – poteva dirsi conclusa: “nelle mani degli italiani erano cadute, da nordovest a sudest, Patmo, Lisso, Lero, Clino, Coo, Nisiro, Piscopi, Simi, Calchi, Rodi e poi ancora Stampalia, Scarpanto e Caso”<sup>564</sup>. Tanfani racconta “brevemente e fedelmente gli ultimi avvenimenti”, da protagonista, insieme a “diecimila giovani figli d'Italia” del “più bell'episodio di tutta la campagna”, e da testimone privilegiato e prezioso, poiché nessun giornalista avrebbe seguito la divisione incaricata di operare nell'Egeo e i giornali non avrebbero perciò dato notizia, contestualmente, di tale episodio. “Il fascino della nuova impresa” si combina con reminiscenze di antiche virtù civilizzatrici e richiami alla Grecia classica, primo sito della lotta “contro il solito, implacabile, irriducibile nemico di ogni progresso morale e civile”. Il senso patriottico – “il grido «Viva l'Italia» mescolato alle note della nostra marcia nazionale” – accompagna il valore dell'esercito italiano, l'entusiasmo dei soldati, “la resistenza e l'alto senso del dovere”<sup>565</sup>, l'ordine e il rigore delle operazioni, di fronte alla “fiacca”<sup>566</sup> resistenza. “Il fiorente paesaggio” dell'isola di Rodi, “mite, dolce e armonioso” sollecita a stanare “i Saraceni annidati sulle aspre montagne nevose”, ad annunciare “che il loro regno, oltre il confine dell'Asia, sta per finire”. Lo stato di “abbandono completo” e miseria in cui versa l'isola dell'Egeo, come già il territorio libico, va di pari passo con la condizione degli abitanti indigeni, quei “sozzi musulmani che s'incontrano rari per

---

<sup>563</sup> Così inizia la lettera del 20 maggio 1912: “Domando scusa se, per tanto tempo, non ho potuto dare notizie di me, ma l'ordine tassativo del Comando che proibiva di scriver lettere è stato tolto solo da ieri, ed io ne approfitto subito per farmi vivo e per informarla che già si sta provvedendo alla nostra sostituzione. Non sappiamo ancora la data esatta della partenza, né l'itinerario che si dovrà seguire, ma è certo che, se vi sarà un ritardo nell'epoca fissata per il rimpatrio, questo non sarà che di pochi giorni”. Tanfani comunica anche la sua nostalgia per la patria e le occupazioni abituali: “Non le nascondo che all'indistinto senso nostalgico della lontananza si aggiunge, per spingermi ad affrettare il ritorno, il desiderio vivo di ritornare ai miei studi, ai miei lavori, alle mie ammalate, nell'ambiente sereno di Paverano, tra i libri della biblioteca, che immagino copiosamente accresciuta, nel laboratorio nuovo che suppongo già completo ed in vigorosa attività”, p. 184.

<sup>564</sup> Nicola Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., p. 107.

<sup>565</sup> “Bravi soldati i nostra fantaccini, ne possiamo essere orgogliosi, i giovani figli della terza Italia non hanno fallito la prova!”, Gustavo Tanfani, *Lettera da Rodi*, cit., p. 186.

<sup>566</sup> Ivi, p. 185.

le vie, con lo sguardo torvo, trascinando seco col giallore del derma il marchio della razza inferiore”. In questa immagine, che nel tratteggiare l’oggetto, molto dice dello sguardo del soggetto, l’indigeno è sporco e cupo, si trascina, sfugge lo sguardo; l’unico gesto deciso non è suo, ma è agito su di lui: è quello della marchiatura sulla pelle, e della registrazione scritta di un’aggettivazione che diventa stereotipo.

Prima di indossare i panni del medico e riferire le sue osservazioni psichiatriche (raramente dirette, più spesso di seconda mano), Tanfani loda le opere compiute dal Comando italiano sbarcato e installato, vittorioso, a Rodi, che ha proceduto a “epurare la città dagli elementi sospetti [...], a togliere le armi ai cittadini, ad organizzare i servizi” poiché “anche Rodi, come Tripoli, era tenuta dai Turchi in un abbandono completo”<sup>567</sup>. Infine riferisce di alcuni casi di alterazione mentale. Ricontrati nei soldati, tanto in Libia quanto a Rodi, essi vanno messi in relazione alle circostanze della guerra; sulle osservazioni di Tanfani e sulla “scoperta” del nesso guerra-follia-fuga prima della Grande Guerra ci soffermeremo più avanti<sup>568</sup>.

### **Lettere sanitarie da Tripoli nelle pagine della «Gazzetta delle Cliniche e degli Ospedali»**

Dello stesso “genere” sono le *Lettere sanitarie da Tripoli* che il dottor Luigi Dozzi<sup>569</sup>, sottotenente medico dell’Ospedale n. 53 della Croce Rossa Italiana a Tripoli, invia alla «Gazzetta delle cliniche e degli Ospedali», periodico pubblicato dall’Istituto di patologia speciale medica e metodologia clinica dell’Università di Genova. Esse ci permettono di accostare, più latamente, e attraverso gli occhi di un medico, la percezione che gli italiani sbarcati in Libia potevano avere della situazione

---

<sup>567</sup> Ad esempio, “all’ospedale turco, capace di un centinaio di letti, la Sanità militare non ci si poté aggiustare che dopo diversi giorni, tanto era il luridume, il disordine, la quantità di pidocchi, cimici”, *ibidem*.

<sup>568</sup> Cfr. 2.2. *L’alienazione mentale tra i militari nella fase italo-turca della guerra di Libia*.

<sup>569</sup> Pubblicate in piccolo volume come: Luigi Dozzi, *Lettere sanitarie da Tripoli*, Milano, Vallardi 1911. Dozzi proviene dall’Istituto di patologia speciale medica dimostrativa della Regia Università di Padova, diretto dal prof. Luigi Lucatello.

sanitaria ed igienica e delle modifiche da apportare con maggiore o minore urgenza a un sistema sanitario già in parte nelle mani delle potenze europee. La prima lettera, datata 18 novembre 1911 è “sulle condizioni igienico-sanitarie di Tripoli”; la seconda, del 22 dicembre, sulla “clientela tripolina” dei servizi sanitari italiani<sup>570</sup>.

Percorrendo le vie di Tripoli, “ciò che si offre allo sguardo è una folla di arabi cenciosi [...], la maggior parte se ne sta neghittosa accoccolata a terra in ozio”. La città è solo apparentemente “linda e pulita”, i servizi di pulizia delle strade e dei quartieri sono rudimentali e insufficienti; per questa ragione le autorità italiane hanno provveduto a organizzare “squadre di pulizia e disinfezione della città”<sup>571</sup>. Degli abitanti arabi si rilevano “la straordinaria apatia ed il tradizionale fatalismo”, osservate “nel modo con cui essi si esponevano al fuoco delle nostre trincee e della [sic] assoluta impassibilità che dimostravano i prigionieri quando erano condotti al carcere ed al momento della fucilazione”<sup>572</sup>. Apatia, fatalismo, impassibilità: nessuna risolutezza si rileva nell’atteggiamento dell’arabo, nemmeno in guerra, nemmeno di fronte alla morte; di nuovo l’autore evidenzia la fiacchezza, contrapposta al gesto fermo del soldato italiano che con le armi da fuoco decide il destino della popolazione nemica, civile oltre che militare. Nel ribadire caratteri già ascritti agli indigeni da diversi autori, queste righe ci dicono molto anche sui comportamenti dell’esercito italiano in Libia. Apatia e fatalismo sono le principali caratteristiche tradizionalmente attribuite dalla letteratura psichiatrica europea – oltre che da testi divulgativi di qualsiasi genere – alla psiche musulmana: le ritroviamo in testi coevi a quello di Dozzi, e più oltre, sino, ad esempio, al *Manuel alphabétique de psychiatrie* di Antoine Porot che, pubblicato per la prima volta nel 1952, raccoglie e fa sedimentare nozioni elaborate dall’*Ecole d’Alger* sin dal secondo decennio del XX secolo. Così il manuale alla voce *Psychopathologie de l’indigène algérien* – che sarà eliminata solo con la sesta edizione “entièrement réfondue” del 1984 – recita: “ovunque il fatalismo [...] ha segnato profondamente gli spiriti, sia nel modo di

---

<sup>570</sup> Le due lettere sono state ripubblicate in un piccolo volume: Luigi Dozzi, *Lettere sanitarie da Tripoli*, Milano, Vallardi 1911.

<sup>571</sup> *Ivi*, p. 3.

<sup>572</sup> *Ivi*, p. 6.

pensare, sia nel comportamento e nella sfera affettiva. [...] Tale fatalismo alimenta [...] la loro abulia, i loro capricci, la loro impulsività”<sup>573</sup>.

Il fatalismo degli indigeni emerge proprio nella dialettica con le figure e le strutture sanitarie; Dozzi afferma infatti a tale proposito che “gli ammalati indigeni presentano difficoltà ben maggiori nella cura poiché per il loro fatalismo rifiutano energicamente qualsiasi intervento terapeutico, perché sono abituati a non curarsi per niente e si accontenterebbero di un po’ d’acqua”. Di fronte alla malattia – sostiene un altro medico attivo a Tripoli già da prima dello sbarco – “il musulmano, fatalista com’è per religione, diviene apatico, si rassegna alle sofferenze, affronta con indifferenza la morte, che gli fa sperare una vita migliore d’oltre tomba”<sup>574</sup>. Ugualmente Angelo Bravi, psichiatra operante a Tripoli nella seconda metà degli anni Trenta, rileverà tale carattere fatalista come ostacolo alla cura, nonché alla comunicazione tra paziente e medico e allo studio del primo da parte del secondo: oltre alla difficoltà rappresentata dalla lingua, l’“interpretazione fatalistica della vita” si frappone alla buona riuscita degli interrogatori, dell’introspezione psicologica, della psicoterapia<sup>575</sup>.

Tornando alle lettere sanitarie di Dozzi, questi si sofferma dapprima sulle malattie più diffuse<sup>576</sup> e in seguito sulle “micidiali” ferite procurate a “ufficiali, soldati e marinai italiani” dai proiettili degli “arabi traditori”, che ha potuto osservare e curare dopo le “famose” giornate del 23 e del 26 ottobre 1911<sup>577</sup>. Il servizio

---

<sup>573</sup> Henri Aubin, *Psychopathologie de l'indigène algérien*, in Porot A. (a cura di), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris 1952. Dalla seconda edizione sarà il titolo della voce sarà *Psychopathologie de l'indigène nord-africain*.

<sup>574</sup> Camillo Barba Morrihy, *Notizie sulle malattie predominanti in Tripoli*, Stabilimento Arti Grafiche, Tripoli 1911.

<sup>575</sup> Su Angelo Bravi, con cui la psichiatria italiana in terra libica raggiunge una sua compiutezza e sistematizzazione, ci soffermeremo più avanti, limitandoci ora a seguire nel corso del testo i passaggi che portano all’approdo in Libia di uno psichiatra come Angelo Bravi e al dispiegarsi della sua operosità nella fase di organizzazione civile della colonia inaugurata da Italo Balbo. Cfr. 2.4. *Il primo studio sistematico di psichiatria coloniale in Italia: i “Frammenti” di Angelo Bravi*.

<sup>576</sup> Il colera è molto diffuso nella stagione estiva; diffusi sono anche il tracoma, la tubercolosi, la sifilide, la blenorragia, le dermatiti parassitarie; frequenti sono i disturbi gastroenterici, la febbre da datteri, la paralisi infantile, pressoché epidemica; meno frequenti la malaria, la meningite cerebrospinale e il vaiolo.

<sup>577</sup> Si tratta degli attacchi di Sciara Sciat e di Henni, effettuati dalle truppe ottomane col supporto di bande di libici, che costarono la vita a circa cinquecento soldati italiani il primo e duecento il secondo. “Tutte le autorità [...] intesero lo scacco di Sciara Sciat e di Henni come il segnale che l’occupazione era insicura e che la popolazione non solo non aveva accolto a braccia aperte coloro che credevano

sanitario è espletato da “uno ospedale civile che occupa i locali che lasciavano tutto desiderare ma che ora è stato rimesso a nuovo completamente”. Inoltre vi sono tre medici italiani “che disimpegnano il servizio di condotta [...] e conoscono la lingua locale”, elemento non indifferente per esercitare la professione medica a beneficio della popolazione indigena. Infine, dopo lo sbarco e l’occupazione, Sanità militare e Croce Rossa si sono date da fare per istituire “ambulatori e dispensari per sopperire ai più urgenti bisogni igienici e sanitari della popolazione” e per “porre riparo a tanti inconvenienti, sia per quanto riguardava il grande numero di italiani convenuti a Tripoli e dintorni sia anche per quanto riguardava gli indigeni”. Bisognava da un lato, “provvedere all’aumentato servizio di assistenza per gli indigeni, attirati in gran numero dall’insolito beneficio di un razionale e completo trattamento curativo”, dall’altro “non trascurare l’assistenza degli italiani, ammalati in colonia o infortunati nei numerosi lavori eseguiti in quel periodo tumultuoso”<sup>578</sup>. L’attenzione alle due categorie andrà di pari passo nei successivi trent’anni di occupazione italiana del territorio libico, con un differenziale di preoccupazione, trattamento e considerazione che sarà di volta in volta rilevabile.

Dozzi ha anche modo di esprimere il senso della presenza e dell’intervento dei medici in Tripolitania: “la nostra missione [...] era di soccorrere chiunque avesse avuto bisogno della nostra opera, fosse egli italiano o di qualunque altra nazionalità”; così facendo, penetrando “addentro nell’intimità domestica della nostra colonia”, maggiori erano le possibilità e più spianata la via, proprio grazie all’attività del medico, per “renderci amica quella gente che ora diffida di noi e ci tiene per

---

di essere considerati dei ‘liberatori’ dal giogo ottomano, ma addirittura sparava loro addosso”, Nicola Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., p.70. La repressione da parte italiana di questa ribellione, che gli italiani preferirono chiamare “tradimento” fu durissima: consegna delle armi, arresti in massa, fucilazioni, deportazione nelle colonie penali di Ustica, Favignana, Ponza, Tremiti. Così Ezio Maria Gray in *La bella guerra*, Bemporad, Firenze 1912: “Sospingemmo le orde innumeri verso gli ampi fondachi e le vigilammo alla baionetta, a mille a mille le incatenammo in una catena vivente di soldati e di borghesi. [...] Mentre radunavamo così centinaia di fucili e migliaia di pugnali e milioni di cartucce, le donne (le terribili donne che non avevano più nulla di femminile nel volto e nel cuore) armate nel seno, tra i capelli, sotto le vesti, mordevano ferocemente il pugno ai soldati che soltanto le perquisivano, e intonavano quell’alto canto roco di raganella, che è il segno guerresco della gioia per ognuno dei loro che la morte ghermisce e sospinge in grembo di Allah”, p. 15.

<sup>578</sup> A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli. Relazione compilata a cura della Commissione per l’amministrazione del Municipio di Tripoli*, Roma, 1914, p. 6.

nemici”<sup>579</sup>. Il medico è dunque vettore di quella penetrazione pacifica – resa possibile dalle armi, dalle fucilazioni, dalle repressioni – che deve persuadere le popolazioni dell’intima bontà, della benevolenza e dei vantaggi dell’occupazione, celata da un’iniziale violenza, male minore nel quadro di un incommensurabile beneficio, che si rende visibile in primo luogo nei servizi civili, in quelli sanitari in particolare, perché toccano tutte le fasce della popolazione, entrambi i generi e tutte le generazioni. Un saggio dell’approccio del medico alle fasce più facili da “conquistare”, per avvicinarsi attraverso queste a settori via via più influenti, lo troviamo nelle pagine di Alberto Denti di Pirajno, dapprima medico in Tripolitania ed in seguito funzionario in diverse aree dell’oltremare italiano:

Ovunque fossi incaricato di ricoprire il ruolo di Commissario regionale o di distretto, dalla Tripolitania all’Eritrea, dalla Somalia all’Etiopia, la prima cosa che facevo era cercare di conquistarmi la simpatia delle generazioni più giovani; regalando piccole spade di legno o cartucce vuote ai bambini e collanine colorate alle bambine, o gettando in aria una manciata di monetine al momento giusto nella piazza del mercato, riuscivo sempre a guadagnare popolarità. [...] Quando poi diventavo famoso come *habib assagbmyr*, “amico dei piccoli”, la distanza dalle donne si accorciava e in breve tempo si trasformava in confidenza<sup>580</sup>.

## L’Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli

Oltre all’ospedale turco, già prima dello sbarco dell’ottobre 1911, a Tripoli sono presenti diversi presidi ospedalieri gestiti da medici italiani. Si tratta in particolare dell’ospedale francescano, diretto dal medico Giovanni Terreni, struttura

---

<sup>579</sup> Il resoconto sulle “curiosità sanitarie della nostra colonia” prosegue con la descrizione della “clientela tripolina”: il caso di un notevole arabo il cui figlio ammalato viene curato a domicilio con zelo dai medici italiani, coadiuvati da un interprete e un secondo caso, che ha per protagonista un “bambino ebreo di tre anni ferito fin dai primi dello scorso ottobre da una scheggia di granata durante il bombardamento dei forti della città”, L. Dozzi, *Lettere sanitarie da Tripoli*, cit., p. 6.

<sup>580</sup> Alberto Denti di Pirajno, *A grave for a dolphin*, André Deutsch, London 1956, pp. 9-10.

“legata alla secolare presenza della missione francescana in Libia”<sup>581</sup> e del Regio ambulatorio “Guido Baccelli”, diretto dal dottor Camillo Barba Morrihy. Il regio ambulatorio è frequentato da una media di 30-35 persone al giorno; di esse:

La maggior percentuale è data dagli israeliti perché formano il nucleo più numeroso e più denso degli abitanti di Tripoli (città); hanno maggior attaccamento alla vita; sanno che la loro religione ascrive a grave peccato la negligenza della salute dell'individuo. Il musulmano, fatalista com'è per religione, diviene apatico, si rassegna alle sofferenze, affronta con indifferenza la morte, che gli fa sperare una vita migliore d'oltre tomba. Il numero dei frequentatori cristiani è esiguo perché essi rappresentano una minima parte della popolazione tripolina; hanno altri istituti di beneficenza (missioni cattoliche, missioni protestanti, cassa di Malta che sussidia e paga i mendicanti, mutuo soccorso maltese, comunità greca). Le donne che frequentano il regio ambulatorio sono in numero superiore a quello degli uomini perché hanno più tempo libero degli uomini e hanno più paura delle malattie. Le donne musulmane formano un numero inferiore a quello degli uomini perché l'uomo le tiene gelosamente custodite ed esiliate in casa e non permette loro di frequentare gli istituti medici<sup>582</sup>.

Questi sono i dati relativi alle visite nel periodo che precede l'occupazione e l'arrivo massiccio di coloni; li troveremo solo in parte confermati in seguito: mentre ovviamente si constaterà l'aumento del numero degli italiani che si affideranno ai servizi sanitari, con l'accrescersi del loro afflusso in colonia, si ribadirà che l'attaccamento alla vita, l'attenzione per la salute e l'attrazione per la scienza occidentale spingono gli israeliti a frequentare maggiormente ambulatori e ospedali italiani; tra la popolazione israelita – che non è in nessun'altra relazione successiva

---

<sup>581</sup> Paola Pellitteri, *Igea in colonia: biomedicina, istituzioni sanitarie e professioni mediche a Tripoli (1880-1940)*, Phd thesis, Istituto Universitario Europeo, Firenze 2009.

<sup>582</sup> Camillo Barba Morrihy, *Notizie sulle malattie predominanti in Tripoli*, Stabilimento Arti Grafiche Tripoli 1911. È datato 1907 il resoconto di Barba Morrihy della sua “attività in questo paese lontano, destinato senza dubbio a divenire una delle colonie più fiorenti d'Italia, se il senno dei suoi governanti di questa saprà facilitarne la via”. Tale resoconto, presentato con il titolo *Notizie sulle malattie predominanti in Tripoli* in un volume collettaneo dedicato al professore messinese Giuseppe Ziino, viene ristampato nel 1911, quando le notizie, di qualsiasi genere esse siano, sulla principale città della Libia divengono più utili e di stringente attualità.

definita maggioritaria – sono le donne a ricercare maggiormente il soccorso del medico bianco. Si aggiungeranno argomenti alla passività e al fatalismo e tali caratteri diventeranno le chiavi di accesso alla psicologia dei musulmani libici; si osserverà la minore affluenza delle donne rispetto agli uomini data la minore libertà di movimento e di iniziativa delle donne<sup>583</sup>. Le malattie che Barba Morrihy cura nell'ambulatorio sono quelle oculari, dermatologiche e infettive; la malaria è presente, insieme alla febbre dengue tipicamente tropicale; il colera, in forma epidemica, che mieterà vittime in numero massiccio tra il 1911 e il 1912, supera per casi e preoccupazioni ogni altra malattia riscontrata. Tra le patologie più lievi e gestibili, figura la febbre detta effimera, la cui insorgenza è “favorita dall'azione depressiva del clima, dallo strapazzo, da ogni eccesso, dalla mancanza di sonno, da influenze morali (neurastenia, nostalgia)”. Anche nella colonia libica, come abbiamo visto per l'Africa orientale, il problema dell'indebolimento psicofisico dell'immigrato bianco viene dunque rilevato, anche se in misura minore, data la maggiore prossimità climatica con l'Italia rispetto alle remote regioni equatoriali. Per la Libia in particolare, verrà segnalata l'azione nefasta del vento del deserto, il Ghibli<sup>584</sup>. Le complicanze psichiche della permanenza di coloni e soldati in un paese nuovo, terra d'immigrazione o di missione, i fattori predisponenti e i rimedi possibili, sono oggetto di diversi manuali già in questi anni, anche se la produzione di questo genere di pubblicazioni sarà intensificata nella seconda metà degli anni Trenta, con l'immigrazione dei “Ventimila” in Libia e la colonizzazione dell'Impero abissino<sup>585</sup>.

Il regio ambulatorio, che di fatto è attivo tra il 1902 e il 1912, quando le sue funzioni vengono assorbite dall'ospedale civile, viene così presentato da Domenico Caruso Inghilleri, tra *I primi ordinamenti civili della Libia*:

---

<sup>583</sup> Cfr. Angelo Bravi, *Frammenti*, cit.

<sup>584</sup> “Il Ghibli, che trasporta su tutti i paesi della costa libica il clima tropicale della regione dalla quale muove [...] nella maggior parte degli individui sani esso induce un senso di spossatezza, tanto più notevole quanto più elevata è la temperatura del vento e più lunga la sua durata, con senso molesto di bruciore al naso e agli occhi e facile tendenza alla lacrimazione; si nota inoltre una certa depressione nervosa con minore resistenza al lavoro fisico e mentale, ed oppressione di respiro, che si palesa nel correre o salire in fretta le scale”, Casarini, *Recensione a U. Gabbi, F. Scordo, G. Rizzuti, Malattie infettive e malattie cutanee. Contributo della Commissione governativa per lo studio delle malattie tropicali nella Libia, Messina 1912*, «Giornale di Medicina militare», 1912, pp. 914-917 (914).

<sup>585</sup> Cfr. ad es. Lincoln De Castro, *Per star bene nelle colonie: nozioni e consigli agli Italiani dell'Impero*, Hoepli, Milano 1938.

L'ambulatorio Guido Baccelli era istituzione italiana, sorta nel 1902 ed annessa alle Regie scuole, per iniziativa del nostro governo. Posto nel recinto della città vecchia aveva reso importanti servizi alla causa italiana durante la dominazione (p. 264) turca. Con l'occupazione passò insieme con gli altri servizi civili nazionali preesistenti alla dipendenza del governo locale, che vi diede un'amministrazione organica col decreto 28 gennaio 1912, sottoposta alla vigilanza e tutela dell'ufficio civile. Con l'occupazione, cessati i fini per cui originariamente venne fondato, fu mantenuto come istituzione sanitaria a pro degli abitanti, e ne fu, all'uopo, ampliata e intensificata l'azione, aggregandovi medici della croce rossa. L'ambulatorio Baccelli contribuì, coi parecchi altri temporaneamente istituiti dalla autorità sanitaria militare e dalla Croce Rossa, al risanamento della città. Quando però lo stato igienico si fece buono e fu impiantato, completo in ogni parte, l'ambulatorio per cure generali e speciali, nell'ospedale civile, venne meno la ragion d'essere dell'istituzione, assorbita come era da quella ospedaliera<sup>586</sup>.

Con la chiusura dell'ambulatorio, Barba Morrihy passa a dirigere *pro tempore* l'Ospedale civile, che nasceva dalla ristrutturazione dell'ospedale turco. Già versato in questioni di sanità indigena e organizzazione dei servizi medici, riceve dal governatore l'incarico di assumerne il possesso ed assicurarne il controllo e la gestione appena due settimane dopo lo sbarco delle truppe italiane; così Barba Morrihy descrive le condizioni della struttura:

Il 21 ottobre 1911, per incarico di S. E. il Governatore mi recai a prendere possesso dell'ospedale della Beledia, adibito sino a quell'epoca unicamente per infermi arabi, e trovai un fabbricato, sito in un giardino, e che conteneva malati e ricoverati non malati; quest'ultimi internati solo per godersi gratuitamente il vitto fornito dall'Ospedale. [...] Lo stato dei locali ospedalieri era indescrivibile: non letti, non coperte, non utensili indispensabili, nulla insomma che potesse indicare la più elementare applicazione dei principi igienici. Si aggiunga a questo il decadimento degli

---

<sup>586</sup> Domenico Caruso Inghilleri, *I primi ordinamenti civili della Libia (3 ottobre 1911-9 gennaio 1913). Contributo alla storia della conquista*, Loescher, Roma 1914.

ambientanti per la nessuna cura di ripararli dai danni del tempo e delle intemperie; la sporcizia indescrivibile e incredibile per cui le corsie erano ridotte a veri focolari d'infezione d'ogni genere. Il servizio farmaceutico non esisteva che nominalmente, essendo la Farmacia sprovvista dei più necessari medicinali e trovandosi i pochi, che rimanevano negli scaffali, in condizioni di deterioramento tali da renderli inutilizzabili. La camera operatoria, sporca, con le finestre sconnesse, conteneva un armadio con pochi vecchi ed arrugginiti strumenti chirurgici, e un letto operatorio di legno, bruttato da pus, da sangue coagulato e da ogni genere di lordura. Accanto alla camera da operazione, una camera da medicazione sporchissima, contenente due armadi sconnessi e sudici, pieni di bende fatte con strisce di vecchie lenzuola. Trovai anche una camera magazzino, ingombra di coperte sudice, tolte dai letti degli ammalati, ed un'enorme quantità di baraccani di lana (mantelli arabi di lana di pecora), che erano stati tolti ad arabi morti nell'Ospedale ed una gran quantità di oggetti vecchi, deteriorati, da far somigliare il magazzino stesso ad una bottega da cenciaiuolo. [...] Accanto alla camera magazzino, una o due camere sudice, senza letti, con pavimenti in Corassan (buon battume in calce, sistema arabo), tutto pieno di crepacci e d'infossamenti, erano adibite a raccogliere una folla di malati e di mendicanti, che ivi si rifugiavano e languivano di fame e di febbre, addensati sul nudo pavimento. Accanto alla precedente, la sala mortuaria, angusta, non aerata, niente soleggiata, da cui emanava un fetore insopportabile, ricolma di cadaveri appartenenti non solo all'Ospedale civile, ma a tutta la città araba, giacché era invalso l'uso di portare all'ospedale tutti a cadaveri degli arabi e dei turchi (cadaveri di musulmani) prima di seppellirli, per sottoporli alla cerimonia religiosa del lavacro, praticato da un prete, in uno spazio di pochi metri quadrati di terra, situato ad un metro di distanza dall'unica porta della cucina, attingendo acqua dallo stesso pozzo, e con lo stesso secchio adoperato dalle donne cuciniere<sup>587</sup>.

---

<sup>587</sup> Camillo Barba Morrihy, *L'Ospedale civile Vittorio Emanuele III di Tripoli: appunti storici*, Tip. Ditta C. Nava, Siena 1913.

Nel novembre 1911 viene creata la “Direzione generale di sanità militare e civile in Tripolitania e Cirenaica”<sup>588</sup>, presieduta da un generale dell’esercito, Claudio Sforza, coadiuvato dal commissario locale della Croce Rossa Lazzaro Negrotto Cambiaso e dall’ispettore della sanità civile Gaetano Basile. A tale Direzione sanitaria “è dovuta l’iniziativa del rinnovamento dell’ospedale civile e della farmacia municipale, la riforma della stazione di sanità marittima, l’istituzione di un ospedale d’isolamento, della sala celtica, di una sezione per i mentecatti”<sup>589</sup> su cui ci soffermeremo tra breve.

La direzione di Sanità incarica il dottor Camillo Barba Morrihy e il dottor Arcangelo Ilvento di “studiare un piano regolatore ospedaliero che, partendo dai locali esistenti, cercasse di arrivare alla costituzione di un Istituto completo di cura

---

<sup>588</sup> “Il governatore Caneva associò il contributo del corpo sanitario militare, quello della Croce Rossa, quello infine della sanità civile, costituendo un ufficio centrale, che prese il nome di Direzione generale di sanità militare e civile in Tripolitania e Cirenaica, suffragato da una commissione di tre membri: un generale medico del Regio esercito, presidente, che era al pari tempo dirigente dell’ufficio; il commissario locale della Croce Rossa e l’ispettore della sanità civile, membri”. Nell’ordine del giorno 8 novembre 1911, che “dava l’annuncio ufficiale della costituzione dell’ufficio”, la direzione generale del servizio sanitario militare e civile della piazza di Tripoli veniva affidata al maggiore generale medico Claudio Sforza, ispettore di sanità militare, affiancato in questo compito da Lazzaro Negrotto Cambiaso, colonnello della Croce Rossa, e da Gaetano Basile, dirigente il servizio di sanità civile. Cfr. D. Caruso Inghilleri, *I primi ordinamenti civili*, cit. Nel suo *La Tripolitania* (Enrico Voghera, Roma 1912) – in realtà una ristampa di un articolo apparso nella «Rivista di sanità militare» – Claudio Sforza scrive: “Durante la mia permanenza a Tripoli quale direttore generale dei servizi sanitari militari e civili dal novembre 1911 al giugno 1912 (cioè per tutto il periodo di funzionamento della direzione, essendo avvenuto il mio rimpatrio definitivo sotto la data del 10 luglio)”. Gli succede, a capo dell’Ispettorato di sanità Militare, il generale Luigi Ferrero di Cavallerleone. Futuro ambasciatore italiano al Cairo, Negrotto Cambiaso sarà il rappresentante italiano che firmerà l’accordo sulla delimitazione delle frontiere tra Cirenaica ed Egitto, il 6 dicembre 1925 al Cairo, mentre Gaetano Basile (1864-1952), nei primi anni Trenta sarà direttore generale della sanità pubblica presso il Ministero dell’Interno. Poco tempo dopo il decreto di creazione della Direzione di sanità, il 30 dicembre 1911 un ulteriore decreto del governatore Caneva stabilisce, a complicare parzialmente il quadro, che “i servizi sanitari della città di Tripoli sono posti alla dipendenza di un ufficiale sanitario, che è anche direttore dell’ufficio di igiene e di assistenza medica della città stessa”. All’articolo 2 lo stesso decreto recita: “Il dott. Alessio Nicolais, segretario medico della direzione generale di Sanità pubblica del Regno, è temporaneamente incaricato, e fino a nuova disposizione, delle funzioni di ufficiale sanitario della città di Tripoli”.

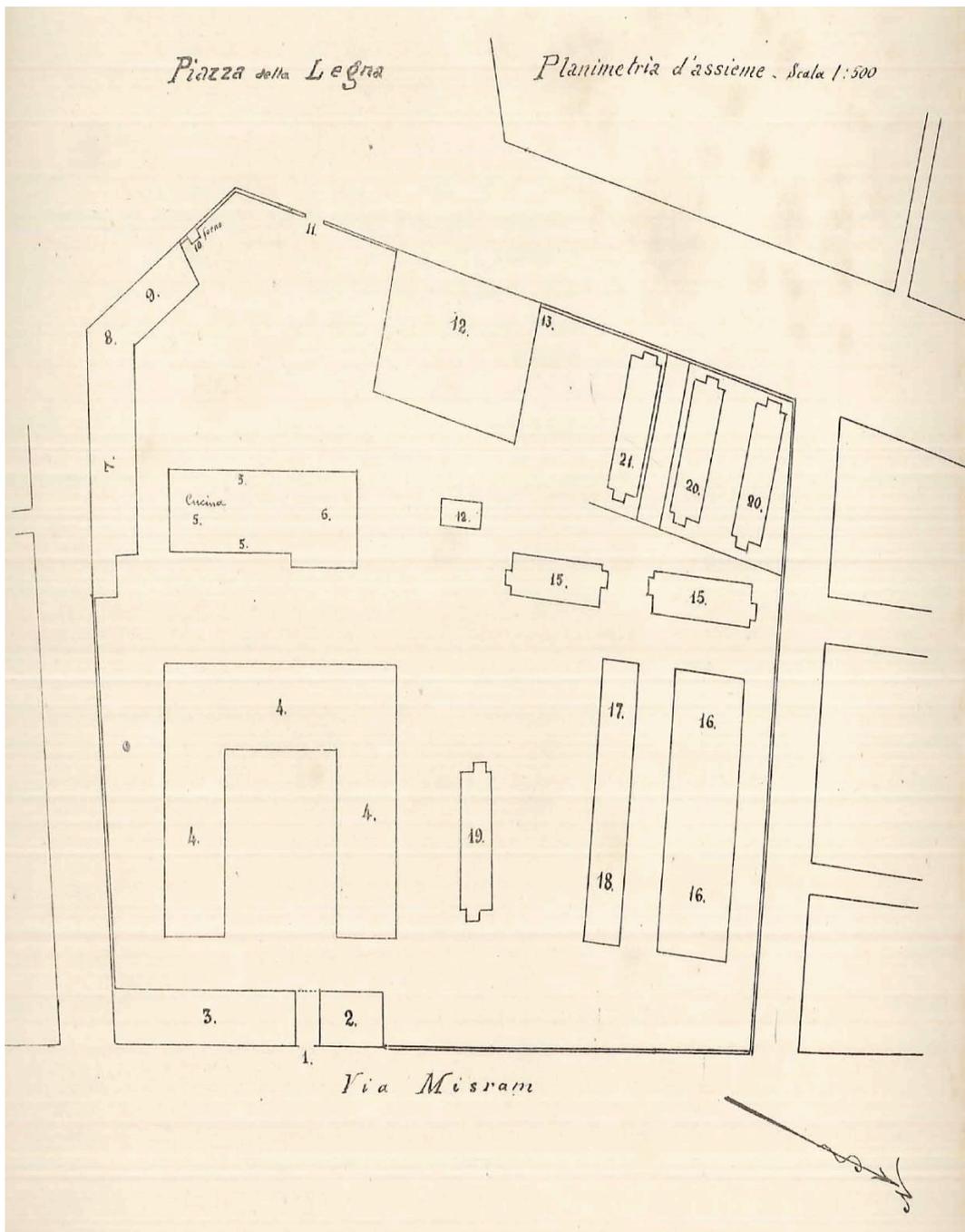
<sup>589</sup> D. Caruso Inghilleri, *I primi ordinamenti civili*, cit., p. 30. Alle pp. 160-161, dopo aver descritto le deplorevoli condizioni sanitarie di Tripoli, passa ad elencare con maggior precisione le opere intraprese “sotto la pressione di siffatte anormali condizioni sanitarie”; si procedette infatti a: “l’ampliamento dell’ambulatorio Guidi Baccelli già esistente, l’impianto di numerosi altri, fra cui due per la cura oftalmica, la riforma completa dell’ospedale civile, l’istituzione di un ospedale per malattie infettive capace di 120 letti, l’impianto della stazione sanitaria marittima, con un reparto di osservazione per 210 posti, con un ospedale d’isolamento a sistema cubicolare capace di 150 infermi, la riforma della condotta d’acqua potabile della Bumeliana, l’impianto infine, d’una sala celtica e d’un reparto per mentecatti”.

[...] senza sospendere il funzionamento dell'istituto, nel più breve tempo e col minimo dispendio possibile”<sup>590</sup>. Il piano è presentato nel gennaio del 1912 e nel marzo viene approvato dalla Direzione sanitaria e dal governatore; in una prima fase l'amministrazione dell'ospedale è affidata a un commissario straordinario (Zedda). Contemporaneamente si procede alla pubblicazione dei bandi di concorso per i posti dei medici, che avrebbero ricoperto le diverse funzioni previste dall'organigramma (un capo reparto di chirurgia e un assistente; un capo reparto di medicina e un assistente; un addetto al laboratorio) andando a sostituire i sanitari incaricati pro tempore che avevano retto l'istituto agli albori della sua trasformazione.

Nella ristrutturazione dell'area ospedaliera viene mantenuto l'antico fabbricato che da solo costituiva l'ospedale turco, ed adibito al reparto chirurgia nonché ad alcuni servizi generali; vengono aggiunti quattro padiglioni prefabbricati Docker (“un modello perfezionato di baracche”): due di essi per l'isolamento dei malati contagiosi, uno per le malattie oculari e un ultimo per i degenti solventi. Vengono costruiti invece in muratura un edificio dedicato al pronto soccorso, all’“armadio farmaceutico ospedaliero” e agli uffici amministrativi, e un altro a due piani, destinato agli ambulatori, al laboratorio clinico, alla biblioteca. Ugualmente l'ospedale viene dotato di un locale disinfezione e di un locale docce, per l'igiene dei pazienti. Se il locale delle cucine, un corpo di fabbrica a sé situato dietro l'edificio a ferro di cavallo preesistente, il primo citato, viene restaurato e mantenuto nell'antica funzione, in un momento successivo vi si costruiscono “in continuazione [...] due ambienti con una latrina, per tenervi gli alienati in provvisorio ricovero”.

---

<sup>590</sup> A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, cit., p. 2.



Pianta dell'ospedale civile con relativa legenda, tratta dal volume di A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli. Relazione compilata a cura della Commissione per l'amministrazione del Municipio di Tripoli*, Roma, 1914.

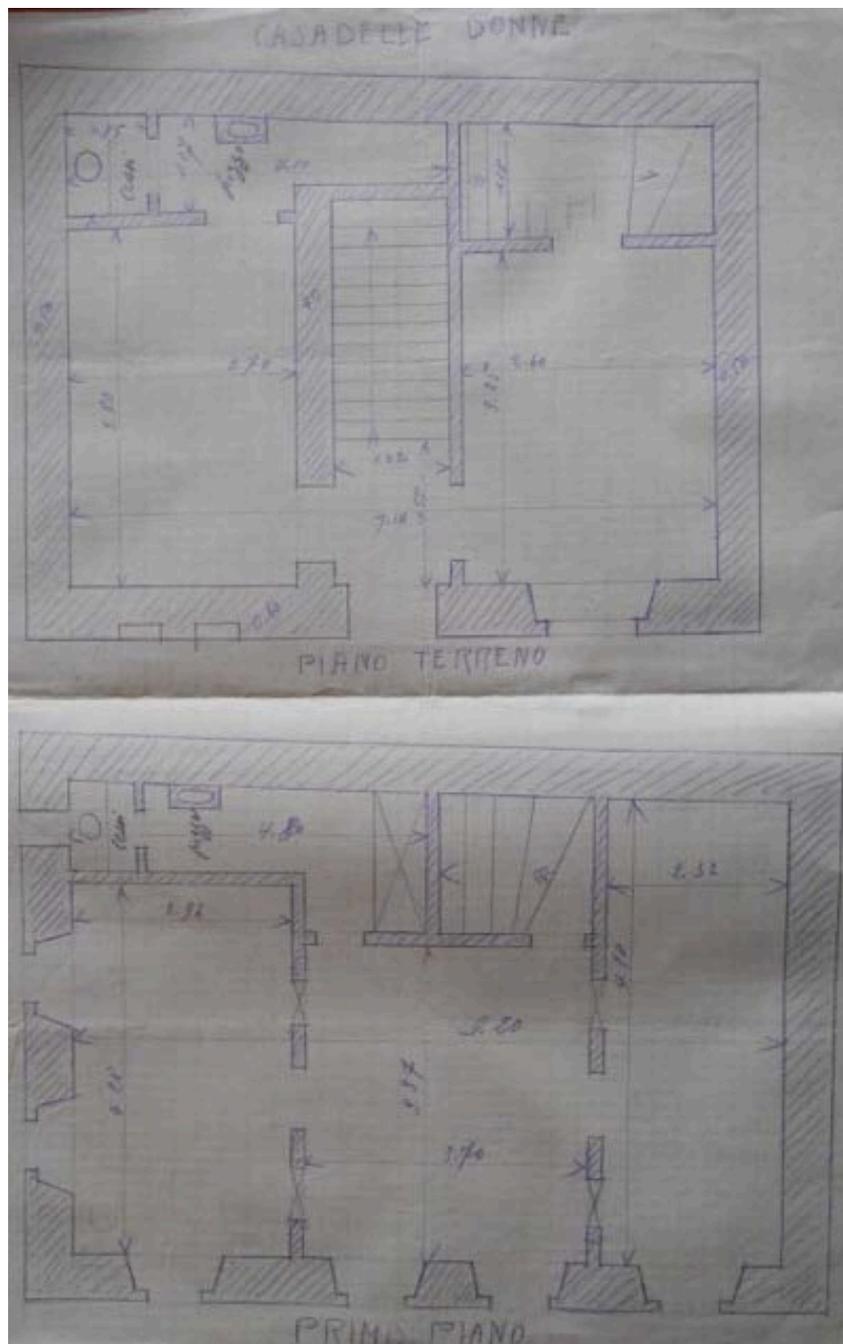
# Leggenda

- |   |   |
|---|---|
| 1. Porta maggiore.  | 8. Magazzino.   |
| 2. Pronto soccorso ed alloggio del medico di guardia: 5 ambienti.   | 9. Reparto mortuario (V. Dettaglio).                                    |
| 3. Uffici amministrativi, armadio farmaceutico.   | 10. Crematorio.   |
| 4-4-4. Edificio dell'antico ospedale arabo a due piani. attualmente sede del reparto chirurgico con 10 infermerie e 83 letti; delle sale di operazione, dell'armamentario, del gabinetto radiografico ed i servizi accessori. | 11. Porta minore.   |
| 5-5-5. Cucina. dispensa. economato.   | 12. Edificio a 2 piani per laboratori, ambulatorii ecc. (V. Dettaglio). |
| 6. Osservazione alienati.   | 13. Porta per gli ambulatorii   |
| 7. Stazione di disinfezione (V. dettaglio)  | 14. Stalletta per animali di laboratorio.                               |
|   | 15-15. Döcker per infermerie indigene.                                  |
|   | 16-16. Döcker id. id. europei.  |
|   | 17. Döcker infermeria donne indigene                                    |
|   | 18. Döcker id. donne europee.   |
|   | 19. Döcker id. pagamenti  |
|   | 20-20. Döcker infermerie isolamento                                     |
|   | 21. Döcker infermeria di malati di occhi.                               |

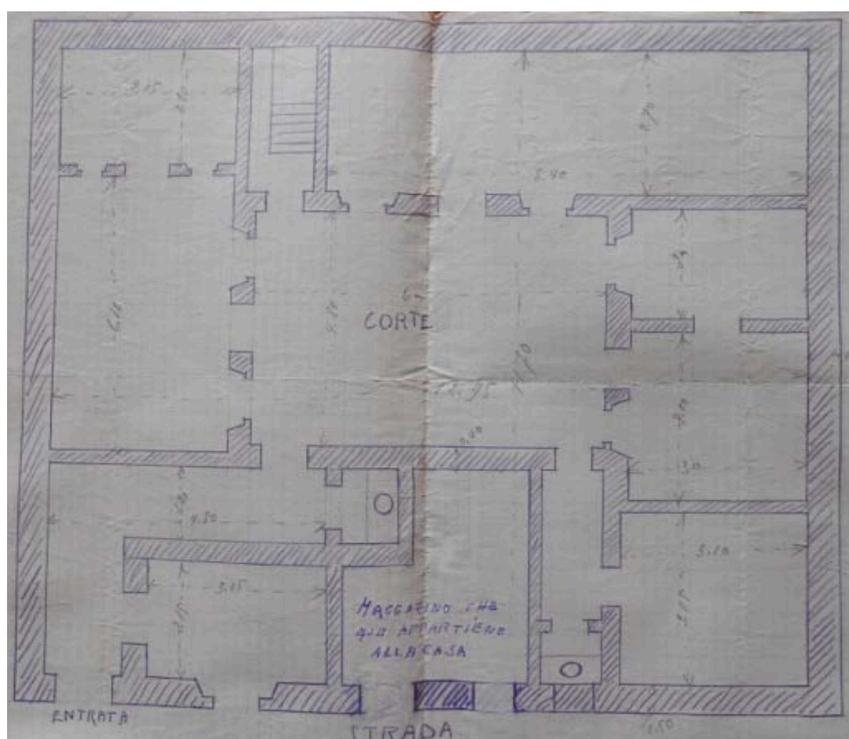
La soluzione dei locali di “osservazione alienati”, come recita la leggenda della pianta, adiacenti alle cucine, verrà adottata solo nel settembre del 1912 e sarà il frutto di una negoziazione tra diverse figure chiamate a operare intorno all'emergente questione dell'assistenza psichiatrica.

In un primo momento invece, prima, tra la fine del 1911 e il settembre del 1912, si decide di prendere in affitto due case, non distanti dall'ospedale, e di destinarle all'internamento degli alienati che “alla prima riorganizzazione dell'ospedale civile” erano stati trovati nell'edificio che già sotto il dominio ottomano era adibito a nosocomio; qui “gli alienati non erano isolati dagli altri malati, per lo più infettivi, con cui condividevano spazi angusti nel vecchio ospedale”. Con l'amministrazione precedente non era infatti prevista per questi soggetti una sezione speciale. Giacché “erano cagione di grave disturbo per gli altri infermi” e soprattutto perché in Europa era ormai invalso l'uso di dedicare loro

istituti speciali, ovvero i manicomi, con gli anni sempre più affollati, venne dunque deciso di collocarli in un'area non troppo distante, ma separata dall'ospedale civile.



Pianta della casa delle donne, per l'internamento delle alienate, disegnata da Scabia (Archivio Scabia) che così la descrive nel suo *Alcuni cenni storici*, cit.: casa "costruita all'europea, del tipo della più modesta casa operaia di un villaggio di campagna, composta di due piccoli vani a piano terra (cucina e salotto) e di tre stanze al piano superiore" (p. 3).



Pianta della casa degli uomini, per l'internamento degli alienati, disegnata da Scabia (Archivio Scabia) che così la descrive nel suo *Alcuni cenni storici*, cit.: casa “del tipo classico arabo col cortiletto centrale e le stanzette oblunghe, rettangolari, tutto all'intorno” (p. 3).

### **Il dottor Luigi Scabia dal manicomio di Volterra a Tripoli**

L'assistenza psichiatrica agli alienati già rinchiusi nell'ospedale turco e a quelli che via via si aggiungevano, viene affidata in un primo tempo al capitano medico Placido Consiglio e in seguito al direttore del manicomio di Volterra, Luigi Scabia (luglio-novembre 1912)<sup>591</sup>. Sulla decisione di istituire la “sezione pei mentecatti”<sup>592</sup> e sui primi mesi del suo funzionamento, ossia quelli della direzione di Consiglio, non abbiamo rinvenuto fonti documentarie. Consiglio vi fa cenno in una nota del lungo saggio *Studi di psichiatria militare* apparso sulla «Rivista sperimentale di freniatria» (1912-1913), in cui annuncia che

<sup>591</sup> Per maggiori indicazioni sulla vita e l'attività di Luigi Scabia, cfr. Vinzia Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2012.

<sup>592</sup> Domenico Caruso Inghilleri, *I primi ordinamenti civili*, cit., p. 26.

Ora che abbiamo occupata sì vasta colonia anche noi dobbiamo preoccuparci della più larga diffusione delle malattie mentali e nervose fra gli italiani che popoleranno le Colonie; ond'è che sin dal Giugno 1912, dopo aver tenuto per 3 mesi un piccolo reparto psichiatrico per borghesi a Tripoli, insieme al Prof. Scabia abbiamo proposto un largo progetto per un Asilo di alienati in Tripoli<sup>593</sup>.

L'attenzione a quest'aspetto della sanità dovette assumere una certa importanza agli occhi delle autorità presenti in Libia e di quelle centrali del Regno, se a metà del 1912 – a meno di dieci mesi dallo sbarco e dall'inizio dell'organizzazione civile e politica di quella parte di Libia che era stata “ufficialmente annessa” il 5 novembre del 1911<sup>594</sup> – un decreto del presidente del consiglio Giolitti convocava a Tripoli il direttore del manicomio di Volterra, con l'incarico di studiare l'andamento delle forme psichiatriche e una possibile organizzazione dell'assistenza agli alienati. Non è chiaro dalle fonti documentarie rinvenute come abbia avuto luogo la nomina di Luigi Scabia, se sia stato chiamato (e perché proprio lui?) a studiare la possibile organizzazione dell'assistenza psichiatrica nella regione appena conquistata, o se si sia proposto lui alle autorità per adempiere a questa funzione. Prima di lasciare Volterra, ai primi di luglio, affida la direzione *pro tempore* del manicomio al dottor Giuseppe Benini<sup>595</sup>. In ogni caso Scabia “accettò di buon grado l'incarico” perché l'occasione che gli si presentava poteva “accrescere il suo prestigio, ben consapevole della sua marginalità in seno alla comunità italiana degli psichiatri”<sup>596</sup>.

Nella prima lettera che Scabia scrive a Giolitti, il direttore del manicomio di Volterra sottolinea le proprie competenze nel campo psichiatrico e la sensibilità al problema dell'alienazione dei connazionali e degli indigeni nella neonata colonia, nonché alla questione dello studio e del trattamento peculiare delle patologie

---

<sup>593</sup> Placido Consiglio, *Studi di psichiatria militare III*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1914, pp. 881-899 (898, nota 98).

<sup>594</sup> Con il regio decreto 5 novembre 1911, n. 1247 “di annessione del territorio libico”, poi convertito nella legge 25 febbraio 1912, n. 83 dal parlamento italiano.

<sup>595</sup> V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit., p. 117.

<sup>596</sup> *Ibidem*.

psichiatriche “coloniali”, non secondari rispetto a quelli delle patologie mediche cui i presidi ospedalieri presenti a Tripoli avevano già in parte provveduto. Interessanti sono i diversi elementi che Scabia considera nella sua missiva, anche se non rivela i moventi più profondi che lo spingono a partire. Ci si chiede in particolare perché il direttore di un manicomio che ospita 800 pazienti, un istituto in espansione continua, prenda la decisione di partire per un luogo dove il successo non è garantito. Vinzia Fiorino nel suo recente libro sulla storia del manicomio di Volterra, ha avanzato l'ipotesi che lo abbia fatto anche per allontanarsi da un ambiente, quello degli alienisti italiani, in cui non godeva di grande considerazione – e questo sarà confermato dalle beffe al suo fallimento che giungeranno da lì a pochi mesi in particolare dall'ambiente genovese. Forse decide di partire per realizzare qualcosa di diverso, di nuovo, esportando un servizio come quello manicomiale, che ormai in patria non aveva più nulla di eccezionale, riproducendosi in ogni provincia in maniera quasi meccanica, secondo un modello che era seguito con maggiore o minore successo, attribuito sovente alle doti del direttore; e che tuttavia nella neonata colonia lo avrebbe potuto consacrare come pioniere di una psichiatria “oltremare”: lì infatti si aspettava di poter godere di un ampio margine di azione e di avere una grande libertà di iniziativa. Nella lettera a Giolitti in cui Scabia sembra proporsi come l'uomo giusto al momento giusto, il direttore del manicomio di Volterra enumera gli elementi che lo spingono in Libia: “cessata la guerra un forte contingente di connazionali dovrà soggiornare nella Libia per l'ordine, la difesa, la coltivazione, commerci, le industrie”. Oltre al colono, anche l'indigeno merita l'assistenza della sanità italiana, non solo per le malattie fisiche, per la cura delle quali l'occupante si è già mobilitato<sup>597</sup>, ma anche per i disturbi mentali: “le popolazioni di due vaste regioni assoggettate al Regno d'Italia si trovano, nei riguardi della loro integrità nervosa e mentale, in peggiori condizioni dei nostri connazionali, perché esposte oltre che alle comuni cause di mortalità anche quelle derivanti dalle condizioni speciali in cui si trovano”; non è chiaro quali siano le condizioni speciali: la guerra e le devastazioni ad essa legate? L'assoggettamento a un nuovo

---

<sup>597</sup> “Compiendo opera di somma civiltà, il governo d'Italia ha mirabilmente e signorilmente provveduto all'organizzazione del servizio sanitario per quanto riguarda l'igiene, rapida ospitalizzazione, cura di malattie d'indole medica e chirurgica”.

dominatore? Il clima o il “fattore etnico”? Ma gli ultimi due non sarebbero “speciali”: ordinari per gli abitanti di Tripolitania e Cirenaica, speciali semmai agli occhi dell’occupante. Ma non solo l’aspetto strettamente medico si porrà sul tappeto: vi saranno anche questioni legali e giudiziarie da risolvere con perizie “per decidere sulle condizioni dei nostri connazionali e degli indigeni (in modo particolare) passivi di delitti”; in tal senso l’opera dell’alienista si connette a quella dei tribunali, come “atto di alta civiltà e giustizia”. Si connette ugualmente a quella degli istituti di pena, dove tanto i principi di rieducazione dei detenuti quanto i criteri di costruzione delle strutture, coinvolgono l’esperto di questioni psichiatriche: data “l’importanza delle odierne affermazioni scientifiche sulle istituzioni penali e per i criteri di modernità ai quali queste dovranno uniformarsi, l’opera dell’alienista può divenire guida preziosa per la formazione di colonie agricole per condannati”. Tutto questo – cura e internamento degli alienati, costruzione di strutture detentive, perizie psichiatriche – deve svolgersi nel quadro normato e rassicurante della legislazione in vigore nella penisola italiana: “per il Decreto di annessione, nelle nuove terre non sarà dimenticata la legge 1904 n. 36 sugli alienati e sui manicomi”, aggiunge Scabia. Vi è un interesse infine per quella che Selvatico Estense ha chiamato psichiatria etnografica, altri psichiatria comparata e altri ancora chiameranno psichiatria coloniale: a tale proposito Scabia afferma che “non si può trascurare il fattore etnico nello sviluppo di una psicosi e [...] quindi si rende necessario studiare e conoscere quali forme di malattie mentali e nervose, a preferenza, si manifestino tra quelle popolazioni, e quale ne sia la loro particolare fisionomia”. Oltre a raccogliere dati quantitativi e qualitativi sulle patologie più diffuse, l’alienista parte con un’ipotesi, ossia che il “fattore etnico” dia alle manifestazioni psichiatriche una fisionomia peculiare, da confermare con il dettaglio, che deriva dall’osservazione diretta, di quali siano tali forme caratteristiche. Per tutte queste ragioni:

il sottoscritto offre l’opera sua e si dichiara disposto, subito, di andare nel centro che il Governo credesse più opportuno, coll’incarico di aprire, annessa agli stessi ospedali o altrove, una piccola osservazione, capace di

pochissimi letti per i casi urgenti, per tutte le cure, esami, giudizi, che si rendessero necessari e per compiere nel tempo stesso studi e riferire in proposito. Il sottoscritto si è laureato nel 1893, è allievo delle Cliniche di Padova e di Genova, e già da 12 anni Direttore del Manicomio di Volterra, Istituto costruito sotto la sua guida e da lui organizzato che ospita 800 alienati nelle Provincie di Pisa, Portomaurizio, Livorno, il sottoscritto che è autore di numerose pubblicazioni, fra le quali un trattato di terapia delle malattie mentali, nell'offrire l'opera sua è disposto a mettere a disposizione, per un esame, i suoi titoli e presentare giudizi dei più eminenti alienisti sulla sua capacità a corrispondere ad un incarico del genere. Nella speranza che l'E.V. con un senso di alta modernità, che non potrà che essere ammirata, vorrà, completando i servizi medici, accettare benignamente l'offerta, il sottoscritto ha l'onore di dichiararsi devotissimo<sup>598</sup>.

La sproporzione tra il curriculum e la posizione di Scabia “in patria” da un lato e la sua offerta di partire per un centro della Tripolitania quale che sia, per occuparsi di un “una piccola osservazione, capace di pochissimi letti” dall'altro, lasciano un po' smarriti e complicano la lettura di questa sua disponibilità a lasciare un grande manicomio per una piccola osservazione; anche se la curiosità e il desiderio di cimentarsi in un'impresa “nuova” e “utile” possono in parte spiegare la scelta. In una lettera successiva, datata 23 maggio 1912, che segue probabilmente una risposta positiva di Giolitti, Scabia ribadisce brevemente le ragioni diffusamente argomentate nella prima ed aggiunge alcuni elementi al suo curriculum, come la conoscenza della lingua araba, strumento indispensabile di comunicazione, tanto più in una professione come quella psichiatrica, ove la “cura morale” del paziente si basa sul dialogo<sup>599</sup>.

Il sottoscritto medico alienista Direttore del Manicomio di Volterra, riferendosi ad una sua precedente istanza nella quale offriva l'opera sua di

---

<sup>598</sup> Minuta non datata di una lettera di Scabia al presidente del consiglio Giolitti (presso l'archivio della famiglia Scabia, Volterra). Le sottolineature sono nel manoscritto di Scabia.

<sup>599</sup> Infatti “l'alienista ha bisogno in modo particolare e speciale, della parola, dell'eloquio sottile, penetrante, dolce, insinuante, che molce e corregge; deve stabilire una facile corrente di idee fra lui ed il malato”, Luigi Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 27.

alienista e neuropatologo per la istituzione di una piccola osservazione, per fare degli studi sulle malattie nervose e mentali predominanti nella Libia e sulla possibilità di istituire delle colonie penali agricole, conosciuto “che si sta studiando l’istituzione in Tripoli di un manicomio per indigeni ed europei, ed esaminando se si possa in via transitoria adibire qualche edificio all’osservazione e ricovero degli alienati” offre nuovamente l’opera sua di medico ed espone che è disposto ad accettare di far parte dell’VIII Corpo d’armata (più volte in proposito interpellato dal Comando di Firenze) in guisa di prestare un vero servizio militare. Aggiunge infine il sottoscritto che conosce la lingua araba e nella speranza la sua domanda sia benignamente accolta segna, col massimo rispetto, della S.V.E., devotissimo<sup>600</sup>.

Nelle ultime pagine del numero di giugno 1912 dei «Quaderni di Psichiatria», nella rubrica “Notizie personali”, si annuncia – non nascondendo sorpresa per l’“esotica” comunicazione – che “il dott. Scabia, a quanto ci dicono, è stato incaricato di organizzare il servizio manicomiale a Tripoli (?!)”<sup>601</sup>. Il periodico seguirà, con brevi notizie, la vicenda personale di Scabia e quella del servizio psichiatrico tripolino; lo stesso farà, con toni più formali e tecnici, la «Rivista sperimentale di freniatria».

Il bimestrale fondato nel 1875 da Carlo Livi, nel primo numero del 1912, informa i lettori sull’*Ordinamento dei Servizio psichiatrico in Libia* e sui medici che stanno attendendo alla sua organizzazione:

Per cura del Ministero dell’Interno e del Ministero della Guerra si sta provvedendo all’ordinamento del servizio psichiatrico in Libia onde sistemare in Tripoli una conveniente assistenza dei casi di psicopatie nei civili, nei militari e negli indigeni. Allo studio dei provvedimenti per la sistemazione di tale servizio attendono ora il Capitano Medico dott. Consiglio, già versato nelle discipline psichiatriche, e il Dott. L. Scabia Direttore del Manicomio di Volterra, e di esso si occuperà pure, nella sua

---

<sup>600</sup> Lettera di Scabia a S. E. Giovanni Giolitti Ministro degli Interni, Presidente del Consiglio dei ministri, Roma, datata 23 maggio 1912 (Archivio Scabia, Volterra).

<sup>601</sup> *Notizie*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 6, p. 260.

attuale dimora in Libia, il generale Ferrero di Cavallerleone, Capo dell'Ispettorato di Sanità Militare, al quale si deve il notevole sviluppo dottrinale e pratico che ha assunto negli ultimi tempi lo studio della Psichiatria, della Medicina Legale e della Criminologia nell'Esercito<sup>602</sup>.

Il redattore della notizia procede poi ad elencare “le prime proposte presentate al Governo dagli incaricati dello studio di tali provvedimenti”, ossia “1. La istituzione d'un Reparto d'osservazione per alienati, annesso all'Ospedale Civile e Militare di Tripoli, con adatto personale medico e d'assistenza. 2. la creazione di un vero e proprio Asilo per alienati in Tripoli, costruito ed organizzato secondo le norme dell'odierna Psichiatria”. Conclude esprimendo la propria condivisione della linea inaugurata da Consiglio e Scabia e da loro promossa presso gli organi di governo locale e quelli centrali del Regno in vista di un buon funzionamento dell'assistenza psichiatrica in Libia, nonché la speranza che

questi provvedimenti vengano al più presto attuati, onde evitare che i casi di alienazione mentale, che per tante cagioni sono già abbastanza frequenti in quella regione, abbiano a trovare un trattamento tutt'altro che rispondente alle esigenze della Scienza e dell'umanità, o che debbano essere volta per volta trasferiti in Italia, con gravi inconvenienti per la loro salute fisica e mentale e con forte ed inutile dispendio di tempo e di denaro<sup>603</sup>.

Chi era del mestiere, d'altronde, poteva intuire i rischi connessi a un'avventura nuova, che si sarebbe potuta risolvere, dal punto di vista della cura e della “tecnica” psichiatrica, ispirandosi a esempi poco illustri – le istituzioni turche che apparentemente avevano trascurato il problema e gli individui colpiti lasciandoli senza cure in condizioni deplorabili<sup>604</sup> o la “sorella latina”<sup>605</sup> che per anni aveva

---

<sup>602</sup> *Ordinamento del Servizio psichiatrico in Libia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1912, pp. 575-576.

<sup>603</sup> Ivi, p. 576.

<sup>604</sup> Cfr. ad es. la cartella clinica di Aescia M.: “È stata ricoverata sette anni nell'ospedale turco. Si trovava in un sottoscala, incatenata. Non può camminare come conseguenza della pregressa legatura”, conservata presso l'Archivio dell'ex ospedale psichiatrico di Palermo.

<sup>605</sup> Cfr. la lettera di Scabia e Consiglio.

trasportato i malati psichiatrici maghrebini negli *asiles* del sud della Francia – cedendo quindi a soluzioni sostanzialmente precarie.

### **Le proposte di Scabia per un sistema di assistenza psichiatrica in loco**

Il 18 luglio 1912 Scabia assume la direzione della sezione alienati<sup>606</sup>, ma si troverà presto in conflitto con il direttore dell'ospedale civile, da cui formalmente il reparto dipendeva. Nei suoi *cenni storici sull'assistenza degli alienati nella Tripolitania (luglio-dicembre 1912)* Scabia non esita ad affermare la sua posizione determinata e intransigente rispetto a una situazione che ritiene equivoca: la sezione alienati, pur dipendente dall'Ospedale principale, doveva essere diretta dall'alienista designato per quella carica e non dal direttore generale dell'ospedale – che invece intendeva “averne al sorveglianza e dare disposizioni” – poiché in gioco vi sono competenze diverse e perché, afferma, senza “libertà di azione e di pensiero” meglio è “declinare l'incarico”<sup>607</sup>. Questo sarà l'esito, per varie e ulteriori ragioni, della breve esperienza. Dopo appena cinque mesi Scabia tornerà in Italia, abbandonando l'incarico di direttore della sezione alienati a causa di una serie di disagi, incomprensioni, incompatibilità con scelte di budget e con soluzioni, nell'aspetto e nella sostanza, troppo provvisorie; anche se, come suggerisce Vinzia Fiorino, pare evidente che “il fallimento della sua avventura in Libia prima che politico e burocratico è [...] di ordine culturale”, ed è il “fallimento nell'incontro con l'«altro»”<sup>608</sup>, per il quale si prevedono sì luoghi di cura – nella logica del direttore “costruttore” – ma in un quadro culturale segnato dalle visioni razziste e orientaliste del tempo.

---

<sup>606</sup> Con una missiva datata 4 luglio il prefetto della provincia di Pisa comunicava al direttore del manicomio di Volterra, “per incarico datomi da S.E. il Presidente del Consiglio, che il Comando militare di Tripoli ha accolto l'istanza di V.S. ed acconsente ad assumerla in servizio alle proprie dipendenze affidandole la direzione del reparto della malattie mentali presso quello Spedale. Ella dovrà presentarsi al più presto al Comando del Corpo di Stato Maggiore per prendere gli opportuni accordi. Prego la V.S. di assicurarmi d'aver ricevuta la presente comunicazione” (presso l'archivio Scabia, Volterra).

<sup>607</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 4.

<sup>608</sup> V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit., p. 125.

I provvedimenti che paiono più urgenti a Scabia al suo arrivo sono il miglioramento dell'abitabilità e della sicurezza dei locali, l'arredamento (sino ad allora i malati dormivano per terra), la preparazione del personale di custodia, idoneo e formato per l'impiego (vi erano due infermieri, ma nessuno aveva la minima nozione di come si assistessero dei pazienti). Per imprimere una svolta in un clima di disorganizzazione, Scabia si propone di "suggerire al governo i provvedimenti" da adottare, ma il governo resterà sordo alle sue troppo ambiziose proposte, preferendo "mantenere lo statu quo, quantunque rappresentasse la negazione del servizio e dell'assistenza"<sup>609</sup>. Nello studio delle "varie forme di psicosi" e della loro diffusione sul territorio, del peso del "fattore etnico" e delle caratteristiche che esso imprime alla fenomenologia psichiatrica, Scabia rileva che alcune caratteristiche della "razza" – l'ignavia, la snervatezza, la rilassatezza dei costumi<sup>610</sup> – si riverberano, in misura accentuata, anche nella malattia mentale. A questo proposito, tra i pochi pazienti che è in grado di osservare – il numero di ammissioni mensili del reparto varia infatti da 3 a 8, con 4 dimissioni in media<sup>611</sup> – Scabia riscontra psicosi comuni ma nessuna patologia "strettamente legata a determinate forme infettive proprie di quel clima tropicale"<sup>612</sup> e, apparentemente, nessuna legata ai "fattori etnici" che ci si attendeva potessero dare un carattere peculiare alle manifestazioni mentali. Non sono rimaste note – né nel piccolo volume pubblicato, né nelle carte conservate dalla famiglia Scabia – relative allo studio di questi fattori etnici e ai risultati delle sue osservazioni eventualmente filtrate da questo criterio: forse ha abbandonato quel filtro nell'approccio ai pazienti,

---

<sup>609</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 11.

<sup>610</sup> Lettera di Scabia al presidente del Consiglio Giolitti, non datata, cit. L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., pp. 12 e 14. Tali elementi, oltre a costituire l'immaginario occidentale sull'Oriente, entreranno negli anni successivi a pieno titolo nella letteratura psichiatrica: cfr. ad es. A. Porot, *Notes de psychiatrie musulmane*, «Annales médico-psychologiques», 76, 1918, pp. 377-384; A. Bravi, *Frammenti di psichiatria coloniale*, cit., in particolare il quarto frammento: *L'anaffettività e l'Islam. Frammento semeiologico*.

<sup>611</sup> Questi sono i dati che Scabia riferisce nella sua pubblicazione; tra gli appunti manoscritti rinvenuti presso l'Archivio della famiglia Scabia le cifre (pazienti esistenti, ammissioni, dimissioni, morti) sono più precise e calcolate mensilmente: "Esistenti al 16 luglio 1912: uomini 10, donne 4; 16 luglio – 31 luglio: esistenti: 10 uomini, 4 donne; ammessi tre uomini; dimessi tre uomini. Totale 14; 1 agosto – 31 agosto: esistenti: 10 uomini, 4 donne; ammessi tre uomini, una donna; dimessi tre uomini, una donna. Totale 14; 1 settembre – 30 settembre: esistenti: 10 uomini, 4 donne; ammessi sei uomini, una donna; dimessi due uomini, zero donne; morti un uomo; restano: 13 uomini, 5 donne; totale 18".

<sup>612</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 16.

forse i casi esaminati non potevano confermare l'ipotesi, per il loro scarso numero, e non valeva quindi la pena quindi perseguire uno studio in tal senso. Tuttavia lo stesso fattore etnico incide, nella visione di Scabia – che in questo partecipava della cultura razzista atta a legittimare la colonizzazione<sup>613</sup> – nelle manifestazioni della psicologia “normale”: a proposito dei due infermieri che ha a disposizione e che subito farà licenziare, scrive che “tutte le idee primitive di gente rozza e incolta rifiorivano nella loro mente”<sup>614</sup>. Riferendo di una paziente “affetta da grande male isterico con spiccato disordine mentale”, guarita dai sintomi e dimessa, Scabia può dire che in breve tempo in lei “si ridestò [...] l'anima orientale [...]: il lavoro, anche lieve, non le piaceva; essa abbisognava di tabacco, di sostanze inebrianti, di muschio con che profumarsi”, secondo una visione del mondo decisamente “orientalista” che impregnava di sé, anche pregiudizialmente, e talvolta persino da lontano, l'immagine europea dell'Oriente<sup>615</sup>.

All'esiguità dei casi di ricovero in sezione attribuisce diverse cause: innanzitutto, la particolare attitudine degli arabi verso il malato mentale, per cui “molti individui sono sottratti, necessariamente, al campo psichiatrico”<sup>616</sup>. Solo il pazzo “eccessivamente rumoroso, spettacoloso, violento, distruttore” è degno di ricovero; frenastenie, epilessie, stati paranoici e isterici, deliri mistici “sfuggono completamente al manicomio”: per essi vi è anzi una certa forma di venerazione (che abbiamo già trovato descritta nella lettera di Gustavo Tanfani) di cui Scabia parla in questi termini: “Sono certe categorie di pazzi che forniscono i Santoni i quali sono rispettati e venerati. A qualcuno di questi monomani, in morte, si innalzano i marabutti [...]. Per questi non il Manicomio ma la gloria, la venerazione, il ricordo, il mausoleo”<sup>617</sup>. Anche nella relazione su *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, redatta dalla Commissione per l'amministrazione del Municipio stesso, si nota che “le forme di isterismo, l'epilessie, alcune forme di paranoia, di delirio acuto, di follia ciclica e simili, sono considerate manifestazioni di santità, e i soggetti

---

<sup>613</sup> Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit, p. 123.

<sup>614</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 6.

<sup>615</sup> Cfr. Edward Said, *Orientalismo. L'immagine europea dell'Oriente*, Feltrinelli, Milano 2002 (ed. or. 1978).

<sup>616</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 17.

<sup>617</sup> *Ibidem*.

(Marabut) riguardati con un misto di timore e di rispetto, mentre, mancando ogni mezzo di assistenza per questi infermi, essi vengono affidati al sentimento religioso dei loro simili”<sup>618</sup>. La mancata conoscenza dell’esistenza di una sezione psichiatrica, insieme alla diffidenza degli indigeni per le strutture europee, contribuisce all’esiguità dei ricoveri. A ciò si aggiunge lo stato di “piena attività guerresca”<sup>619</sup> che da un lato assottiglia le fila della popolazione civile, dall’altro ponendo in primo piano carestie e epidemie, miseria e depauperamento, mette a rischio per prime le vite dei malati di mente che vagano liberi, indeboliti e senza attenzioni.

Ricco di idee, propositi e ambizioni, desideroso di migliorare la situazione e disposto a rimanere in colonia qualora le autorità si fossero dimostrate in sintonia con i suoi desiderata, Scabia, appena tre giorni dopo la sua presa in carico del reparto, scrive, “fiducioso che sarà benevolmente accolta”<sup>620</sup>, una lunga relazione, firmata anche dal capitano medico Placido Consiglio, alla direzione generale dei servizi sanitari militari e civili di Tripoli<sup>621</sup>. In essa vengono accostate tutte le problematiche che l’assistenza psichiatrica in colonia implicava: l’opzione del trasferimento dei malati psichiatrici libici nei manicomi italiani, i costi e i danni che tale scelta comporta; la questione della lingua e dello sradicamento; la necessità di separare gli osservandi dai malati cronici; il problema della commistione o separazione dei malati indigeni da quelli italiani.

Scabia condanna fermamente la “ospitalizzazione degli alienati della Libia in Manicomi Italiani”; non è infatti possibile, a suo avviso, “pensare a uno scarico sistematico di alienati dalla Libia in Italia”; tale pratica può avere senso solo se considerata provvisoria, ossia in vista dell’implementazione di un sistema di assistenza psichiatrica in territorio libico, che contempra da un lato l’osservazione, dall’altro l’internamento psichiatrico in seguito a richiesta di “ricovero definitivo”. Altrimenti essa potrebbe costare troppi disagi ai pazienti stessi, che si troverebbero

---

<sup>618</sup> A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari*, cit., p. 24.

<sup>619</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 16.

<sup>620</sup> Ivi, p. 19.

<sup>621</sup> La lettera, presente nella forma dattiloscritta e corretta a mano presso l’archivio della famiglia Scabia, è riportata anche in appendice al volumetto di Scabia: *Alcuni cenni storici*, cit, pp. 19-22. A questa prima lettera seguirà un’altra, datata 20 settembre, anch’essa riportata in appendice a tale pubblicazione.

disorientati e soli negli asili italiani; ai parenti, che non avrebbero modo di visitarli; ai medici, che non sarebbero in grado di curare veramente poiché incapaci di instaurare in dialogo (l'incomprensione linguistica impedisce infatti un buon esito della "cura psichica, morale [...] elemento terapeutico di prim'ordine"<sup>622</sup>); infine al governo, che sosterebbe spese eccessive per un servizio, in ultima analisi, inadeguato, non all'altezza della missione civilizzatrice e moralizzatrice intrapresa con la campagna coloniale.

Per giustificare l'inopportunità del trasferimento dei malati nei manicomi italiani, dopo le ragioni di ordine economico, morale, di tecnica manicomiale, Scabia aggiunge che "non c'è nazione coloniale che abbia provveduto alla custodia degli alienati trasportandoli lontano dalle loro terre". Purtroppo Scabia si sbaglia, o non vuole rendere noto che la pratica era piuttosto diffusa. In particolare "la sorella latina", che pure ha provveduto alla costruzione di un reparto psichiatrico presso l'ospedale coloniale di Tunisi, inaugurato nel 1912 e diretto dal dottor Antoine Porot – cui si fa cenno in chiusura della lettera – per anni in Algeria, ha affrontato, eludendolo, il problema dei pazienti psichiatrici, francesi ed indigeni, con il loro invio nei manicomi della Francia meridionale. Già nel 1893 – ossia cinquant'anni dopo l'occupazione dell'Algeria – il dottor Paul Gérente denunciava "il viaggio molto triste [...] di un alienato dall'ospedale di Algeri al manicomio di Aix"<sup>623</sup>.

In occasione del convegno coloniale di Parigi del 1905 questo problema è posto in evidenza e per esso si auspica una più idonea soluzione. La sezione di medicina e igiene coloniale del congresso, "considerando che vi è un numero elevato di malati mentali nelle colonie francesi, che non vi sono asili d'alienati, che la pratica del rimpatrio dei malati in Francia in condizioni onerose e disastrose è l'unica misura d'assistenza, che le colonie inglesi e olandesi possiedono asili con

---

<sup>622</sup> Ancora sull'importanza della parola in psichiatria e sul problema dell'incomprensione linguistica si concludono le riflessioni di Scabia sull'assistenza psichiatrica in Libia: "Un europeo [...] per quanto conosca l'arabo, non sarà mai un ottimo psichiatra; l'alienista ha bisogno in modo particolare e speciale, della parola, dell'eloquio sottile, penetrante, dolce, insinuante, che molce e corregge; deve stabilire una facile corrente di idee fra lui ed il malato [...]. Per l'avvenire, se ci sarà un Manicomio, i buoni medici saranno i figli del paese. Ci potrà essere un direttore europeo, ma sarà un tecnico non curante. Uno psichiatra europeo si troverà sempre a disagio fra alienati arabi la cui lingua è troppo differente dal gruppo delle lingue latine", L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 27.

<sup>623</sup> Paul Gérente, *Discours prononcé par M. Gérente, séance du Sénat du 6 avril 1895. Discussion du budget de l'Algérie (exercice 1895)*, Imprimerie des journaux officiels, Paris 1895.

colonie agricole che offrono ottimi risultati” aveva emesso l’auspicio che venisse messo allo studio un progetto completo di assistenza in loco, limitando ai casi più gravi il trasporto in Francia. Le istanze promosse al convegno coloniale sono ribadite al congresso degli psichiatri del 1912, considerato il momento della nascita della psichiatria coloniale francese. Prima di istituire un sistema completo di assistenza psichiatrica in territorio coloniale, la cui prima opera è inaugurata proprio a Tunisi nel 1912 – un reparto psichiatrico nel nuovo ospedale coloniale – anche la “sorella latina” era dunque passata attraverso la pratica del trasporto via nave in madrepatria, con i costi, i disagi e i danni che esso comportava<sup>624</sup>.

Per disciplinare il regime delle ammissioni e dimissioni e “regolarizzare la posizione di tutti coloro che erano già stati ricoverati”, Scabia mira ad “applicare, per analogia, la legge italiana 1904 n. 36 sugli alienati e i manicomi”<sup>625</sup>. Insieme alla questione della scelta tra il trasferimento del “problema psichiatrico” in madrepatria o del suo trattamento in colonia con l’impianto di infrastrutture adeguate, anche quella della legislazione che regola gli ingressi e le dimissioni in ambiente psichiatrico è di primaria importanza. Un saggio della disorganizzazione e dell’ingenuità con cui di fatto hanno luogo dei “sequestri di persona”, tanto deplorati da Scabia, lo offre la lettura di alcuni passaggi di un articolo del dottor Luigi Mongeri, su *Lo stato attuale della psichiatria in Turchia*, del 1900<sup>626</sup>. Vero è che Mongeri parla del manicomio di Costantinopoli, ma non diversa doveva essere la situazione nell’Ospedale turco di Tunisi.

---

<sup>624</sup> Camile Gervais, medico interno ad Aix en Provence col compito di accogliere “questi sfortunati” nei primi anni del Novecento, sostiene che il 49% dei malati arabi trasportati al manicomio di Aix moriva nel giro di pochi giorni. Cfr. Camile-Charles Gervais, *Contribution à l’étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d’Algérie au point de vue médical et administratif*, Thèse Lyon 1907.

<sup>625</sup> Ivi, p. 15. La legge 14 febbraio 1904, n. 36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904, consta di dieci articoli e tratta della custodia e cura degli alienati; degli obblighi relativi e della procedura per l’ammissione e il licenziamento dal manicomio; della competenza delle spese, e ricorsi relativi; della vigilanza sui manicomi di competenza del Ministero dell’interno e dell’eventuale chiusura di manicomi in caso d’irregolarità. Per l’esecuzione di tale legge viene emanato il regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 217 del 16 settembre 1909, che regola ogni aspetto in maniera più precisa, in particolare le procedure di ammissione e dimissione dei pazienti.

<sup>626</sup> Luigi Mongeri, *Lo stato attuale della psichiatria in Turchia*, Calerini, Reggio Emilia 1900.

Né autorizzazione della questura né della procura imperiale sono necessarie per internare un individuo; basta che un parente, un servo od un amico lo conduca al manicomio, spesso anche senza certificato medico, perché egli sia accettato. Nei casi, dirò così, più ufficiali, o i parenti, per evitare le noie del trasporto al manicomio affidano il loro ammalato ad un agente di questura oppure, se è pericoloso, è arrestato sopra denuncia dei vicini. In entrambi i casi è condotto dapprima in prigione e poscia, se è riconosciuto veramente pazzo, in manicomio. In questi casi l'ammalato arriva al manicomio accompagnato da un ordine di polizia, concepito presso a poco in questi termini: "la direzione dell'ospedale XY è pregata di ricoverare il nominato N. N. e di rinchiuderlo nella sezione degli alienati di mente, perché riconosciuto alienato". Qualche volta però questi rapporti sono molto meno espliciti, si legge infatti spesso: "Rinchiudete il nominato N. nella sezione degli alienati perché probabilmente è pazzo". Nessun ragguaglio circa l'età, lo stato civile, le abitudini dell'ammalato, né sulle cause che hanno prodotto la pazzia, né sui fenomeniche lo hanno fatto ritenere alienato di mente. Si capisce quindi con che facilità si possa rinchiudere in Manicomio individui sani di mente, e quanto riesca difficile al medico di esaminarli e conoscere il loro vero stato mentale, privo come egli si trova del dato anamnestico.

Se queste righe parlano dell'ospedale turco di Costantinopoli, non è difficile immaginare che la situazione fosse analoga nel nosocomio di Tripoli prima dell'occupazione italiana; possiamo altresì ritenere, dati i reclami di Scabia, che tale situazione non avesse subito mutamenti significativi con la soppressione dell'ospedale turco, dove i malati mentali giacevano in mezzo agli infettivi, e il loro trasferimento nella neonata "sezione per mentecatti". Si capisce dunque perché un medico italiano, direttore di un frenocomio di vaste dimensioni e virtuoso, quale era quello di Volterra<sup>627</sup>, abituato ad adempiere alle formalità che regolavano ammissioni e dimissioni a partire dalla legge del 1904, intendesse mettere ordine in

---

<sup>627</sup> Per una ricostruzione accurata della storia del manicomio di Volterra, cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit.

tale genere di procedure<sup>628</sup>. Quando nel novembre del 1912 i primi pazienti libici verranno trasferiti dalla Libia all'Italia, vedremo che le leggi del 1904 e del 1909 troveranno applicazione, all'intersezione tra il sistema giudiziario libico che si andava modellando su quello della madrepatria e quello italiano.

### **Il ridimensionamento delle ambizioni di Scabia e la fine dell'esperienza tripolina**

La proposta avanzata dallo psichiatra di Volterra e dal capitano medico Consiglio nella lettera del 21 luglio alla direzione sanitaria di Tripoli è di costruire “una piccola osservazione [...] con annessi due padiglioni per l'accoglimento delle forme croniche”, con una capienza complessiva di 120 malati (20 in osservazione e 100 cronici) “suscettibile [...] di ingrandimento per i bisogni che si potrebbero avere nel tempo”<sup>629</sup>. Si tratta dunque di un reparto di osservazione, in cui i pazienti sono ricoverati per un primo periodo (quindici giorni in base alla legge del 1904) durante il quale si decide la loro sorte: necessità di “ammissione definitiva” e quindi internamento nelle mura manicomiali oppure rilascio, per non conferma della condizione patologica che faceva dell'osservando un soggetto “pericoloso a sé e agli altri”; e di una struttura manicomiale vera e propria – che nasce per ospitare cento pazienti ma che è passibile di ampliamento – che accolga i pazienti la cui patologia è cronica, ritenuti pertanto da internare. Nell'insieme, la proposta è ben più ambiziosa di quanto Scabia non lasciasse presagire nell'istanza presentata a Giolitti in cui si dichiarava disposto a partire per aprire “una piccola osservazione con pochissimi letti”. Il progetto risulta ridimensionato nella lettera del 20 settembre 1912, che fa

---

<sup>628</sup> Anche in Italia, d'altronde, prima che fosse stipulata una normazione organica del settore, con l'approvazione della legge 1904, “le uniche leggi afferenti alla materia erano quelle di pubblica sicurezza, la legge comunale e provinciale, per quel che concerneva la spesa di mantenimento dei folli poveri e, infine, la legge sulle Opere Pie del 17 luglio 1890, n. 6972, per quel che riguardava il mantenimento di folli non pericolosi a sé ed agli altri”; tali leggi non stabilivano regole ferree riguardo alle procedure di ammissione, per cui anche in Italia, con soluzioni formali che variavano da provincia a provincia, “non mancavano esempi di ammissioni sulla base di un semplice certificato medico o direttamente su richiesta dei familiari”, Candida Carrino, Raffaele di Costanzo, *Inventario. Archivio dell'Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli*, 2003, p. 13.

<sup>629</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 22.

riferimento solo alla costruzione di una sezione di osservazione “per disporre in modo conveniente alle bisogna di coloro che dovranno essere trasferiti”<sup>630</sup>. A quella data infatti era già stato deliberato che non si costruisse un frenocomio – perché “prematurato”<sup>631</sup> – ma che si procedesse con il trasferimento dei pazienti a Palermo, operazione su cui ci soffermeremo a breve.

Nel numero dell’ottobre 1912, i «Quaderni di psichiatria» – che lo psichiatra Emilio Padovani alcuni decenni dopo definirà fascicoli “agili, svelti, con qualche giovanile impertinenza”<sup>632</sup> – aggiornano i lettori sulla *Psichiatria in Libia*<sup>633</sup>, non senza dar mostra di una certa ambiguità e risentimento nei confronti del primo promotore dell’assistenza psichiatrica *in loco* per la “Quarta sponda”. Il redattore così descrive la situazione della psichiatria in Libia:

Veniamo a sapere che il dott. Scabia, incaricato dell’organizzazione di un comparto di osservazione a Tripoli, incontra non lievi difficoltà da parte dell’autorità locale. Oltre a non avere infermiere (sembra che non abbiano voluto concedergliene nemmeno una per le quattro ammalate oggi ricoverate) pare che ora vogliano abolire il comparto, mettendolo alla dipendenza dell’ospedale civile V. E. III, ed in quanto al costruendo manicomio pare che pensino d’inviare gli alienati in Sicilia.

Doppio scacco dunque per Scabia: il reparto osservazione, di fatto funzionante e autonomo solo per i mesi di settembre e ottobre 1912, sta per cessare la sua breve esistenza, mentre la proposta di costruire un manicomio è stata scartata per lo scarso numero di pazienti e il costo elevato della struttura che avrebbe richiesto personale specializzato. Dando prova di conoscere la situazione internazionale ed essere aggiornato su convegni esteri e argomenti di scottante attualità, Umberto Masini, autore dell’articolo, ricorda – riportando dati probabilmente tratti dalla voluminosa relazione su *L’Assistance des aliénés aux colonies*

---

<sup>630</sup> Ivi, p. 24.

<sup>631</sup> La lettera del Ministro dell’Interno è datata 31 agosto 1912.

<sup>632</sup> Emilio Padovani, *La stampa periodica italiana di neuropsichiatria e scienze affini nel primo centenario di sua vita, 1843-1943*, Milano, Hoepli 1946.

<sup>633</sup> *Notizie varie*, «Quaderni di psichiatria», II, 10, 1912, p. 427. La «Rassegna di studi psichiatrici» riporta la notizia con le stesse parole, rivelando di trarla dai «Quaderni».

presentata da Reboul e Régis al *XXII Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* tenutosi a Tunisi pochi mesi prima – “che l’Inghilterra possiede nelle sue colonie 74 manicomi perfettamente organizzati; l’Olanda ha dei manicomi coloniali che passano come modelli del genere; la Francia ha costruito da poco un nuovo manicomio al Madagascar, ed altri ne ha da tempo alla Martinica, alla Guadalupa, alla Gujana alla Réunion, alle isole della salute (per la Caienna)”. Prosegue facendo presente ai lettori che “nell’ultimo congresso degli alienisti francesi si è dimostrata la necessità di creare altri manicomi per le colonie, e precisamente: tre in Algeria, uno in Tunisia, uno nell’Africa occidentale, uno nell’Indo-Cina, poiché il trasporto degli alienati dalle Colonie in Francia ha dato finora dei risultati deplorabili”. Come al *Congrès* di Tunisi si è ribadito, è necessario procedere alla cura degli alienati *in loco*, almeno degli indigeni e degli europei curabili; della stessa opinione, come abbiamo visto, è Scabia, pronunciatosi fermamente per la creazione di una struttura manicomiale a Tripoli, così come lo è Masini, come dimostrano le parole seguenti, e forse più in generale la categoria degli psichiatri.

Gli ammalati indigeni devono essere curati sul posto, perché la traversata più o meno lunga e penosa, il cambiamento di clima, il sistema di nutrimento, di vestiario, la lontananza dalle famiglie ne danneggiano le condizioni fisiche e psichiche e li avviano alla morte precocemente, la maggior parte per tubercolosi. Tra gli europei potranno essere rimpatriati quelli affetti da psicosi croniche, mentre per gli ammalati di forme acute è palese la necessità di provvedere alla loro cura sul sito se non si vuol rischiare di comprometterne la guarigione e la vita spedendoli lontano.

In conclusione della “Notizia”, il tono si fa però sferzante nei confronti di Scabia, come se il fallimento del suo progetto tripolino fosse la giusta ricompensa per il suo “eccesso di zelo” nell’aver voluto far convergere sulla struttura psichiatrica di Volterra, che dirigeva prima della chiamata in Libia e che tornerà a dirigere alla fine del 1912, pazienti psichiatrici da numerose altre province: quelli di Siena e Lucca, ma anche di Porto Maurizio, Massa, Livorno, in una corsa all’ampliamento e

al prestigio, per cui lo si è recentemente definito, a buon diritto, “il direttore costruttore”<sup>634</sup>. Così scrive Masini, infine, “riguardo al Signor Scabia”:

ci sembra che non valeva la pena di essere strombazzato per tutti i giornali d'Italia più o meno illustrati, come il più grand'uomo della tecnica manicomiale italiana, per poi finire a mendicare un'infermeria dal militarismo africano. E se non gli vogliono dare il Manicomio (p. 428) locale non fanno che seguire le tradizioni di Porto Maurizio che aveva trovato nel manicomio di Volterra la complicità necessaria al doloroso pellegrinaggio degli ammalati di mente<sup>635</sup>.

Questo “pellegrinaggio”, doloroso sia che si effettui tra le due sponde del Mediterraneo sia tra due province italiane, benché deplorato e combattuto da Scabia, sarà la soluzione infine adottata dalle autorità locali, ovvero l'amministrazione italiana in Libia, e centrali del Regno. La risposta dall'amministrazione Istituti ospedalieri e di beneficenza – nella persona del commissario straordinario Zedda – alla lettera di Scabia e Consiglio è molto chiara sul futuro della psichiatria nella colonia libica: il Presidente del Consiglio dei Ministri ha comunicato infatti che non approva “l'impianto di un vero e proprio manicomio in Tripoli” perché considerato “premature”. Ritiene invece “conveniente che i mentecatti continuino ad essere trasferiti nel manicomio di Palermo il quale dispone di sufficienti locali per accoglierli”<sup>636</sup>; era stato infatti raggiunto un accordo con l'istituto già nel mese di agosto – appena un mese dopo l'arrivo di Scabia in Libia – per l'accoglimento dei pazienti libici<sup>637</sup>. Purtroppo il problema non era solo quello dei locali per accogliere fisicamente i malati: Scabia aveva addotto numerose ragioni contro il trasporto in Italia dei malati dalla colonia libica. E soprattutto tale

---

<sup>634</sup> Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit., in partic. pp. 37-41.

<sup>635</sup> *Notizie varie*, «Quaderni di psichiatria», II, 10, 1912, p. 428.

<sup>636</sup> Lettera datata 19 settembre 1912 dall'amministrazione Istituti ospedalieri e di beneficenza (commissario straordinario Zedda) a direttore Sala Alienati Scabia.

<sup>637</sup> Ciò si evince dal testo degli ordini di internamento dei primi pazienti inviati in Sicilia, firmati dal questore di Palermo, dove è citata una “la lettera del ministero [degli Interni] in data 31 agosto 1912 n. 21283” fatta pervenire agli organi di governo periferici coinvolti: la prefettura di Siracusa e la questura di Palermo.

“provvedimento non risolve del tutto la questione”<sup>638</sup>, nel senso che debbono essere presi in ogni caso, secondo Scabia, provvedimenti per “eliminare le cattive condizioni, gl’inconvenienti ed i pericoli dell’attuale sezione” e per approntare un reparto di osservazione anche per i casi in partenza.

Secondo quanto riportato nella relazione compilata nel 1914 dalla commissione per l’amministrazione del municipio di Tripoli, composta dai medici Arcangelo Ilvento (reggente la Direzione dell’Ospedale Vittorio Emanuele III), Pietro Tria (ufficiale sanitario e futuro direttore dell’ospedale) e Giovanni Casapinta (direttore dell’accampamento arabo-beduino) su *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, “il reparto alienati nei mesi di settembre ed ottobre 1912 funzionò come vero e proprio reparto a sé; dopo questo periodo, gli infermi di questo furono trasferiti nel manicomio di Palermo ed al reparto fu sostituita una sezione per osservazione temporanea di tali psicopatici, in attesa del trasferimento al manicomio”<sup>639</sup>.

Infatti con il mese di novembre e il trasferimento a Palermo dei pazienti già internati nelle due case poco distanti dall’ospedale, la sezione alienati, cessando di fatto in ragione dello svuotamento, viene soppressa e la presenza di un alienista non ha più ragione d’essere. Il reparto osservazione, costruito ora all’interno dell’ospedale – si dice infatti nella relazione sui servizi sanitari pubblicata all’inizio del 1914, che “sono stati costruiti da circa un anno due ambienti con una latrina, per tenervi gli alienati in provvisorio ricovero” – potrà essere retto dal personale medico, e ogni decisione concernente gli alienati sarà presa dall’assistente del reparto medicina d’accordo con il direttore dell’ospedale. Una lettera a Scabia datata 29 ottobre comunica chiaramente la decisione presa ministro degli interni e dalla Direzione affari civili della Tripolitania di concerto con il governatore:

“Visto quanto la Direzione degli Affari civili ha riferito al Comando di Piazza con lettera 4 ottobre corrente n. 5817, relativamente al funzionamento della Sezione alienati dell’Ospedale Civile Vittorio Emanuele III; vista la lettera 31 agosto u. s. numero 25283.9.1 con cui S.E.

---

<sup>638</sup> Lettera del 10 settembre 1912 da Scabia al Regio commissario degli istituti ospedalieri e di beneficenza in Tripoli.

<sup>639</sup> A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, cit.

il Ministro dell'Interno, ritenendo prematuro l'impianto di un vero e proprio manicomio in Tripoli, ha disposto che i mentecatti siano trasportati al manicomio di Palermo; considerato che con tale sfollamento l'attuale sezione di alienati all'Ospedale cesserà di fatto, e sarà soltanto necessaria una sala di osservazione per l'esame preliminare degli individui ritenuti alienati, esame che in vista di quello più particolare da farsi nel manicomio di Palermo, può essere affidato al direttore dell'Ospedale, in collaborazione coi due capi reparto; questo Comando approva la proposta soppressione della Sezione degli alienati dell'Ospedale e la conseguente cessazione dell'incarico e del compenso assegnati in linea provvisoria al Prof. Luigi Scabia, attuale direttore della sezione stessa". In osservanza della determinazione di S. E. il Governatore si partecipa alla S.V. che col 15 Novembre p. v. la sezione viene soppressa, cessando l'incarico affidatole di dirigere la sezione stessa<sup>640</sup>.

A distanza di due giorni arrivano le "dimissioni" del Direttore, d'altronde predisposte dalla volontà degli organi amministrativi di chiudere il reparto alienati e smaltire i pazienti rimanenti inviandoli a Palermo. In realtà il conflitto di Scabia con l'amministrazione ospedaliera verte anche su altre questioni, non ultima quella dello stipendio spettante all'alienista: in un primo tempo il suo stipendio è equiparato a quello dei capi-reparto, ma in seguito è "declassato" a quello dei medici-aiuto (gli assistenti del chirurgo, capo reparto chirurgia da un lato, e del capo reparto medicina dall'altro)<sup>641</sup>. Tanto inaccettabile è questo trattamento per il direttore del manicomio

---

<sup>640</sup> Lettera datata 29 ottobre 1912 dall'amministrazione degli istituti ospedalieri e di beneficenza al direttore della sezione alienati; oggetto: servizio alienati all'Ospedale Civile (Archivio Scabia, Volterra).

<sup>641</sup> Nell'archivio della famiglia Scabia sono presenti due lettere aventi come oggetto "aumento indennità". Così recita la prima, datata 2 ottobre 1912: "Inviato in Libia dal Ministero e comandato alla sezione psichiatrica annessa all'Ospedale V.E. III mi fu assegnato dall'Onorevole Comando uno stipendio di L. 200 ed una indennità mensile di L. 150, facendomi comprendere che per l'incarico, per quanto rifletteva l'Onorevole Amministrazione ospedaliera, io non potevo, per non creare precedenti, pur avendo la direzione della sezione, che essere trattato e considerato alla stregua degli altri Capo reparti. E trovando giusta l'osservazione accettai l'offerta. Ora ai capo reparti ed agli Assistenti vennero migliorate le condizioni economiche con un aumento di indennità che non fu a me assegnato. Parmi, pertanto, che dato il concetto primo che non si poteva assegnare a me un maggiore emolumento anche per non creare differenze con gli altri Colleghi, io debba, nel presente momento, non essere in modo differente considerato ed escluso dal beneficio e non debba, in pari tempo, con un assegno di L. 350 essere messo alla pari dei medici che hanno solo funzioni di Assistenti. Certo che la S.V. Ill.ma la quale, con imparzialità e premura, ha sempre curato gli

di Volterra, quanto insostenibile è la presenza di uno specialista di malattie mentali per l'amministrazione ospedaliera; all'interno di un organigramma che consta, almeno nel 1912, solo di due chirurghi e due medici – gli specialisti giungeranno solo progressivamente e il primo sarà un oculista – la presenza di un alienista che peraltro reclamava per sé un posto di preminenza o quanto meno autonomia, in contrapposizione al direttore dell'ospedale, non può che essere scomoda. Con queste parole Scabia si congeda dall'esperienza tripolina:

Prendo atto delle disposizioni di S. E. il Governatore relativa alla soppressione della sezione alienati annessa all'Ospedale V. E. III e alla conseguente creazione di una sala per osservandi. L'onorifico incarico affidatomi dal ministero dell'Interno viene così a cessare ed io rassegno nella mani della S.V. Ill.ma le dimissioni. Ragioni impellenti mi obbligano poi a non protrarre ulteriormente l'assenza dall'istituto che dirigo. È quindi doveroso da parte mia, per i necessari provvedimenti, che io significhi alla S.V. che non potrei prestare l'opera mia oltre il 30 novembre p. v. Nel contempo però mi è grato pormi a disposizione della S. V. per quanto riflette il trasferimento degli alienati al Manicomio di Palermo, il

---

interessi ed i diritti dei propri dipendenti vorrà riconoscere la equità della domanda ed appoggiarla, ringraziando con tanto ossequio, mi segno, devotissimo Luigi Scabia”. Così la seconda, del 31 ottobre: “Anche pel mese di ottobre non mi è stato assegnato l'aumento accordato agli altri caporeparti dell'Istituto; perciò mi permetto di ricordare alla S.V. Ill.ma la mia istanza 2 ottobre p.p. con preghiera sia presa in considerazione. Con ossequio distinto, il direttore Scabia”. Ora Scabia richiama l'attenzione sui suoi viaggi di andata e ritorno dalla Libia, nonché su un viaggio da Volterra a Roma per incontrare ufficiali dello Stato Maggiore per accordarsi sulla partenza agli inizi dell'estate 1912. Il 13 novembre 1912 rivolge preghiera al Commissario degli istituti ospedalieri di Tripoli “perché sia provveduto alla spesa rimpatrio Tripoli-Volterra. La domanda si connette ad altra mia con la quale chiedevo il rimborso spese per un viaggio Volterra Roma in seguito ad invito, a mezzo ufficiale 4 luglio 1912 n. 856 del sig. prefetto di Pisa, di presentarmi, per ordine di S.E. il Presidente del Consiglio, al Comando del Corpo di Stato maggiore per prendere accordi, e per ordini ricevuti poi al Ministero dell'Interno di partire per Tripoli nel più breve tempo e presentarmi al Comando dove sarebbe stata regolata la mia partita”. Gli scambi di missive per tali rimborsi continueranno fino al marzo del 1913, quando il commissario straordinario Zedda scrive a Scabia: “Il segretario generale, cui trasmisi per competenza la tabella di indennità da lei speditami, mi scrive che per poter procedere alla liquidazione ed al pagamento dell'indennità di viaggio dovute alla S.V. per il suo ritorno in Italia è necessario che la relativa tabella sia compilata con maggiore chiarezza di dettagli. Non sono indicate le ragioni per cui il prezzo del biglietto di passaggio on prima classe Tripoli-Siracusa è fissato in L. 70.50 anziché 69.50, e quello Siracusa-Volterra in L. 90.60 anziché in L. 86.10, come si rileva dalle relative tariffe. È indispensabile inoltre la documentazione del rimborso di L. 22.40 per trasporto del bagaglio, non essendo sufficiente la semplice indicazione della spesa. Restituisco la tabella, perché sia provveduto di conformità alla richiesta. Il commissario straordinario, Zedda”.

collocamento, nella sala che sarà indicata, di quelli che eventualmente non potranno essere trasferiti, la consegna degli stessi, a suo tempo, al sanitario cui sarà affidato l'incarico della sala osservandi.

Nel breve resoconto dei suoi mesi in Tripolitania, pubblicato al suo ritorno a Volterra<sup>642</sup>, Scabia renderà conto dell'amarezza provata “nel vedere che la più grande delle sciagure umane, la deviazione mentale, in questo secolo di civiltà e di progresso” viene trascurata, “proprio quando noi eravamo vessilliferi dell'una e dell'altro, fra gente incolta” mentre il risultato è stato solo quello di “umiliare l'io pensante”. Infine, il 2 novembre 1912 Scabia riceve la lettera con cui il commissario straordinario incaricato dell'amministrazione dell'ospedale, “prende atto”<sup>643</sup> delle sue dimissioni, altrove definite “licenziamento”. Elogiativa dell'attività svolta da Scabia, essa segna per il direttore del manicomio di Volterra, la fine dei rapporti con il mondo coloniale della Libia (gli unici strascichi saranno rivendicazioni di carattere economico da parte di Scabia).

La lettera con cui la S.V. Ill.ma mi ha presentato le dimissioni da dirigente della sezione Alienati è stata da me accolta con vivo rincrescimento, perché non dissimulo che l'Istituto, che ho l'onore di amministrare, perde un sanitario di cospicuo valore scientifico e personale che, in breve tempo e coi ben scarsi mezzi a sua disposizione, ha saputo dimostrare una non comune capacità amministrativa. Non posso dimenticare che oltre aver diretto con amorosa attività ed intelligenza la predetta sezione, ella ha prestato opera preziosa nell'ambulatorio delle malattie nervose e come preposto al gabinetto radioscopico, dando costante prova della sua cultura professionale e generale. Tutto ciò non posso che ricordare a suo titolo che è mio dovere porre in rilievo, nell'atto che Ella ritorna all'Istituto che ha saputo portare ad un così alto grado, augurando a Lei che possa raggiungere più completamente il premio della sua perspicua operosità ed

---

<sup>642</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit.

<sup>643</sup> Così scrive infatti Zedda: “Nel manifestarle quindi che ho preso atto delle sue dimissioni con decorrenza del 30 novembre p.v. voglia gradire i miei vivi ringraziamenti ed i sensi della massima stima. Il commissario straordinario”.

alla nuova colonia che un giorno possa avvalersi dei suoi studi e della sua capacità organatrice di enti frenocomici.

## **Il trasferimento dei pazienti al manicomio di Palermo**

Alla fine di novembre Scabia torna in Italia, dopo avere predisposto al fine del trasferimento degli alienati a Palermo, delle relazioni sulle loro condizioni psico-fisiche e quindi sulla loro trasportabilità e delle copie delle loro cartelle cliniche – scarse e poco dettagliate – ed aver infine “consegnato i tre alienati rimasti al Direttore dello Spedale Civile” mentre “gli altri erano partiti per Palermo”.

In una prima relazione, del 10 ottobre 1912, Scabia chiede al Regio Commissario degli Istituti Ospedalieri e di beneficenza di avvertirlo su “quali malati vorrà trasferire ed in quale giorno perché io possa preparare i relativi incartamenti e per poter indicare quanto personale di custodia si renderà necessario per il trasferimento”, avvertendolo inoltre che tutti i pazienti presenti, che sono diciotto, “mancano di vestiario e scarpe”. Nella seconda relazione, di venti giorni successiva, i pazienti in reparto si sono ridotti a 15: uno che “versava in condizioni gravissime” è morto e altri due sono guariti, e se ne attendono i familiari per la consegna. Scabia scrive due o tre righe per ciascun paziente – le stesse che saranno copiate, come anamnesi remota o prossima, nelle cartelle cliniche degli undici indigeni inviati al frenocomio palermitano – e così conclude, conscio delle complicazioni che potrebbero insorgere durante il trasporto e desideroso di scansare da sé ogni responsabilità su questo trasferimento che non aveva mai incontrato la sua approvazione:

Queste le condizioni psichico-fisiche odierne dei ricoverati in osservazione. Di più non posso aggiungere, né rilasciare il certificato richiesto dalla S.V. dal quale risulti che gli alienati da trasferirsi sono tranquilli. Evidentemente io non posso rilevare che le condizioni mentali di un determinato momento. Ogni mia asserzione sarebbe pericolosa e dannosa; quando io ho assicurato che un paranoico con delirio persecutorio è tranquillo, non so

durante il viaggio come possa interpretare la sua nuova condizione e se egli possa coinvolgere nel suo delirio chi lo circonda o lo assiste. Non è prevedibile come reagisca un alienato, nel presente momento tranquillo, durante una traversata ad es. burrascosa, disagiata. Mohamed bin Ali oggi non sarebbe trasferibile senza una rigorosa oculata custodia ed assistenza vigile. Infine rilasciando io il certificato nei termini richiesti dalla S.V. verrei implicitamente ad incontrare una responsabilità che non potrei assumere se non ho tecnicamente, rispondendo alla mia funzione, consigliato in quale modo e termini può essere fatto, a scampo di responsabilità per tutti, il trasferimento<sup>644</sup>.

Ai primi di novembre, la questura di Palermo riceve un telegramma dalla direzione della Polizia di Tripoli, in cui si comunica l'imminente arrivo dei pazienti, sollecitando l'“accompagnamento dei dementi [...] appena saranno arrivati” fino all'ospedale psichiatrico. Alla direzione dell'ospedale la notizia era stata comunicata con il seguente fonogramma:

Ordine superiore Ministero: domani col piroscalo Bisogno partiranno scortati per Siracusa e costé 7 alienati maschi e 4 donne trasferiti cotesto manicomio. Pregasi disporre mezzi trasporto da codesta stazione al manicomio e conveniente scorta. Prefetto Siracusa telegraferà ora arrivo.

La mattina dell'8 novembre i pazienti giungono alla Questura di Palermo, dove il questore compila e firma il modulo che conferma la necessità di internamento in base alla normativa vigente<sup>645</sup> e li accompagna al manicomio:

---

<sup>644</sup> Minuta della lettera del 30 ottobre di Scabia al Regio Commissario degli Istituti Ospedalieri e di beneficenza (Archivio Scabia, Volterra). Le sottolineature sono nel manoscritto.

<sup>645</sup> Fa infatti riferimento all'art. 2 comma 3 della legge 14 febbraio 1904 (“l'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del re, trasmettendogli il cennato documento”) e all'art. 42 del regolamento del 16 agosto 1909 (“l'autorità locale di pubblica sicurezza, appena viene a conoscenza in seguito a denuncia od altrimenti di un caso di alienazione mentale, se scorge in esso l'assoluta urgenza di provvedere immediatamente senza attendere l'autorizzazione del ricovero provvisorio dal pretore, dispone, con ordinanza motivata, il ricovero provvisorio stesso in base al certificato medico ed in conformità del terzo comma dell'art. 2 della legge”).

Il questore della città circondariale di Palermo, vista la lettera del ministero in data 31 agosto 1912 n. 21283 comunicata per telegramma dal prefetto di Siracusa, visto il referto medico rilasciato dal dottor Scabia dell'Ospedale di Tripoli (che si alliga) da cui risulta che X trovasi affetto da Y che lo rende pericoloso a sé ed agli altri; visto l'art. 2 comma 3 della legge 14 febbraio 1904 e 42 del regolamento relativo, ordina sia d'urgenza ed in linea provvisoria ricoverata nel locale manicomio la suddetta persona. Palermo, 8 novembre 1912. Il questore.

Scortati da personale disposto dalla Questura, i pazienti libici entrano al manicomio della Vignicella, dove un "verbale di consegna", firmato dal medico presente alla ricezione, registra il passaggio degli alienati dall'autorità di pubblica sicurezza all'istituzione di custodia e cura e dove si apre per ciascuno di essi, il fascicolo personale:

L'anno 1912 il giorno 8 del mese di novembre alle ore 17.30 nel locale manicomio Vignicella, davanti a noi dott. Ignazio Rabboni medico del manicomio di Palermo si è presentato Marrocco Giuseppe (maresciallo delle guardie di città) il quale dietro ordine delle autorità competenti ci ha consegnato l'ammalato X da Tripoli per essere curato in questo istituto. In fede di che si rilascia il presente. Il medico: Rabboni.

Ciascuno degli undici pazienti libici è provvisto della cartella clinica compilata da Scabia a Tripoli, che rappresenta un primo nucleo di informazioni sulla vita del paziente e di ipotesi diagnostiche. Tale cartella prestampata porta come intestazione "Ospedale civile Vittorio Emanuele III di Tripoli" con scritto a fianco a penna "sezione psichiatrica", chiaro indice della provvisorietà della sua istituzione. Tra le diverse voci completate da Scabia vi sono la data di ingresso in ospedale a Tripoli, la provenienza, qualche dato sul contegno e la diagnosi. Il medico non è in grado di stendere un'anamnesi familiare; quando vi è quella personale, sulla seconda facciata della cartella, è brevissima. Ad esempio: "Viene dall'ospedale da campo di Homs [...] Manca ogni notizia anamnesticca. All'ingresso era inquietissimo, disordinato, confuso. Mancando ogni mezzo di custodia fu inviato alle carceri. Ma

poiché sudicio e molto agitato fu rimandato all'ospedale, promettendo l'invio di due militi della Croce Rossa. È un po' migliorato, è diminuita l'inquietudine, è però sempre confuso, disordinato". Oppure: "È stata ricoverata sette anni nell'ospedale turco. Si trovava in un sottoscala, incatenata. Non può camminare come conseguenza della pregressa legatura. È sudicia, violenta, coprofaga".

Le cartelle cliniche compilate dai medici dell'istituto palermitano sono invece più articolate: l'istituzione vantava dimensioni maggiori e una lunga storia, a differenza del piccolo reparto tripolino che ebbe vita brevissima e fu presto trasformato in un reparto per il "ricovero provvisorio" in attesa del trasferimento a Palermo. Sulla prima pagina vi è la foto del paziente al suo arrivo a Palermo (in alcuni casi corredata da una seconda che lo ritrae in epoca successiva, a distanza di dieci anni in genere) con i dati personali pervenuti dalla polizia di Tripoli o ricavati dalla cartella di Scabia; seguono le "osservazioni", relative al periodo in cui il paziente è "in osservazione", ove non mancano riferimenti alla comunicazione medico-paziente effettuata con l'aiuto di un interprete, come nel caso di Ali Ben Ali Raghghi: "Interrogato a mezzo di interprete si sono da lui avute delle risposte incoerenti, solo si è potuto sapere che gli fa molto male la testa e che sente come qualche cosa che gliel'ha rotta"; o ancora nel caso di Aescia Bind Mohamed: "Interrogata per mezzo dell'interprete presta poca attenzione alle domande che le si rivolgono, si divaga assai facilmente e risponde ripetendo le stesse parole che sente pronunciare".

A queste sezioni, compilate all'inizio della permanenza in ospedale, segue il diario clinico, redatto, in maniera non sempre costante – per alcuni pazienti mancano notazioni per intere annate – nel periodo che segue l'ammissione definitiva e giunge, nella maggior parte dei casi, alla morte del paziente. È questo infatti l'epilogo di dieci casi degli undici che stiamo analizzando: sette pazienti (tra cui le quattro donne), muoiono prima del 1920, due nel corso degli anni Venti, uno nel 1942, dopo ben quarant'anni di internamento. Uno soltanto – un soldato del

battaglione indigeni<sup>646</sup> che tratteremo nel capitolo su *L'alienazione mentale tra i militari nella fase italo-turca della guerra di Libia* – tra quanti partecipano al primo trasferimento da Tripoli a Palermo, non permarrà al manicomio, perché in lui “nei vari interrogatori, fatti a mezzo dell’interprete, non si è riusciti a rilevare alcun disturbo psichico”, ragione per la quale ai primi di gennaio del 1913 iniziano le pratiche per il suo licenziamento per “non constatata pazzia” e per il ritorno in Libia.

L’invio di pazienti psichiatrici da Tripoli a Palermo in questa forma e con queste procedure rappresenta una pratica che si protrarrà ininterrotta sino al 1939. Solo in questa data infatti vedrà la luce a Tripoli l’“Ospedale psichiatrico per libici”, alla cui realizzazione ha contribuito l’energica attività dello psichiatra italiano Angelo Bravi<sup>647</sup> che – come già Scabia nel 1912 – aveva criticato a più riprese la pratica del trasferimento dei pazienti da una sponda all’altra del Mediterraneo<sup>648</sup>.

### **Il dottor Pietro Paolo Fusco a capo della sezione psichiatrica dell’ospedale coloniale**

Per gli anni successivi al 1912 e fino alla seconda metà degli anni Trenta, le uniche fonti su cui possiamo contare per la storia dell’assistenza psichiatrica in Libia sono le cartelle cliniche conservate presso l’ex manicomio di Palermo. Esse ovviamente ci dicono molto poco su quanto accadeva nella “quarta sponda” – solo raramente le relazioni sanitarie redatte dal medico in colonia sono allegate alle cartelle di Palermo – mentre qualcosa di più ci permettono di capire sui trattamenti praticati a Palermo, sulla durata della permanenza dei pazienti, l’eventuale dimissione o la morte; mentre assolutamente indisponibili sono i dati sui pazienti

---

<sup>646</sup> Così recita la cartella clinica di Ali Ben Hrahim Suezzin: “assoldato nel battaglione indigeni, manifestò sintomi di disordine mentale tanto che lo chiamavano il marabutto”; “marabutto” indica qui un individuo che abbia presunti contatti con la divinità, con il mondo sovranaturale.

<sup>647</sup> Bravi (1911-1943) presta il suo servizio dal 9 ottobre 1935 al primo novembre 1936 e poi dal 23 gennaio 1938 al febbraio 1943 come caporeparto dell’Osservazione psichiatrica per militari e civili presso l’Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli; dal primo luglio 1939 dirige anche l’Ospedale psichiatrico per Libici.

<sup>648</sup> Cfr. A. Bravi, *L’Ospedale psichiatrico per Libici*, cit., in partic. pp. 9-13; Id, *Frammenti di psichiatria coloniale*, cit., in partic. pp. 12-13.

che non siano transitati per il manicomio di Palermo, ma abbiano solo sostato per un periodo di osservazione al reparto psichiatrico di Tripoli, in seguito al quale siano stati rilasciati.

Nei fascicoli dei pazienti ammessi al manicomio di Palermo il 7 marzo 1913, ritroviamo alcune cartelle cliniche inviate da Tripoli; su di esse figurano la dicitura “Sala alienati” e le firme del primario Bartolotta e del dottor Casoni, “per il direttore”. Nei dossier dei pazienti ammessi al manicomio di Palermo nel 1914, le relazioni informative provenienti da Tripoli sono firmate dal dottor Pietro Paolo Fusco. In quell’anno l’organigramma che garantisce il funzionamento dell’ospedale civile Vittorio Emanuele III è il seguente: vi sono due medici primari, ossia i del capi reparto di medicina (Tommaso Casoni) e di chirurgia (Raffaele Onorato); due medici assistenti di chirurgia (Bruno Bardon e Salvatore Patanè); un medico assistente di medicina (Pietro Paolo Fusco) e un medico addetto al laboratorio (Michele Mazzitelli). Come già la lettera di licenziamento di Scabia anticipava, il reparto osservazione alienati, ormai interno alle mura dell’ospedale, sarebbe stato “affidato al direttore dell’Ospedale, in collaborazione coi due capi reparto”. Nel caso di Fusco, versato in discipline psichiatriche, il reparto viene affidato direttamente a lui, contestualmente all’incarico, ottenuto per concorso, di assistente del reparto medicina.



La fotografia ritrae i medici presenti all'Ospedale Civile Vittorio Emanuele III di Tripoli nel 1914 (Archivio Fusco). Il primo a destra, il più anziano con i baffi, è il direttore Pietro Tria; quello a sinistra, in piedi sul muretto è il dottor Pietro Paolo Fusco.

Pietro Paolo Fusco (1888-1918) aveva studiato medicina a Napoli, dove aveva ugualmente conseguito una specializzazione in medicina navale e coloniale. In una trasferta a Parigi, aveva seguito le lezioni degli allievi di Charcot alla Salpêtrière<sup>649</sup>. Il concorso, probabilmente bandito nello stesso momento per tutti i posti di medico richiesti dalla rinnovanda struttura, ha avuto luogo nel giugno 1912. In ogni caso Fusco, inquieto nella sua carriera di medico condotto nel beneventano,

---

<sup>649</sup> Tra le sue pubblicazioni: *Psicologia della morte o le ultime sensazioni della vita*, Tipografia editrice Forche Caudine, Benevento 1911; *Fisiologia del profumo*, Stamperia editrice Frattarolo, Lucera 1911; *Clima e salute pubblica in Tripolitania* (1912) e *Fegato e cirrosi dispeptica in Tripolitania* (1916). Del periodo libico sono rimasti solo alcuni documenti, qualche fotografia del medico in Ospedale e alcune lettere e cartoline spedite da Tripoli dal tenore personale, conservati dalla nipote a Milano, catalogati e integrati nell'Archivio Storico della Psicologia Italiana. Durante la guerra Fusco tiene un'agenda di guerra dove ha annotato le sue costanti letture e i lavori di psichiatria e intrattiene un rapporto epistolare con Pietro Tria.

si reca a Tripoli già nel marzo del 1912<sup>650</sup>. Non sappiamo in particolare che cosa lo spingesse a partire <sup>651</sup>; in quella fase contemplava anche la possibilità di un'emigrazione transoceanica. L'opzione libica gli offriva la possibilità di prendere parte a un'impresa "collettiva", in un territorio da poco "annesso", per il quale il governo italiano aveva speso tante parole e vite di soldati. L'occasione del concorso e la sua buona riuscita in esso determinarono la scelta di trasferirsi in Libia.



La fotografia ritrae Pietro Paolo Fusco nel cortile dell'ospedale civile (Archivio Fusco); si tratta di una cartolina con dedica alla moglie, Bianca Mazzacane.

Il dottor Fusco parte per Tripoli il 20 marzo 1913, assegnato come Assistente unico presso il reparto di medicina dell'Ospedale Civile con stipendio di 350 lire riuscendo terzo su 74 concorrenti al concorso<sup>652</sup>. Dopo i primi mesi di prova, il 16 novembre 1913 viene confermato all'Ospedale di Tripoli, dove presterà

<sup>650</sup> Come testimoniato da alcune cartoline inviate alla futura moglie.

<sup>651</sup> Non si esclude la volontà di non adeguarsi a sposare una donna che la famiglia intendeva imporgli, come si rileva dalla corrispondenza tra il padre e il fratello di Pietro Paolo Fusco.

<sup>652</sup> Lettera 28 marzo 1913 di Raffaele Fusco, padre di Pietro Paolo, al figlio Carlo, fratello maggiore di Pietro Paolo.

servizio sino al maggio 1916, data della mobilitazione e partenza per il fronte<sup>653</sup>. Come si legge in un attestato vergato dal direttore dell'ospedale civile di Tripoli, Pietro Tria, il dottor Fusco ha lavorato “nel reparto di medicina e negli ambulatori, nel reparto alienati, nel reparto isolamento per malattie infettive e addetto al laboratorio da solo”<sup>654</sup>.

Nei fascicoli di pazienti provenienti dalla Libia e ammessi a Palermo nel 1917, le relazioni sanitarie redatte all'Ospedale civile Vittorio Emanuele III sono firmate da Salvatore Patané, assistente chirurgo, che vi figura come “medico di guardia”. Apparentemente, dopo l'esperienza di Scabia – chiamato a risolvere il nodo dell'assistenza psichiatrica e poi sconfessato nelle sue proposte – e quella di Fusco – specialista ma probabilmente non scelto in ragione della sua esperienza in campo psichiatrico (era infatti, più che altro, un medico di medicina generale, un medico condotto) – viene meno l'interesse perché vi siano a Tripoli dei medici specialisti di malattie mentali. Il reparto è solo una piccola osservazione, e si prevede d'altronde che degli accertamenti di maggiore portata si occupino i medici del manicomio palermitano a cui gli alienati libici sono destinati<sup>655</sup>.

---

<sup>653</sup> Il 18 maggio 1916 viene visitato per delegazione a Tripoli e dichiarato idoneo. Il 21 maggio 1916, mobilitato, parte “volontario” per la guerra, come medico della Croce Rossa Italiana, destinato a Malo, in Veneto, presso l'ospedale da guerra n. 62. In una lettera dattiloscritta firmata da Pietro Tria, datata 7 giugno 1915, diretta a Fusco (ma identica a quella inviata agli altri medici ospedalieri) si legge: “Trasmetto alla S. V. che è uno dei firmatari, copia della lettera inviata dalla Amministrazione Ospedaliera: ‘Con preghiera di darne partecipazione anche agli altri firmatari dell'istanza 21 maggio u.s. e di gradire il compiacimento di questa Commissione Amministratrice per la meritata parola di lode autorevolmente tributata alla patriottica offerta, trascrivo qui di seguito la lettera che mi invia S. E. il Governatore plaudente alla esibizione spontanea della S. E. e del Corpo Sanitario dell'Ospedale: il segretario generale mi ha comunicata l'istanza presentata a codesta Commissione Municipale dai sanitari dell'ospedale Civile Vittorio Emanuele III, con la quale essi dichiarano di mettersi a disposizione del Governo per prestare l'opera loro dovunque le esigenze militari lo richiedono. Voglia codesta Commissione trasmettere ai Sanitari il mio vivo compiacimento ed il plauso per la loro patriottica offerta. Come bene è detto nella lettera cui rispondo, l'opera loro non sarebbe meno utile né meno apprezzata di quella dei loro colleghi del Regno, ove l'Ospedale Civile fosse chiamato ad integrare l'azione di quella militare e certamente, qualora il bisogno si presentasse, io non mancherei di contare, e molto, sulla loro opera. Firmato: il Governatore G. Tassoni; per la commissione amministratrice: P. Cicero?. Con stima, il direttore, Pietro Tria”, Comunicazione datata 7 giugno 1915.

<sup>654</sup> Ha contemporaneamente diretto l'ambulatorio della Dhara Grande della Croce Rossa italiana, come testimonia un attestato di benemeranza per il suo servizio gratuito, datato 26 giugno 1914.

<sup>655</sup> “Sarà soltanto necessaria una sala di osservazione per l'esame preliminare degli individui ritenuti alienati, [...] in vista di quello più particolare da farsi nel manicomio di Palermo”: così recita la lettera del 29 ottobre 1912 dell'amministrazione ospedaliera a Luigi Scabia.



Foto di gruppo con il personale indigeno (Archivio Fusco); i due uomini seduti al centro sono Fusco (con il camice bianco da medico) e Tria, il direttore.

I fascicoli conservati confermano che, data l'inesistenza di un'adeguata assistenza in loco e la non urgenza della sua implementazione – in effetti la media dei trasferimenti annuali è di una decina di pazienti – la pratica di inviare gli alienati nelle strutture psichiatriche della madrepatria, già in uso nel Maghreb francese, viene seguita per tutti i casi che, dopo il periodo di osservazione, nel reparto medicina indigena (così a Bengasi) o nel reparto osservazione psichiatrica (esistente a Tripoli), non abbiano dato segni di miglioramento. Nell'arco di tempo che va dal 1912 al 1939, data di apertura di un manicomio per indigeni a Tripoli, sono circa trecento i pazienti psichiatrici, italiani e indigeni, inviati dagli ospedali coloniali della Tripolitania e della Cirenaica al manicomio di Palermo.

Per avere fonti più eloquenti, o comunque più varie rispetto alle sole cartelle cliniche, dobbiamo attendere gli anni Trenta. Solo allora si ricomincia a discutere la possibilità di dotare la colonia di un vero e proprio manicomio per indigeni e di articolare parallelamente un servizio più capillare di assistenza psichiatrica legato alla

struttura ospedaliera, con un reparto psichiatrico più capiente e guidato di personale specializzato e un dispensario o ambulatorio per un intervento più costante e diffuso. In tal senso Angelo Bravi, psichiatra di scuola pavese, che dedicò le sue forze alla creazione di un sistema di assistenza psichiatrica in terra libica e all'enucleazione dottrinale della psichiatria coloniale, lamenterà che negli anni che hanno preceduto il suo arrivo in Libia<sup>656</sup>, tutto mancava: “Organizzazione scientifica no; organizzazione clinica nemmeno; organizzazione empirica, ignorata dalle autorità, non studiata dai medici, perduta nel silenzio delle tradizioni locali, senza un tentativo di ripresa o d’ascesa purchessia”.

---

<sup>656</sup> Il primo soggiorno è di un anno, dal novembre 1935 al novembre 1936; la permanenza definitiva inizia nel gennaio 1938 e si conclude con la morte di Bravi, nel febbraio 1943.

## *2.2. L'alienazione mentale tra i militari nella fase italo-turca della guerra di Libia*

### **L'officina della guerra prima della Grande Guerra**

In questo capitolo analizzeremo le testimonianze degli psichiatri che si sono trovati a ricoverare, osservare e curare militari colpiti da disturbi psichici durante la campagna di Libia, in loco, ossia sul teatro delle operazioni, oppure una volta rimpatriati, negli ospedali italiani. Tali testimonianze ci permettono, almeno in parte, “di esplorare il versante traumatico” di quel conflitto, poiché ne rivelano “la portata distruttiva sulle menti e sui corpi dei combattenti”, senza affermarla a piena voce, ma lasciandola trasparire dalle descrizioni di alcune scene di “follia in guerra” o da cifre e classificazioni di patologie. Tuttavia, per il loro esiguo numero e lo scarso approfondimento, le testimonianze che abbiamo a disposizione non ci consentono di “penetrare nella soggettività, nella vita quotidiana e nelle forme di adattamento dei soldati alle nuove condizioni”<sup>657</sup>. Questo sarà possibile – è quanto Gibelli afferma in apertura del volume *L'officina della guerra* e, nel susseguirsi delle pagine, dimostra – per la Grande Guerra, attraverso gli scritti degli psichiatri, militari e non, che in quegli anni si trovarono a dover organizzare un servizio capillare di assistenza psichiatrica. Come afferma Bruna Bianchi, proprio “le guerre coloniali a cavallo del secolo ed in particolare il conflitto russo-giapponese avevano posto in clamorosa evidenza la necessità di predisporre strutture di assistenza immediate e trasporti per lo sgombero di un numero crescente di alienati”<sup>658</sup> e questa lezione sarà messa in pratica sin dai primi mesi del conflitto mondiale. Sin dai primi mesi della Grande Guerra, le riviste specialistiche di psichiatria ospiteranno nelle loro pagine numerosissimi contributi (la quasi totalità, mentre si tende ad abbandonare altri temi di ricerca) sulle psicosi e le nevrosi generate, rivelate o slatentizzate dalla guerra,

---

<sup>657</sup> In tal senso ci ostacola ancor di più l'assenza di testimonianze dirette da parte dei soldati, che sono state invece ampiamente studiate per quanto riguarda il grande conflitto mondiale.

<sup>658</sup> Bruna Bianchi, *Predisposizione, commozione o emozione? Natura e terapia delle neuropsicosi di guerra (1915-1918)*, «Movimento operaio o socialista», IV, 1983, 3, pp. 383-410 (386).

fenomeno di portata inaudita, dai riflessi sconvolgenti non solo sui corpi, ma anche sulle menti dei soldati costretti a combatterla.

La letteratura psichiatrica di guerra aveva avuto i suoi esordi, anche a livello europeo, nel corso della guerra russo-giapponese; tale conflitto avvenuto in Estremo Oriente si presenta infatti, rispetto alla Grande Guerra, come “il suo antecedente più prossimo sotto il profilo della storia mentale del trauma”<sup>659</sup>.

Nelle riflessioni che seguono, intendiamo inserire nella linea del tempo su cui si articola tale “storia mentale del trauma”, tra la guerra russo-giapponese (1904-1905) e la Grande Guerra (1914-1918), la guerra di Libia, o italo-turca, o ancora, seguendo le recenti indicazioni di Nicola Labanca, la fase italo-turca (1911-1913) della “lunga guerra italiana per la Libia” (1911-1931)<sup>660</sup>. Siamo consapevoli che si trattò di un fenomeno dalla portata e risonanza ben diversa, anche dal nostro angolo di osservazione, rispetto agli altri due eventi, ma in esso si imposero per la prima volta tra gli psichiatri italiani coinvolti a diverso titolo in quella guerra la percezione e la consapevolezza delle conseguenze che una campagna militare, non svoltasi peraltro con l’agilità prevista – di tempi e di mezzi, con un grande investimento in vite umane – poteva avere sulla tenuta psichica degli ufficiali e dei soldati combattenti.

La guerra di Libia rappresenta il primo confronto dell’Italia novecentesca, a cinquant’anni dalla difficile Unità, con una guerra nazionale di conquista coloniale, di dimensioni importanti, combattuta fuori dai confini, formalmente contro l’impero ottomano che controllava Tripolitania e Cirenaica, ma di fatto contro la resistenza anticoloniale turco-libica e poi libica<sup>661</sup>, con l’intento preciso di occupazione e annessione di una terra considerata – in base alla logica che presiedette il lungo *scramble for Africa* – “di nessuno”, reputata ricca di potenziale economico e di vantaggi in termini di prestigio internazionale.

Senza voler attingere a fonti distanti da quelle di cui ci stiamo qui occupando, è facile notare come – anche attraverso gli articoli scientifici degli

---

<sup>659</sup> Antonio Gibelli, *L’officina della guerra: la Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991, p. 8.

<sup>660</sup> Cfr. N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit.

<sup>661</sup> Id., *Oltremare. Storia dell’espansione coloniale italiana*, il Mulino, Bologna 2002, p. 108.

psichiatri che osservavano e partecipavano al conflitto, scritti con fine diverso da quello che possiamo definire strettamente “propagandistico” – la guerra per la conquista della Libia fosse una materia di potente aggregazione d’intenti, propositi e desideri, di sfoggio di una retorica che escludeva come insignificanti gli elementi di resistenza o dissidenza, di inculcamento e costruzione di un consenso intorno ad alcuni principi che andavano continuamente ribaditi e alimentati (la fecondità della terra, il paternalismo rispetto alle popolazioni da civilizzare).

L’ardore per questa nuova avventura emerge negli scritti di Gustavo Tanfani – psichiatra della Clinica di malattie nervose e mentali dell’Università di Genova diretta da Enrico Morselli – partito come volontario della Croce Rossa<sup>662</sup> per Tripoli, da dove scrive al direttore dei «Quaderni di psichiatria» una prima lettera nel marzo 1912<sup>663</sup>; nelle trincee a Gargaresch, appena a est di Tripoli il medico si trova a vivere tra i “nostri bravi soldati che sono davvero ammirabili per la loro eroica semplicità di fronte al pericolo e per l’entusiasmo che li anima”<sup>664</sup>; nessuno di loro ha “l’espressione del rammarico, della stanchezza, del disgusto, così frequente nei nostri operai, ad esempio quando sono costretti ad un lavoro eccessivo e prolungato”. La guerra in Libia “rivela la fierezza e l’ardore dell’animo italiano: su questa terra sembra che lo scetticismo non possa allignare: anche i più cinici (o quelli che almeno sembrano tali in patria) si trovano animati da un soffio di idealità”. Il mito della Libia come florida terra promessa che l’Italia non può farsi scappare per essere all’altezza delle potenze imperiali europee è vivo e anima – così se ne scrive – truppe e alti ranghi. “Quando l’assestamento delle strade, dove ora si affonda nella sabbia, sarà completo, e un buon sistema di irrigazione permetterà la coltivazione e lo sfruttamento del terreno, e all’inerzia mussulmana sarà sostituita

---

<sup>662</sup> Gaetano Boschi, *Commemorazione del socio corrispondente Prof. Dott. Gustavo Tanfani*, Atti dell’Accademia delle Scienze di Ferrara, 1954-55, pp. 37-40.

<sup>663</sup> Gustavo Tanfani, *Lettera da Tripoli (23 marzo 1911)*, «Quaderni di psichiatria», I, 1911, 3, pp. 82-84 (p. 83). La rivista, fondata nel 1911 da Umberto Mario Masini e pubblicata a Cogoleto, reca come sottotitolo “Rivista di coltura e di classe”.

<sup>664</sup> G. Tanfani, *Lettera da Tripoli (23 marzo 1911)*, «Quaderni di psichiatria», I, 1912, 3, pp. 82-84. Vi è chiaramente un errore nell’anno: si tratta del 1912 e non del 1911; la guerra è iniziata da alcuni mesi e lo si capisce bene da alcune affermazioni di Tanfani (cfr. nota 33). La rivista, fondata proprio nel 1911 da Masini e pubblicata a Cogoleto, reca come sottotitolo “Rivista di coltura e di classe”.

l'attività del nostro buon agricoltore credo che la colonia diventerà simpaticissima ed anche fruttifera”<sup>665</sup>.

Le parole del dottor Giuseppe D'Abundo, direttore della Clinica di malattie nervose e mentali dell'Università di Catania, scritte a conclusione della fase italo-turca del conflitto e dopo l'annessione ufficiale-unilaterale della “Quarta Sponda”, intercettano elementi ulteriori che hanno costituito lo sfondo e il sostegno, in madrepatria, per l'avventura libica:

Il sentimento nazionale italiano nell'impresa di Libia possiamo dire che fu unico e compatto; l'occupazione era giudicata indispensabile all'avvenire della nostra nazione; quindi la guerra era popolare. I nostri soldati nell'imbarcarsi erano accompagnati dall'entusiasmo generale e coperti di fiori. È assolutamente da trascurare l'esiguo numero dei dissidenti, che in tale occasione tentò di vaticinare la rovina d'Italia nell'impresa di Libia; qualcuno si fece anche paladino della coscienza proletaria, organizzando dimostrazioni di protesta proprio quando i nostri soldati, rievocando le pagine gloriose dell'antica Roma, versavano il loro sangue per la grandezza e per l'avvenire della patria. E sorprende in verità che i pochi dissidenti non valutavano adeguatamente l'odierno orientamento psico-sociologico delle nazioni, le quali innanzi al fattore economico divenuto strapotente, ed all'evoluzione accelerata ascendente delle masse popolari, cercano di allargare i confini territoriali della propria influenza, creando nuove correnti per le quali avviare la pletera umana derivante dall'aumento progressivo di popolazione. Non mi occupo qui dei fattori politici i quali rappresentano motivi convergenti alle tendenze espansive coloniali. L'impresa di Libia quindi costituiva una necessità storica della nostra evoluzione psico-sociale, essa fin dal primo inizio ha dimostrato al mondo intero, che l'Italia avea già trionfalmente superato i suoi esami di maturità, e poteva quindi dignitosamente affermarsi nel concerto europeo. Senz'alcun dubbio la nostra Nazione oggidì è salita in alta considerazione, dappoichè i nostri soldati ebbero a lottare contro un nemico audace, temerario, predone per istinto, fanatico per religione, originale per strategia; in un terreno difficile per condizioni etnografiche e climatiche, e dove gl'indigeni per colorito

---

<sup>665</sup> Ivi, p. 84.

della pelle e per sudiceria d'indumenti assumevano un vero mimetismo col colorito delle dune. Quindi la prova fu aspra; ma il premio fu l'alta stima in cui è venuta la nostra Nazione, la quale oramai non sarà solamente decantata per la sua bellezza, ma sarà apprezzata per la sua forza. Non è per la bellezza ma per la forza che si è rispettati! Sicchè nel partire per la Libia i nostri militari sapevano che la nazione intraprendeva una guerra per l'avvenire d'Italia, e che una infinita fiducia la patria riponeva nei suoi garibaldini di terra e di mare<sup>666</sup>.

Allontanandoci dalla retorica patria, e da queste immagini di un conflitto che molto ha avuto di tragico e a lungo taciuto, è opportuno fare qualche riferimento a un altro tipo di immaginario, a un altro strumentario concettuale, quello che gli psichiatri costruiscono per illustrare e spiegare il fenomeno della guerra moderna, a partire dal conflitto russo-giapponese, e la vasta fenomenologia psicopatologica cui essa dà origine o che essa svela. In primo luogo, come afferma già nel 1904 lo psichiatra militare francese Granjux, “la tecnica attuale della guerra, quale quella in corso tra russi e giapponesi, differisce totalmente dalla tecnica delle guerre precedenti dal punto di vista delle sue influenze psicologiche e psicopatologiche”<sup>667</sup>. Inoltre, con la guerra russo-giapponese, il paragone tra la guerra moderna e le catastrofi naturali diviene “un luogo comune degli osservatori, specie di quelli attenti alle conseguenze psicologiche di simili fenomeni, trovando infine una clamorosa conferma nella Grande Guerra”<sup>668</sup>. Sono esemplari in tal senso le parole del dottor Régis, considerato il fondatore della psichiatria militare come disciplina<sup>669</sup>, presso l'*Ecole d'application de santé militaire* di Bordeaux:

---

<sup>666</sup> Giuseppe D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-turca: nota Clinica*, «Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia», 5, 6, 1912, pp. 257-285 (pp. 258-259).

<sup>667</sup> Adrien-Pierre-Léon Granjux, *L'alienation militaire dans l'armée russe en Mandchourie*, «Caducée», 1904, pp. 198-199.

<sup>668</sup> A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., pp. 19-20.

<sup>669</sup> Così afferma, tra gli altri, il dottor Hesnard, medico di seconda classe della Marina francese, nell'articolo *La neuropsychiatrie dans la Marine*, «Archives de médecine navale et coloniale», gennaio 1910, pp. 35-72 (prosegue nel numero successivo: febbraio 1910, pp. 81-114), con le seguenti parole: “La scienza della psichiatria militare è stata creata a Bordeaux da Régis e dai suoi allievi: de Belval, Duponchel, Catrin, Granjux, Simonin, Boigey, Famechon, Chavigny, Jude, Rebierre”.

le battaglie moderne, terrestri e navali, per la subitanità, l'estensione e l'orrore delle loro distruzioni, agiscono sempre più a somiglianza delle catastrofi cosmiche, dei terremoti ad esempio, che determinano delle vere e proprie epidemie di turbe psichiche. Come nei grandi disastri collettivi, in effetti, si vedono soldati smarriti, disorientati, fuggire meccanicamente davanti a sé, spaesati, incoscienti, talvolta allucinati, che non sanno più quello che fanno<sup>670</sup>.

Anche tra gli psichiatri militari italiani, i cui scritti analizzeremo più approfonditamente nelle pagine che seguono, alcuni si rifanno a tali paragoni. Secondo Placido Consiglio, capitano medico specializzato in psichiatria che trascorre in Libia i mesi tra l'inizio della campagna di occupazione e l'estate del 1912 e studioso aggiornato, buon conoscitore della letteratura psichiatrica internazionale,

le battaglie terrestri e navali d'oggi si assomigliano a dei grandi cataclismi abbattenti sull'umanità *à la façon*, diceva Jacoby, *des catastrophes cosmiques*, nel fragore immenso delle numerose artiglierie e nel crepitio assordante delle fucilate che spazzano a volte, in un baleno, cento uomini insieme prima che si scorga il nemico; o nello scoppio delle mine poderose che sovvertono e squarciano la terra, seppellendo intere compagnie; o nell'affondamento di una corazzata insidiosamente silurata, con tutta la popolazione d'armati che pochi istanti prima l'animava<sup>671</sup>.

Luigi Daneo, medico civile chiamato a servire nella guerra di Libia, che pubblica il resoconto della sua esperienza tripolitana nelle pagine della «Rassegna di Studi Psichiatrici»<sup>672</sup> – una giovane rivista di settore nota per l'apertura internazionale – accosta, per l'intensità e la tipologia dei danni psichici arrecati, il terremoto alla guerra, sull'onda di quanto avevano fatto i colleghi francesi, ma tende ad attenuare la comparabilità, per introdurre un termine ulteriore di paragone. Se “il

---

<sup>670</sup> Emmanuel Régis, *L'expertise psychiatrique dans l'armée*, «Caducée», 1905, p.159.

<sup>671</sup> Placido Consiglio, *La pazzia dei militari in guerra*, in *XV Congresso della Società Freniatrica Italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1912, pp. 253-254.

<sup>672</sup> Luigi Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione durante la guerra*, «Rassegna di studi psichiatrici», 1913, 2, pp. 95-106.

Jacoby pensava che la guerra moderna dal punto di vista delle conseguenze psicopatiche che da essa derivano possa essere comparata alle grandi catastrofi cosmotelluriche” poiché entrambe possono “determinare delle vere epidemie di disordini mentali”, secondo Daneo “l’avvicinare questi stati emozionali non appare molto opportuno ove si pensi al fatto di acquisizione comune che quanto più l’avvenimento da cui ha origine lo stato d’animo sorge improvvisamente, tanto più è violenta l’azione emotiva e più gravi sono i disturbi psichici che ne conseguono”<sup>673</sup>; per tale ragione Daneo accosta – come già il francese Lunier e diversi autori russi – le emozioni della guerra “a quelle che si risvegliano in seguito o durante i perturbamenti politici”<sup>674</sup>, prendendo a esempio la rivoluzione francese del 1870 o quella russa del 1905.

La guerra di Libia non genera, a livello di osservazione e di disciplina psichiatrica, le stesse riflessioni, per mole ed influenza, che ha prodotto il conflitto russo-giapponese o che produrrà di lì a breve la Grande Guerra. Anche se i soldati impegnati sul fronte libico furono numerosi – “su circa 300 mila uomini di forza dell’esercito di pace, ben un terzo trovò impiego in Libia fra il 1911 e il 1913”<sup>675</sup> – e gli elementi di novità, sorpresa, disagio e sofferenza al fronte altrettanto imponenti<sup>676</sup>, il problema psichiatrico nella campagna coloniale non viene registrato come altamente rilevante; esso non genera una vasta letteratura, anzi, rispetto ai più numerosi articoli di chirurgia di guerra o alle statistiche “circa le malattie osservate tra le truppe”<sup>677</sup>, la questione dei disturbi mentali tra i soldati passa in secondo piano.

In tal senso è significativo l’articolo del capitano medico Domenico Salvatore. Impegnato sul fronte della costa orientale libica, direttore dell’ospedale da campo numero due<sup>678</sup>, al seguito delle truppe che “nel nome santo d’Italia

---

<sup>673</sup> Ivi, p. 97.

<sup>674</sup> *Ibidem*.

<sup>675</sup> N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., p. 59.

<sup>676</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia*, cit., in partic. pp. 96-98.

<sup>677</sup> Il riferimento è al titolo di un articolo apparso nel «Giornale di medicina militare», cfr. nota seguente.

<sup>678</sup> Domenico Salvatore, *Circa le malattie osservate a Derna, fra le nostre truppe, durante la guerra italo-turca, e sul loro decorso*, «Giornale di medicina militare», XI-XII, 1912, pp. 801-823 (801).

occuparono e tennero Derna”<sup>679</sup>, “la perla della Cirenaica”<sup>680</sup>, egli osserva nel corso di un anno (ottobre 1911-ottobre 1912) 1483 militari infermi e nelle sue statistiche rende conto anche di quanto gli viene riferito dai medici degli altri tre ospedali da campo giunti al seguito delle truppe sbarcate nel dicembre 1911 e nel febbraio 1912, sempre di stanza a Derna. Analizza ciascuna delle *malattie epidemiche contagiose* che hanno colpito in numero elevato i soldati (primo fra tutti il tifo), spiegandone l’eziologia e il decorso; poi, nel suo computo, pone anche la nevrastenia tra le *malattie mediche ordinarie*, “comuni”, in un elenco che – accomunando tonsilliti, bronchiti, imbarazzi gastrici, enteriti e nevrastenia – purtroppo non presenta cifre per le diverse patologie, impedendoci quindi di disporre di dati numerici, ma lasciandoci intuire come la questione dell’indebolimento o esaurimento psichico, sebbene esistente tra i soldati, non attirasse in maniera peculiare l’attenzione dei medici militari, soprattutto quando questi non avevano una formazione specificamente psichiatrica. È d’altronde ovvio che ciascun medico si dilunghi maggiormente sulle patologie che conosce e osservando le quali si è formato; oppure su quelle che per numero, gravità ed intensità attirano la sua attenzione, attivano la sua ricerca e il suo slancio comunicativo e di divulgazione.

### **Il connubio tra psichiatria militare e psichiatria coloniale nell’ambito francese**

A tale proposito è importante rilevare come proprio in questi anni, nel contesto francese – dell’esercito francese, ma soprattutto delle sue armate coloniali – si iniziasse a reclamare l’imposizione, a tutti i medici in partenza per l’Oltremare, di una formazione seppur breve in psichiatria, oltre che in “patologia coloniale”. In occasione del *Congrès des aliénistes français et de langue française* – che abbiamo più volte richiamato poiché esso costituisce una pietra miliare per lo sviluppo della psichiatria coloniale, anche nel suo intreccio con la psichiatria militare – diversi psichiatri

---

<sup>679</sup> *Ibidem*.

<sup>680</sup> *Ivi*, p. 822.

militari delle Scuole di Bordeaux, Lione e Marsiglia avanzano il problema delle nevrosi e delle psicosi tra le truppe e gli ufficiali in colonia e dell'urgenza di avere un buon numero di medici pronti a rispondere operativamente a tale problema.

Nella discussione che segue la presentazione della relazione di Reboul e Régis al congresso<sup>681</sup>, il dottor Gustave Martin, medico maggiore di prima classe delle truppe coloniali dell'*Ecole d'application de Santé Militaire* di Marsiglia, “descrive l'organizzazione dell'insegnamento psichiatrico, teorico e pratico, alla scuola di applicazione di medicina militare coloniale, dove la cattedra di medicina legale comprende, come al Val de Grâce, la psichiatria nelle sue attribuzioni”<sup>682</sup>.

Il medico militare Simonin, dell'ospedale parigino Val de Grâce, non si limita ad evocare i corsi già esistenti o da avviare per la formazione dei medici in partenza per l'oltremare, ma inquadra il problema della psichiatria militare nelle truppe coloniali in tutta la sua complessità. Sostiene infatti che “bisogna preoccuparsi anche di assicurare l'assistenza psichiatrica nei corpi di spedizione inviati nelle colonie”, non limitandosi dunque, nell'ambito della psichiatria militare, all'assistenza assicurata in patria; né, nell'ambito della psichiatria coloniale, alla presa in carico dei civili, indigeni e nazionali. Il medico rileva infatti che

in tempo di guerra si osservano certe forme di psicosi acuta, che si curano con l'isolamento e il riposo, che non necessitano del rimpatrio. Ci sono in generale degli stati confusionari depressivi più frequenti nei predisposti e che derivano sia dalle emozioni multiple della guerra (psicosi da shock), sia dall'autointossicazione per surmenage e insufficienza alimentare (psicosi da spossatezza). Queste forme passeggero saranno isolate su delle ambulanze immobilizzate, installate come i vecchi ospedali da campagna a destinazione dei contagiosi. Quanto alle psicosi caratteristiche (come la demenza precoce, le paralisi generali), sviluppate sotto l'influenza della guerra, esse richiedono l'evacuazione a grande distanza, effettuata prima con dei treni o

---

<sup>681</sup> Henri Reboul, Emmanuel Régis, *L'Assistance des aliénés aux colonies*, Masson, Paris 1912.

<sup>682</sup> *Congrès des aliénistes de langue française (Tunis, 1-7 avril 1912), L'assistance des aliénés aux colonies*, «Caducée», 9, 1912, pp. 122-124 (122).

delle vetture specialmente predisposte e poi con navi munite di cabine che rispondano agli stessi bisogni<sup>683</sup>.

In questo passaggio Simonin propone delle considerazioni di grande momento che, se volgiamo nuovamente il nostro sguardo all'Italia e alle sue truppe mobilitate sui fronti coloniali, non avranno la stessa nettezza, né la stessa chiara formulazione negli scritti degli psichiatri militari italiani, segno di una percezione minore del problema come tale – anche per le diverse estensioni e durate dell'impero coloniale e quindi per una diversa “pratica” e dimestichezza con i suoi diversi aspetti – e di una minore urgenza di proporre e implementare soluzioni. Per quanto concerne la necessità di strutture e personale in grado di sopperire adeguatamente all'assistenza psichiatrica dei militari impegnati sui fronti coloniali, colpiti da varie forme di psicopatologie, generate o rivelate dalle condizioni della guerra coloniale, così si esprime ancora Simonin:

Nelle previsioni di mobilitazione parziale o generale, poiché conviene estendere e generalizzare questa questione, bisogna pensare a un personale idoneo al funzionamento di queste formazioni sanitarie e di questi convogli di evacuazione. Questo personale, nell'armata attiva così come nelle armate di seconda linea, sarà composto da medici psichiatri e da infermieri preparati al trattamento degli alienati. Sarà facile trovare nel personale degli asili e delle cliniche, il cui numero cresce di giorno in giorno, i medici e gli infermieri necessari. Ma ciò che urge, è di operare, in tempo di pace, il censimento generale e di prevedere questi impieghi speciali nel lavoro di ripartizione della mobilitazione, per non rimanere sorpresi senza difesa, da una massa di casi di alienazione acuta, che possono provocare, nelle ambulanze o sulle linee di evacuazione, le più gravi difficoltà, come è stato osservato all'inizio della guerra russo-giapponese<sup>684</sup>.

Nella sessione di chiusura del Congresso di Tunisi dell'aprile 1912, in cui vengono votati all'unanimità gli auspici di Reboul e Régis e definiti con precisione i

---

<sup>683</sup> *Ibidem*.

<sup>684</sup> *Ivi*, p. 123.

punti su cui procedere operativamente – l'ultimo dei quali è che “siano create delle *infirmes volantes spéciales* per gli alienati militari in tempo di guerra”<sup>685</sup> – è ancora Simonin a convogliare l'attenzione sulla proficua e necessaria collaborazione degli psichiatri militari e di quelli destinati alle colonie, in direzione dell' “unione feconda di psichiatria civile e militare”: “Gli studi di psichiatria interessano massimamente i tre dipartimenti ministeriali, guerra, marina e colonie; la loro collaborazione è e deve restare molto stretta, ogni volta che si presenti la possibilità di un progresso, ogni volta che uno sforzo è necessario nell'interesse generale dell'armata e del paese di cui essa è un'importante emanazione”<sup>686</sup>.

### **L'organizzazione della psichiatria militare italiana a partire dalla guerra di Libia**

Il capitano medico Placido Consiglio, in Libia sin dall'inizio delle operazioni dell'ottobre 1911, alla testa dell'ospedale da campo numero tre, ammonisce i lettori della «Rivista sperimentale di freniatria» sulla gravità, l'attualità e l'urgenza del problema dell'organizzazione psichiatrica in guerra. Lo fa in una nota a margine: nel saggio *Studi di psichiatria militare*, che la prestigiosa rivista facente capo al manicomio di Reggio Emilia pubblica in più puntate, la guerra di Libia non costituisce il fulcro da cui le riflessioni scaturiscono<sup>687</sup>; il conflitto italo-turco irrompe infatti alcuni mesi dopo che Consiglio aveva iniziato a riflettere<sup>688</sup>, forse in maniera più teorica che

---

<sup>685</sup> J. Regnault, *Le congrès colonial de 1905. Compte rendu*, «Archives de médecine navale et coloniale», agosto 1905, pp. 92-114 (106).

<sup>686</sup> *Congrès des aliénistes de langue française*, «Caducée», 8, 1912, p. 107.

<sup>687</sup> La guerra di Libia sarà invece al centro degli articoli: Placido Consiglio, *Osservazioni dirette sui militari pregiudicati e delinquenti nella Guerra in Libia*, «La scuola positiva nella dottrina e nella giurisprudenza penale», XXIII, IV, 1913, pp. 1-14; Id., *Delle psicosi e delle nevrosi e specialmente della criminalità in guerra*, «Annali di medicina navale e coloniale», XXI, II, 1915, pp. 409-417.

<sup>688</sup> In un'altra nota informa che: “è bene avvertire che queste note precedenti sono del principio del 1911, cioè prima della guerra italo-turca alla quale io presi parte, e durante la quale feci delle osservazioni che credo di un certo interesse”. Sull'assistenza psichiatrica ai militari in tempo di pace e in tempo di guerra, riflettevano in quegli anni anche altri psichiatri militari. Così scrive Bruna Bianchi: “Dopo l'osservazione dei casi di nevrosi e psicosi nel corso della guerra russo-giapponese e della guerra libica, durante la quale si sperimentò una prima organizzazione di ospedaletti da campo con sezioni psichiatriche, alcuni alienisti militari: Funaioli, Consiglio, Bucciante, tra il 1906 e il 1911,

pratica – anche se non mancavano gli esempi di altre nazioni o di altre guerre recentemente concluse, né il corpo militare era esente, in tempo di pace, da osservazioni specialistiche e tecniche, al fine di migliorarne la forma fisica e l'efficienza generale – su una possibile riforma e rinnovamento della psichiatria nell'ambito militare. Così recita Consiglio nei suoi *Studii di psichiatria militare*<sup>689</sup>:

L'organizzazione psichiatrica in guerra è problema grave, e di grande attualità. L'insegnamento dei grossi guai sofferti dai russi in sul principio della titanica lotta col Giappone ci deve ammaestrare per una possibile lotta sul continente; ma anche la nostra campagna libica ci insegna come le spedizioni coloniali debbano, pur esse, pensare a questo lato della organizzazione sanitaria, in quanto, se è minore e meno formidabile l'urto delle masse, per converso le operazioni durano a lungo, si svolgono in climi differenti dell'abituale, e in condizioni igieniche peggiori, e la lotta è fatta più specialmente di insidie, di assalti notturni, di continue guerriglie, che esauriscono nello sforzo di tensione.

Consiglio prosegue facendo alcuni riferimenti a colleghi psichiatri italiani<sup>690</sup>, mostrando disappunto verso alcuni – tra cui Daneo – che ripeterebbero senza rielaborarle certe affermazioni di alienisti stranieri – russi soprattutto – e soffermandosi in seguito maggiormente sulle riflessioni degli psichiatri militari

---

proposero l'organizzazione di un servizio medico-psichiatrico capillarmente diffuso all'interno dell'esercito. Ogni ospedale militare principale avrebbe dovuto disporre di un reparto psichiatrico in cui gli specialisti, avvalendosi dell'analisi antropologica, avrebbero selezionato gli iscritti alla leva. Una simile struttura si sarebbe rapidamente adattata alle esigenze di guerra, mentre l'apporto degli alienisti civili si sarebbe limitato alle zone lontane dal fronte”, Bruna Bianchi, *La follia e la fuga. Neurosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni Editore, Roma 2001, p. 62.

<sup>689</sup> Placido Consiglio, *Studii di psichiatria militare I. I degenerati nell'esercito*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1912, pp. 370-410; *Studii di psichiatria militare II. Le forme di alienazione mentale nei militari*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1913, pp. 792-849; *Studii di psichiatria militare III*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1914, pp. 881-899; *Studii di psichiatria militare IV. Proposte e rimedi*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1915, pp. 35-80. La questione “Libia” non è appunto al cuore del contributo, ma riferimenti ad essa sono frequenti, seppure in veste di appendice, o nota, proprio perché “dopo pochi mesi dacché scrivevo queste pagine scoppiò la guerra italo-turca alla quale io presi parte, sin dall'inizio, per un anno intero”, nota 100, p. 899 (*Parte III*).

<sup>690</sup> “Qui accenno soltanto che dell'organizzazione psichiatrica in pace e in guerra si è diffusamente occupato il collega capitano Funajoli in questa stessa Rivista, del 1911, per quanto io non concordi in tutte le sue proposte, ora soprattutto dopo la esperienza della guerra libica”, che costituirebbe quindi un discrimine tra le riflessioni teoriche e le osservazioni e le esigenze pratiche.

francesi, che si sono distinti nell'ambito coloniale, per una serie di osservazioni e istanze puntuali, emerse e sistematizzate in occasione del già citato *Congrès des alienistes de langue française*. Consiglio mostra di conoscere i risultati e le ricadute di questo congresso tenutosi a Tunisi nel 1912, che segna in una certa misura la “nascita ufficiale” della psichiatria coloniale in ambito francese: in tale occasione “il Régis fece una serie di proposte pratiche per organizzare tale assistenza, per gli europei come per gli indigeni, per la popolazione civile e per la militare, e, per questa, a seconda che si tratta di soldati metropolitani o di coloniali”<sup>691</sup>. Allo stesso modo Consiglio mostra di conoscere le discussioni che ebbero luogo nei precedenti congressi a Mosca (su casi dei militari colpiti da disturbi psichiatrici durante le guerre balcaniche), a Berlino (sull'assistenza agli alienati militari in guerra e in pace) e a Nantes, dove Granjux aveva riassunto

la organizzazione psichiatrica che le circostanze della guerra avevano imposto ai russi verso la fine della campagna: sul fronte, ospedali da campo psichiatrici; nella zona di tappa un ospedale di evacuazione psichiatrica, e, ai suoi lati, un asilo per i non trasportabili; sulla linea di tappa, ospedali psichiatrici ausiliari per ricevere temporaneamente gli alienati che non potevano più continuare; gli Asili metropolitani, permanenti o provvisori, formeranno i termini del triste viaggio.

Anche Consiglio, a capo di un ospedale da campo a Tripoli, si pronuncia – sempre in una nota degli *Studi di psichiatria militare* – in tema di organizzazione pratica dell'assistenza psichiatrica in tempo di guerra: se vi era chi sosteneva, come il dottor Tomasini, che andavano istituiti dei “manicomi da campo”, Consiglio, dal canto suo, specialmente dopo l'esperienza della guerra di Libia, riteneva che questi potessero solo riuscire dannosi. Secondo il capitano medico Consiglio, fedele in questo alle affermazioni dell'ispettore capo della Sanità militare, tenente generale medico Ferrero di Cavourleone, anch'egli presente nella campagna libica,

---

<sup>691</sup> P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare IV. Proposte e rimedi*, cit., pp. 54-55.

non bisogna ospedalizzare in sito i nevrotici acuti e gli alienati, ma subito trasportarli all'ospedaletto od ospedale da campo il più vicino, ed ivi ricoverarli – appartati – in una delle comuni tende, con un gruppo dei comuni infermieri, rimpatriandoli non appena sia possibile; mentre i così detti manicomî da campo, reparti sanitari appositi per tali malati, sono un grave ingombro ed una utopia logicamente irrealizzabile.

La guerra italo-turca scoppia proprio mentre Consiglio è impegnato nella stesura dei suoi *Studi di psichiatria militare*; tale conflitto gli offre l'occasione di “fare interessanti osservazioni psichiatriche e criminologiche nei militari in guerra”<sup>692</sup>. In ragione del conflitto stesso da un lato, e della pubblicazione delle riflessioni di Consiglio dall'altro – già a quell'epoca psichiatra militare autorevole – “l'argomento è tornato di grande attualità” e alle sue riflessioni faranno seguito quelle di altri: “In Italia un bello studio ha pubblicato il Prof. D'Abundo, e due lavoretti il Daneo e il Campioni (Valentino)”; vedremo in seguito, analizzando i diversi contributi, perché Consiglio approva il primo e dileggia i secondi: D'Abundo condivide appieno la teoria di matrice lombrosiana, sostenuta da Consiglio, della predisposizione genetica nei soggetti in cui appaiono forme neuropsicotiche in tempo di guerra, attribuendo al fattore biologico – quasi un marchio atavico di degenerazione – la causa e, alle circostanze della guerra, l'occasione di slatentizzazione. Daneo invece si sarebbe imbattuto durante il conflitto italo-turco in forme che Consiglio nega di aver osservato: secondo quest'ultimo infatti “nella nostra guerra, a differenza di quanto il Daneo crede d'aver visto, non si sono avute forme confusionali, le cestenie [sic] depressive, e le altre forme gravi di psicosi avute dai russi”; Daneo in particolare avrebbe rilevato diverse forme in cui a predominare fosse “il cachet depressivo del più gran numero di ammalati nervosi e mentali, specie nelle guerre d'assedio”, finendo con l'attribuire un’“importanza quasi esclusiva al trauma guerresco in senso lato”.

---

<sup>692</sup> Vedremo in seguito come siano le osservazioni criminologiche sui militari più che quelle psichiatriche a costituire il focus delle riflessioni di Consiglio; mentre per quanto riguarda le osservazioni psichiatriche, altri medici avranno modo di esprimere le loro.

Le manifestazioni psicopatologiche che Consiglio osserva nei soldati, nell'ospedale da campo e poi nella "sezione pei mentecatti" (ove non c'erano reparti distinti per militari e civili) dell'Ospedale Vittorio Emanuele III:

si riferivano a casi nevrotici acuti, o nelle forme nevrasteniche comuni da fatica o da emozioni protrate e da nostalgia o, per lo più – e nei soldati – nelle forme di rêverie parlante o delirio d'azione (equivalenti psico-isterici). Nessuna forma epidemica, qualche raro caso di alcolismo acuto (più veramente di ubbriachezza patologica in degenerati), qualche rara forma epilettica motoria e, più spesso (ma sempre in modo relativo) espressioni acute del carattere epilettico, qualche caso di demenza precoce disvelata dai fattori perturbanti della guerra stessa, in soldati ed in qualche ufficiale, e in questi rarissimi nella forma paranoide, provocata apparentemente da allucinazioni, alimentate od occasionate da eventi o da impressioni guerresche.

Consiglio, in un'altra nota degli *Studi di psichiatria militare* anticipa le sue ricerche e le sue osservazioni relative al côté criminale-giudiziario delle manifestazioni psicotiche che discuterà diffusamente in due articoli che avremo modo di analizzare in seguito. Con queste parole annuncia tali osservazioni:

Ma forse più importanti, perché del tutto nuove, a me sembrano le osservazioni criminologiche, che completano lo studio delle manifestazioni anormali dei militari in guerra: soprattutto le caratteristiche di tale criminalità, il valore relativo della costituzione personale – dei fattori di guerra – e dell'alcool – oltreché del clima, il modo diverso di comportarsi in guerra e la differente combattività dell'anomalo e dell'amorale, il contagio psichico criminogeno – la coppia e l'associazione criminosa più intima nel contrasto psicologico della speciale vita esterna, il valore della pretesa rieducabilità del pregiudicato in guerra, l'equivalenza criminogena di certi episodii nevrotici od emotivi, ecc., quali ho studiato in una prima serie di pubblicazioni che spero completare con altre con altre osservazioni e ricerche in Libia.

## **Anormali, amorali e criminali in guerra: classificazioni e perizie**

Nella lettera datata 21 luglio 1912 che Luigi Scabia e Placido Consiglio indirizzano alla Direzione generale dei servizi sanitari militari e civili di Tripoli con l'obiettivo di correggere le storture di un'assistenza carente e dare vita a un sistema efficiente di assistenza psichiatrica, emerge la questione dell'osservazione, del trattamento e dell'internamento dei militari impegnati nella guerra di Libia. Tra di essi si sarebbero infatti riscontrati diversi casi di psicosi che – Consiglio tiene a precisarlo già in questo contesto, ma vedremo in seguito come tale affermazione sia un costante postulato e risultato delle sue osservazioni – “avevano la loro origine su di un fondo ereditario”.

I due alienisti, il civile e il militare, impegnati nell'organizzazione di un servizio psichiatrico a Tripoli, rilevano l'inadeguatezza di mezzi e strutture idonee per “l'osservazione dell'elemento militare”, “bisogno veramente sentito” data – evidentemente – la relativa frequenza di casi di psicosi (39 sono i casi osservati da Consiglio nel “reparto pei mentecatti” e altri, in un numero che non ci è giunto, quelli ricoverati negli ospedali da campo); forme sia innocue, sia da sottoporre a perizia ordinata dal tribunale militare per comportamenti anomali o coinvolgimento in attività non conformi alla disciplina militare:

È evidente che non essendoci un locale adatto, la cura non può essere stata fatta che in condizioni difficili non sempre opportune. E si verificarono anche dei casi di soldati imputati di reati e nei quali si è sospettata l'esistenza di disordini mentali e si è dovuto dare il giudizio in condizioni veramente disagiati e non proprie. E poiché manca ancora l'ospedale militare, molto opportunamente l'osservazione e lo studio di tali soggetti potranno essere fatti in un luogo che risponda a tutte le esigenze scientifiche ed offra garanzie assolute<sup>693</sup>.

---

<sup>693</sup> La lettera, datata 20 settembre 1912, è riportata in appendice al volumetto di Luigi Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., pp. 23-25.

In questo passaggio è la voce del “capitano medico del Regio esercito”, dottor Placido Consiglio, a risuonare. Già assistente onorario nella Clinica Neuropatica della Regia Università di Roma, dove collabora con Augusto Tamburini, all’inizio del conflitto italo-turco lascia la capitale per affrontare la guerra: il 9 ottobre, alla testa dell’ospedale da campo numero tre, s’imbarca da Palermo per la Tripolitania<sup>694</sup>. È lui, su incarico della direzione generale del servizio sanitario militare e civile di Tripoli, a creare nel 1912 il “reparto pei mentecatti” o “piccolo reparto – psichiatrico s’intende – per borghesi”, dipendente dall’ospedale coloniale principale, e a dirigerlo per tre mesi<sup>695</sup>, prima dell’arrivo del direttore del manicomio di Volterra, Luigi Scabia<sup>696</sup>. Il reparto riceve sia militari sia civili – le due categorie non sono infatti divise né tantomeno esiste un ospedale militare – ma sono i militari ad attirare le riflessioni del capitano medico Consiglio, riflessioni che confluiscono in una vasta produzione di articoli, che per l’ampiezza e la varietà dell’esperienza da cui, negli anni, scaturiranno (Consiglio è al seguito dei soldati nella guerra di Libia, nella Grande Guerra e nella seconda guerra mondiale) e per quantità, costituiscono un saggio significativo della letteratura psichiatrica militare prodotta in Italia nella prima metà del ventesimo secolo.

Come rileva Bruna Bianchi, “Placido Consiglio illustrò diffusamente sulla stampa medica la sua esperienza in qualità di perito nei processi per diserzione e insubordinazione e le sue osservazioni in qualità di direttore di un ospedale da campo a Tripoli”<sup>697</sup> nonché della sezione psichiatrica dell’ospedale coloniale da poco sorto dalle ceneri di quello turco. Della sua produzione – oltre alle note che abbiamo tratto dagli *Studi di psichiatria militare* che non rilevavano direttamente dalla guerra di Libia ma che di quest’esperienza almeno in parte, almeno marginalmente iniziavano a nutrirsi – ci interessano in particolare le *Osservazioni dirette sui militari pregiudicati e delinquenti nella guerra di Libia*<sup>698</sup> pubblicato nel periodico diretto da

---

<sup>694</sup> Per una ricostruzione biografica si veda: Andrea Scartabellati, *Uno Wanderer dell’anormalità? Un invito allo studio di Placido Consiglio (1877-1959)*, «Rivista sperimentale di Freniatria», CXXXIV, 2010, 3, pp. 89-112.

<sup>695</sup> “Dopo aver tenuto per tre mesi un piccolo reparto per borghesi in Tripoli”, fino al giugno 1912.

<sup>696</sup> Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia*, cit.

<sup>697</sup> B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., p. 62.

<sup>698</sup> P. Consiglio, *Osservazioni dirette sui militari pregiudicati*, cit.

Enrico Ferri «La scuola positiva», e l'articolo *Delle psicosi e delle nevrosi e specialmente della criminalità in guerra*<sup>699</sup> pubblicato negli «Annali di medicina navale e coloniale». Possiamo analizzare questi due contributi congiuntamente, poiché in essi sono esposte le medesime concezioni: della guerra coloniale, delle virtù militari, degli anormali nell'esercito, dei criminali, delle soluzioni per “ripulire” da soggetti inadatti e pericolosi (non ultimo perché “contagiosi”) l'ambiente militare.

Non è il momento della battaglia a interessare precipuamente il capitano medico, ma “la trama ordinaria e quotidiana della vita al campo”, che “nella lunghezza delle guerre coloniali”<sup>700</sup> costituisce il terreno d'osservazione privilegiato per l'alienista impegnato a tracciare un limite tra soldati normali, volenterosi, dediti alla causa della patria, utili in battaglia e vigili in ogni aspetto della vita guerresca, nella “sua interna preparazione e reintegrazione, prima e dopo le battaglie”; e soldati anormali o anomali, spesso degenerati, di cui la guerra, agendo da detonatore su un fondo organico predisposto, turba i “sistemi psiconervosi, sì da farli soccombere in una forma o in un'altra di naufragio della personalità”<sup>701</sup>.

Partendo da tale “palese” distinzione, nell'avviarsi a classificare le personalità presenti nell'esercito, Placido Consiglio enuncia un'ulteriore distinzione, nel campo degli anormali: “la vita di guerra, in mezzo ai soldati, mi ha posto in piena luce una distinzione [...], che è veramente di grande interesse, anche se non rappresenta una rivelazione per l'antropologia criminale e la psicopatologia”, ossia “fra gli amorali, degenerati etici [...] antisociali per costituzione” e “quelli, assai meno numerosi, che sono dei nevrotici, degli squilibrati non privi di senso morale, benché deviato o deformato, instabili”<sup>702</sup>. Vi sarebbe dunque da un lato l'anomalo amorale, egoista, frigido etico, analgesico di sentimenti e di affetti, insocievole; dall'altro l'anomalo semplice, avventuriero, instabile, irrequieto<sup>703</sup>.

---

<sup>699</sup> Id., *Delle psicosi e delle nevrosi*, cit.

<sup>700</sup> Id., *Osservazioni dirette sui militari*, cit., p. 1.

<sup>701</sup> Ivi, p. 2.

<sup>702</sup> Ivi, p. 3.

<sup>703</sup> Sono questi i termini che Consiglio usa, ivi, p. 4.

Diverse sono anche le patologie che colpiscono la classe degli ufficiali e quella dei soldati semplici, come già si era rivelato nel conflitto russo-giapponese e come si tenderà a rilevare anche nel corso della Grande Guerra<sup>704</sup>:

Fra gli ufficiali si trovano molte manifestazioni acute riferibili a paralisi progressiva, od a paralisi tardiva cronica sistematizzata, od a psicastenie ossessive ed ansiose, od a quadri paranoidei di una demenza precoce sino ad allora ignorata; e fra i soldati, numerosi casi di ebefrenia o di catatonismo, soprattutto di demenza paranoide con allucinazioni, o di psicosi alcooliche acute, o di amenzia e confusione allucinatoria, o di epilessia psichica e di stati crepuscolari protratti ed, infine, di fughe improvvise, incoscienti, automatiche<sup>705</sup>.

A questo proposito, nel corso della prima guerra mondiale “si affermò che, mentre i disturbi isterici del soldato esprimevano una difficoltà di adattamento all’ambiente, nella nevrosi ansiosa dell’ufficiale l’ideale della condotta morale era al centro del conflitto”<sup>706</sup>. In particolare, secondo gli psichiatri che si interrogavano su questi temi, “mentre il sintomo isterico rifletteva una condizione di inferiorità morale e sociale”<sup>707</sup> – in un certo senso atavica, per citare Lombroso, le cui teorie, insieme ai concetti di degenerazione e predisposizione, furono largamente recuperate dagli psichiatri militari, primo tra tutti proprio Consiglio – invece “l’ansietà coinvolgeva i modelli etici del comportamento individuale”<sup>708</sup> e colpiva perciò coloro che sentivano maggiormente il senso del dovere e di responsabilità, la dedizione alla patria, ma soccombevano di fronte a carichi di emozioni, di orrori, di rimorsi e di responsabilità non previsti. Anche il tema della diserzione – toccato da Consiglio in chiusura del passaggio appena citato, facendo seguire il termine “fuga” da un climax di tre aggettivi (improvvisa, incosciente, automatica) che fa percepire quanto essa potesse avere di straordinario, sia per i soggetti sia per gli osservatori –

---

<sup>704</sup> Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., in partic. pp. 118-136.

<sup>705</sup> P. Consiglio, *Osservazioni dirette sui militari pregiudicati*, cit.

<sup>706</sup> B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., p. 120.

<sup>707</sup> *Ibidem*.

<sup>708</sup> *Ivi*, p. 121.

sarà al centro della riflessione degli psichiatri militari nella prima guerra mondiale, poiché allora assumerà dimensioni di massa<sup>709</sup>.

Nell'approfondire la questione della criminalità in guerra, cui approdano entrambi gli articoli di Consiglio trascurando invece il discorso della guerra come fattore psicopatogeno<sup>710</sup>, lo psichiatra militare va oltre nelle sottili distinzioni delle personalità dei soldati: studiando i 225 processi a militari svoltisi nei soli primi sei mesi di guerra dinanzi al Tribunale militare di Tripoli (“sino a tutta la prima decade del marzo 1912”<sup>711</sup>), nonché i 39 casi osservati “in Tripoli in apposito reparto psichiatrico durante il primo anno di guerra”<sup>712</sup> (è infatti nell’ottobre del 1912 che Consiglio lascia Tripoli e il reparto), individua quattro tipologie di soggetti – gli “occasionalisti”, “quelli con precedenti sociali e disciplinari”, gli “emotivi indisciplinati [...] non amorali”, i “delinquenti abituali, amorali”<sup>713</sup> – ciascuna corredata da un buon numero di casi clinici.

Se è vero che “nessun lavoro si ha sulla criminalità in guerra”<sup>714</sup> – per cui Consiglio con questo contributo sarebbe iniziatore e pioniere di tale branca al confine tra antropologia, psichiatria e criminologia – pochi sono anche i lavori che analizzano psicosi e nevrosi che si manifestano in guerra, come aggravate, acutizzate

---

<sup>709</sup> Bruna Bianchi ha approfondito questo tema utilizzando fonti legislative e giudiziarie (militari), letteratura psichiatrica e testimonianze di soldati. Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., in partic. II. *La diserzione*, pp. 159-337.

<sup>710</sup> A questo proposito cfr. nota 91.

<sup>711</sup> Ivi, p. 6; Cfr. anche P. Consiglio, *Delle psicosi e delle nevrosi*, p. 413 ss.

<sup>712</sup> P. Consiglio, *Delle psicosi e delle nevrosi*, p. 410.

<sup>713</sup> Id., *Osservazioni dirette sui militari*, cit., p. 7. Così le categorie: “A) gli occasionali, gli emotivi, gli intossicati transitoriamente (da alcool, da fatica, da veglia prolungata in servizio di vedetta, in trincea ecc.) con buoni od ottimi precedenti sociali e disciplinari, rappresentanti la minima criminalità, e questa per lo più di carattere particolarmente militare; B) quelli con precedenti sociali e soprattutto disciplinari, discreti o mediocri; sono dei maleducati sociali, qualche illegittimo, alcuni richiamati, forse in istato di disagio acuto per la nostalgia della propria famiglia, o perché facili ad essere trascinati da altri più tristi, o perché hanno temperamento rozzo e reattivo; C) gli emotivi, nevrotici veri, squilibrati, anomali intellettuali, instabili ed avventurieri nelle tendenze, di cui molti venuti come volontari, facilmente stancatisi una volta cessato l’interesse psicologico della novità, ed allora manifestatisi ribelli, insofferenti, indisciplinati, ma non amorali; D) gli amorali, i degenerati veri, i delinquenti abituali, i violenti, molti col carattere di epilettoidismo, ma gli uni e gli altri – amorali e violenti – del tutto refrattari all’ambiente, restii alla disciplina, prepotenti ed impulsivi sì, ma ben disposti ad esimersi dai combattimenti, dalle ricognizioni armate, dai servizi di vedetta notturna”, *ibidem*.

<sup>714</sup> Ivi, p. 6.

o rivelate dagli eventi e dallo stress bellico<sup>715</sup>. Negli scritti dello stesso Consiglio, nel “binomio causale” che scatena le psicopatologie in guerra, il peso preponderante è detenuto dal “fattore biologico”<sup>716</sup>, ossia dalla “costituzione individuale della personalità psiconervosa” che rende “l’anomalo [...] biologicamente, una deviazione dal tipo” e “socialmente” un individuo caratterizzato da “facile e improvviso disadattamento alle condizioni di esistenza collettiva in cui si trova”; mentre un ruolo, in fondo, minore giocherebbero le circostanze legate alla vita militare: “paura della morte, preoccupazioni famigliari e senso nostalgico, vita faticosa delle trincee ed esauriente nei servizi di vedetta e nell’attesa di un assalto, [...] intossicazioni, [...] alimentazione uniforme, [...] riposo incerto, insufficiente, [...] scarsa igiene del corpo, [...] azione solare o del freddo”<sup>717</sup>.

Dietro a tale visione apertamente organicista, possiamo scorgere la figura dell’intellettuale-scienziato positivista devoto alla causa nazionale primi del Novecento. L’insistenza nell’osservazione, nella descrizione dei casi porta alla loro classificazione tipologica: analisi e sintesi costituiscono due poli di un medesimo lavoro che ha valenza a un tempo scientifica (nasce nel laboratorio, nell’ospedale da campo o nel piccolo reparto che raccoglie ed accoglie i casi rendendone possibile lo studio; se ne dibattono i risultati nei convegni specialistici o nelle riviste) e politico-sociale (la prevenzione della delinquenza e della malattia, “l’individuazione e l’eliminazione degli inadatti ai comuni standard della vita civile”<sup>718</sup>).

L’individuazione del tipo – da cui per difetto si distanzia il disadattato o ancora il degenerato, e per eccesso l’eroe – conduce a una netta distinzione tra ciò

---

<sup>715</sup> Tra questi l’articolo del dottor Luigi Daneo, *Sulla psico-patologia dell’emozione durante la guerra*, «Rassegna di studi psichiatrici», 1913, 2, pp. 95-106, che analizzeremo al paragrafo *Il peso del fattore emotivo in guerra: paura, emozioni, shock*. Pur sospeso tra affermazioni contrastanti, Daneo tende più di Consiglio a identificare la situazione guerresca in sé come fattore psicopatogeno.

<sup>716</sup> P. Consiglio, *Delle psicosi e delle nevrosi*, cit., p. 409. A proposito della tendenza di Daneo a diminuire il peso del fattore biologico accrescendo quello del fattore psico-emozionale, sull’onda degli studiosi che, prima per la “guerra franco-prussiana del 1870” poi per quella “russo-giapponese”, “hanno dato importanza quasi esclusiva al trauma guerresco in senso lato”, Consiglio scrive “anche da noi vi è stato chi (Daneo) ha creduto parlare di simili forme fra le nostre truppe durante la guerra libica, il che invece non è” (ove le “simili forme” sono quelle in cui predominano “il cachet depressivo del più gran numero di ammalati nervosi e mentali, specie nelle guerre d’assedio”), ivi, p. 410.

<sup>717</sup> Ivi, pp. 408-409.

<sup>718</sup> Andrea Scartabellati, *Uno Wanderer dell’anormalità*, cit. p. 93.

che sta al di qua e al di là di una linea della normalità tracciata con gli strumenti dell'antropologia e dell'antropometria che diventano quelli della criminologia e della psichiatria; l'ascrizione di determinate caratteristiche alle tipologie individuate porta allo studio della modificabilità e correggibilità dei soggetti che ne sono portatori, o viceversa alla sentenza della loro condanna come incorreggibili e inutili. I normali sono elogiati, le loro virtù innalzate poiché rappresentano ciò di cui la nazione abbisogna: dedizione alla patria, obbedienza incondizionata ("la disciplina obbliga, in numerose circostanze, alla obbedienza più pronta e più assoluta, che non può non urtare maggiormente i refrattari, o far cedere i deboli e gli emotivi"), resistenza e costanza.

La persistenza dello sforzo continuativo [...] è oggidi la vera virtù militare che [...] nella massa dei normali si è veduta mirabilmente: è la massa dei normali, degli eroi oscuri e silenti, che ha dato prova realmente di prodigi di valore incessante, prudente e durevole, faticoso e paziente, oltre che di disciplina, di coraggio e di mirabile saldezza nel lavoro e nel sacrificio<sup>719</sup>.

### **Il peso del fattore emotivo in guerra: paura, emozioni, shock**

Nel 1913 la «Rassegna di Studi psichiatrici» pubblica un articolo del dottor Luigi Daneo, partito nell'autunno 1911 per la campagna di Libia. Della sua partenza davano notizia i «Quaderni di psichiatria», emanazione del Manicomio di Cogoleto, diretti da Umberto Masini, proprio nel numero di quell'ottobre in cui la guerra ebbe inizio, con queste parole: "Il dott. Luigi Daneo è stato chiamato a compiere il suo dovere di medico sul teatro della guerra africana. All'amico forte e gentile che ha dato reale prova di abnegazione e di resistenza durante la recente epidemia colerica, auguriamo che siano propizii anche i nuovi cimenti"<sup>720</sup>. Sul periodo trascorso da Daneo in Libia non abbiamo elementi e il saggio *Sulla psicopatologia dell'emozione*

---

<sup>719</sup> P. Consiglio, *Delle psicosi e delle nevrosi*, p. 417.

<sup>720</sup> *Notizia*, «Quaderni di psichiatria», 1911, I, X.

*durante la guerra*<sup>721</sup> è l'unico contributo che il medico di scuola genovese pubblica a conclusione di quell'esperienza, di psichiatra nel teatro di guerra tripolitano.

La «Rassegna di studi psichiatrici» che ospita nel secondo bimestre del 1913 l'articolo di Daneo è una rivista sorta appena due anni prima, con una forte apertura al dibattito scientifico internazionale: ciascun saggio originale è accompagnato da un *abstract* in francese, tedesco e inglese; vi è poi una sezione di “recensioni della stampa psichiatrica estera” seguita da un'altra sezione, di pari ampiezza, di recensioni della stampa psichiatrica italiana in tedesco e in francese<sup>722</sup>, a testimoniare una volontà di scambio scientifico transnazionale per arricchire la cultura specialistica degli psichiatri italiani ed inserirli in una dimensione europea, nonché per attestare l'alto livello delle ricerche svolte in Italia<sup>723</sup>.

Daneo è consapevole di affrontare un argomento “la cui trattazione è relativamente recente”; nel preambolo menziona le esperienze di guerra che hanno portato a riflessioni sui disturbi mentali che hanno contribuito a provocare o a modellare:

Lo studio dei disordini mentali iniziatisi durante lo stato di guerra risale all'epoca dei conflitti ispano-americani e transvaliano; un tentativo più utile di metodica nell'osservazione dei fenomeni morbosi, si ebbe durante la guerra russo-giapponese e questo per parte di medici specialisti che seguirono da vicino le vicende delle truppe<sup>724</sup>.

Gli psichiatri russi avrebbero rilevato un intensificarsi tra i soldati delle psicosi neurasteniche e dei casi di confusione mentale “cui la guerra avrebbe dato una particolare impronta”; un raddoppiamento dei casi di psicosi alcoliche e nevrasteniche tra gli ufficiali, rispetto alla paralisi progressiva, in altri tempi la

---

<sup>721</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione*, cit.

<sup>722</sup> I titoli delle rubriche sono: “Analyses de la presse psychiatrique italienne” e “Referate der italienischen psychiatrischen Arbeiten”.

<sup>723</sup> Nei primi numeri si trovano recensite intere annate di giornali psichiatrici russi, giapponesi, scandinavi, oltre che francesi, inglesi e tedeschi, che rendono conto di un'attività scientifica pressoché ignota in quegli anni in Italia. Cfr. Valeria P. Babini, *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2010, p. 42.

<sup>724</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione*, cit., p. 95.

psicopatia più ricorrente in tale categoria; un predominio delle forme neurasteniche in forma acuta nell'esercito attivo e delle psicosi alcoliche o altre forme, a decorso cronico, nell'esercito di riserva. Sulla base alla lettura di diversi autori russi e in special modo del saggio *Les conséquences mentales des émotions de la guerre*, pubblicato nel 1912 dal polacco Adam Cygielstreich sugli «Annales médico-psychologiques»<sup>725</sup>, Daneo può evincere che “la guerra, pur non avendo dato origine a nessuna forma di malattia specificamente definibile, avrebbe però conferito a malattie conosciute una particolare evoluzione [...], un colorito caratteristico”<sup>726</sup>. Le emozioni a potenziale psicopatogeno che si producono in guerra vengono comparate a quelle prodotte da catastrofi naturali o rivolgimenti politici: gli studi presi in considerazione in tal senso sono da un lato quelli relativi al terremoto di Messina e dall'altro agli avvenimenti parigini del 1870 e quelli della rivoluzione russa del 1905<sup>727</sup>.

Nel succedersi delle “guerre moderne” e nel suo dar forma a una “storia mentale del trauma”, siamo ora, con Daneo, alla campagna di Libia, nella categoria, evocata in maniera più netta dagli psichiatri militari francesi<sup>728</sup>, delle “guerre

---

<sup>725</sup> Cfr. C. Barrois, *Adam Cygielstreich's two prophetic texts, published in The medical-psychological annals in 1912, on mental disorders of war during the Russian-Japanese war in 1904-1905*, «Annales médico-psychologiques», 1993, 151, 3, pp. 276-280.

<sup>726</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione*, cit., p. 96.

<sup>727</sup> Il terremoto avrebbe prodotto “un fenomeno psicologico immediato e generalizzato” di “superlativa apatia che dominava la sfera psichica e costituiva una vera stereotipia psicologica”, uno stato di “anemotività” generata dalla “scossa emozionale non presentita e lo shok morale delle perdite familiari”. A stemperare l'analogia tra i due fenomeni – disastro naturale e guerra – e le loro conseguenze sulla psiche degli individui, interviene la constatazione che “quanto più l'avvenimento da cui ha origine lo stato d'animo sorge improvvisamente, tanto più è violenta l'azione emotiva e più gravi sono i disturbi psichici che ne conseguono”, per cui la guerra moderna difficilmente può essere comparata alle grandi “catastrofi cosmotelluriche”, dal punto di vista delle conseguenze psicopatiche; se le catastrofi possono generare delle “epidemie di disordini mentali”, come tra gli altri aveva affermato Régis, la guerra non avrebbe un potere psicopatogeno comparabile. I perturbamenti politici sono anch'essi generatori di emozioni e forme patogene: il quadro clinico più comune di tali disturbi è un “delirio a contenuto persecutorio con fenomeni di molto grave inquietudine, di paura e di depressione”, con “tendenza alla sistematizzazione e le idee deliranti ritraggono dagli avvenimenti il loro particolare colorito”, quadro che si risolve poi in una diagnosi di paranoia acuta; frequenti sono i casi di eccitamento maniacale e di ansia generalizzata. Per quanti hanno preso parte attiva a episodi di rivoluzione, la malattia ha un decorso rapido che porta a rapida guarigione; per i testimoni o spettatori “i sintomi erano più gravi e l'esito solitamente sfavorevole” proprio perché in essi – la “massa amorfa” – il “torpore intellettuale” e la “fiacchezza morale” che nella quotidianità significano “indecisione, indifferenza, incostanza”, “possono verosimilmente costituire elemento di maggiore influenzabilità alle condizioni morbigene d'ambiente”.

<sup>728</sup> Cfr. il paragrafo *Il connubio tra psichiatria militare e psichiatria coloniale nell'ambito francese*. In realtà, gli psichiatri francesi non si interrogano solamente sul momento della guerra coloniale e dei suoi nessi genetici con la malattia mentale nei soldati, ma anche sulla fase, più lunga e potenzialmente

coloniali”. Ciò che a livello di sconvolgimenti emotivi e tensione nervosa qui si verifica – come più tardi sarà nella guerra di trincea, di cui già la guerra italo-turca offre un saggio<sup>729</sup> – è che “le emozioni in genere inerenti al combattimento perdono talvolta d’intensità, ma si accentuano le influenze di una situazione difficile e penosa di vita che dura per molto tempo in una tensione snervante di attesa, di paura o di angoscia”<sup>730</sup>. Nei soldati in campagna il fattore emotivo e quello legato alla fatica psicofisica si intrecciano, il sentimento della paura difficilmente si converte in sentimento “d’onore e di dignità personale”, ma si traduce in “timore passivo [...], impotente attesa del danno”. Gli stati psicopatici che si generano in guerra “si ricollegano al complesso degli stati emozionali da paura. Il terrore è il grado massimo a cui nella paura si può arrivare; i gradi minori sono rappresentati dagli stati di timore, di inquietudine o di attesa dolorosa”<sup>731</sup>.

Daneo rende conto dei disturbi psichiatrici riscontrati “fra le truppe di una divisione che operò nelle più gravi difficoltà e condizioni di clima [...] durante sei mesi d’estate”<sup>732</sup> nella campagna di Libia, riconducendoli a quattro forme principali che potevano presentarsi anche contemporaneamente negli stessi individui: le sindromi depressivo-ansiose, quelle confusionali, quelle neurasteniche e infine le sindromi epilettiche.

Le sindromi ansiose hanno all’origine una “fobia ansiosa del combattimento e del nemico”. Narra l’autore che “tale fenomeno da spavento si presentava specialmente nelle ore notturne ed insorse in taluno così intensamente da indurre

---

altrettanto logorante psichicamente di mantenimento dell’ordine coloniale per quei medesimi militari.

<sup>729</sup> Basti leggere la descrizione che Gustavo Tanfani ne fa nella prima lettera che invia ai «Quaderni di psichiatria» per comprendere il suo carattere di “guerra di trincea”: “Nel fortino B, splendidamente costruito gli artiglieri manovravano i pezzi, puntandone le nera gola verso le lande nemiche, con precisione e prestezza, come non si trattasse di uomini che sono inchiodati entro quei pochi metri quadrati da sei mesi, e si son visti decimare dal colera, ed hanno combattuto più volte, ed ogni notte sono in attesa dell’assalto, sempre senza spogliarsi”, G. Tanfani, *Lettera da Tripoli (23 marzo 1912)*, cit., p. 84; e ancora: “Contro le palle Turco-arabe speriamo di salvarci confidando nella resistenza delle fortificazioni che cingono la terra conquistata con un arco di cerchio insormontabile e nel valore dei nostri bravi soldati”, ivi, p. 83. Cfr. anche N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., in partic. pp. 75-76.

<sup>730</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell’emozione*, cit., p. 99.

<sup>731</sup> Ivi, p. 104.

<sup>732</sup> Ivi, p. 100.

uno stato di ansia con eccitamento grave durante il quale, in preda a terrore, vagava la notte senza quiete”<sup>733</sup>.

Le sindromi di confusione mentale, “accompagnata da tonalità melanconica dell’animo” – che i russi definiscono “amenza depressivo-stuporosa”, diagnosi che sarà largamente usata nella Grande Guerra<sup>734</sup> – hanno come

tratto più saliente lo stupore, veniva quindi la depressione e la taciturnità. Era nel malato la tendenza ad isolarsi e ogni funzione dello spirito si svolgeva come in uno stato di intontimento e di intorpidimento. La facoltà di rievocare era diminuita, rotti i legami della logica, ma gli ammalati presentavano raramente sintomi deliranti o allucinatori e conservavano un certo senso di malattia<sup>735</sup>.

Deliri e allucinazioni vengono riscontrati in soggetti che hanno abusato di alcool, anzi spesso in soggetti che hanno ingerito anche solo “modiche quantità di alcool”, ma nei quali l’effetto si combina a particolari fatiche psicofisiche: in costoro “l’allucinosi vivace era a contenuto terrifico, induceva conseguentemente stati di terrore e si manifestava specialmente durante o dopo le più difficili vicende della guerra: a seguito di fatiche prolungate, di lavoro spossante, di mancato sonno”<sup>736</sup>. Le condizioni della vita in guerra accentuano o accelerano gli effetti collaterali di una condotta disordinata: ma più dell’alcool, nei soldati assumono un peso rilevante per lo sviluppo di allucinazioni e forme deliranti tutte quelle circostanze tipiche della campagna di guerra, di per sé straordinarie. Daneo riporta un esempio di frenosi alcoolica di questo genere che ha potuto osservare nelle giornate in cui, più energicamente dopo Sciara Sciat, si procedeva a fortificare le città e si ordinava alle truppe di trincerarvisi dentro “per evitare di essere colti di sorpresa”<sup>737</sup>:

---

<sup>733</sup> Ivi, p. 101.

<sup>734</sup> Così scriverà Arturo Morselli nel 1917: “L’amenza depressivo-stuporosa che prima era conosciuta più per raffigurazione teorica che per pratica, è oggi frequente nei reparti psichiatrici e coincide con violente e continuate azioni di guerra”, *Sugli stati confusionali psichici di guerra*, «Quaderni di psichiatria», 1917, 2, pp. 3-4. Cfr. Bruna Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., pp. 90-91.

<sup>735</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell’emozione*, cit., p. 101.

<sup>736</sup> *Ibidem*.

<sup>737</sup> N. Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., in partic. pp. 75-76.

quasi contemporaneamente tre soldati di uno stesso reparto, tornati all'accampamento con una marcia faticosissima dopo aver lavorato per due giorni ad opere di fortificazione, in seguito all'ingestione di pochissima quantità di vino, caddero in preda ad uno stato allucinatorio-ansioso, per il quale uno di essi scaricava nell'aria il suo moschetto, un altro tentava il suicidio. In tutti era la mimica del terrore. Si riebbero completamente dopo alcune ore di riposo<sup>738</sup>.

Le sindromi neurasteniche sono state riscontrate più negli ufficiali che nei soldati, come abbiamo già potuto leggere in un brano di Placido Consiglio e come si osserverà nella prima guerra mondiale; queste forme “iniziavano con forte cefalea, sonno inquieto, senso d'ambascia”, con “irritazione e impressionabilità [...]”. L'orrore della guerra e di tutte le sue vicende era lo stimolo ad ogni loro reazione e urtava il punto psichialgico della loro personalità<sup>739</sup>. Daneo riporta il caso di un ufficiale in cui “esistevano precedenti nevrosici” e che è guarito poco tempo dopo essere stato allontanato dal teatro della guerra e rimpatriato.

Gli accessi convulsivi – riscontrati con esiguità – “per la loro genesi essenzialmente psicogena e per la assoluta mancanza di precedenti personali psicopatici” sarebbero forme affettivo-epiletiche, e non di “epilessia genuina”<sup>740</sup>.

Infine, casi di paralisi progressiva sono stati osservati “poco dopo l'inizio della campagna con sintomi a rapido decorso e aggravamento in individui che non avevano manifestato in precedenza alcun segno di malattia”, ma nei quali la malattia si sarebbe sviluppata per l'intervento dell'“elemento psicogeno” legato alle circostanze guerresche, fatica, emozioni, shock in primis. Daneo racconta di un ufficiale che “immediatamente dopo lo sbarco si fece querelante, preoccupato da idee di malattia, accasciato, con intorpidimento di ogni attività e inceppamento della parola” con “disturbi sensoriali vivacissimi”. L'ammalato fu fatto rimpatriare – essendo l'allontanamento della situazione patogenetica con il rimpatrio la soluzione

---

<sup>738</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione*, cit., p. 101.

<sup>739</sup> *Ivi*, p. 102.

<sup>740</sup> *Ibidem*.

ovvia per guarire le sindromi – e ricoverato in un “Manicomio d’Italia” (non si specifica quale) e “ne uscì dopo qualche mese in condizioni assai migliorate”<sup>741</sup>.

Daneo sostiene che “la causa usuale” degli “stati psicopatici” descritti – in linee sommarie, dati i mezzi di osservazione inadeguati sul campo – siano “idee a forte tono emotivo”, cui si somma l’influenza di altre circostanze: “lo strapazzo, le privazioni, l’insonnia”<sup>742</sup>. Daneo è insomma tra i pochi a pronunciarsi per la tesi della guerra – già la guerra coloniale libica – come in sé psicopatogena: le forti emozioni, la paura soprattutto, e l’alterazione degli equilibri psicofisici implicate nella vita del soldato possono condurre a disturbi mentali di diverso ordine, come abbiamo visto, dalle sindromi ansiose a quelle confusionali, dalle allucinazioni alla nevrastenia, senza che vengano chiamati in causa fattori predisponenti: una generica predisposizione, tare familiari, stigmate della degenerazione, debolezza psichica originaria che si slatentizza. Tuttavia, come accadrà per la Grande Guerra, anche negli scritti degli psichiatri che vissero la campagna di Libia – come abbiamo già visto negli articoli pubblicati da Consiglio – i riferimenti alla predisposizione restano dominanti, dogmaticamente affermati, mentre solo “alcuni parlano di emozione, di suggestione che si innesta sulla predisposizione, [e] altri chiamano in campo la necessità di studiare le manifestazioni fisiologiche dell’emozione”<sup>743</sup>.

Nel nostro caso è proprio Daneo che si avvicina a una lettura meno organicista delle neuropsicosi di guerra, e per questo viene criticato da Consiglio, rappresentante, come abbiamo visto, di una lettura lombrosiana che poggia sulle categorie di anormalità e degenerazione. Consiglio scrive infatti che a “anche da noi vi è stato chi (Daneo) ha creduto parlare di simili forme” – ovvero quelle in cui predomini “il cachet depressivo del più gran numero di ammalati nervosi e mentali, specie nelle guerre d’assedio” – “fra le nostre truppe durante la guerra libica, il che invece non è”<sup>744</sup>.

---

<sup>741</sup> *Ibidem*.

<sup>742</sup> Non avendo potuto lui stesso osservare l’evoluzione e l’esito dei disturbi – poiché i malati venivano per lo più rimpatriati – indica che ulteriori approfondimenti e precisazioni relativamente alla “conoscenza della natura psicogena dei diversi stati” potranno venire solo dai dati statistici ricavati dalle cartelle cliniche compilate dopo il rimpatrio, in ospedali italiani.

<sup>743</sup> B. Bianchi, *Predisposizione, commozione o emozione?*, cit., p. 397.

<sup>744</sup> P. Consiglio, *Delle psicosi e delle nevrosi*, cit., p. 410.

Alla base delle manifestazioni psicotiche Daneo pone “una predisposizione rimasta ignorata”<sup>745</sup> che emergerebbe “sotto l’influsso del fatto emozionale” e acquisirebbe carattere patologico in ragione di “paralisi della volontà [...], mancanza di determinate reazioni e degli opportuni adattamenti alle circostanze”<sup>746</sup>. Lo psichiatra conclude insomma – in maniera meno netta nel corso del testo, ma in maniera perentoria nell’*abstract* di accompagnamento – che “le emozioni della guerra portano alla malattia mentale per esaurimento solo quando si imbattono in una mente già invalida”, mentre negli individui “validi” tali forti emozioni conducono “al contrario, a un’immunizzazione contro i loro effetti più gravi”<sup>747</sup>.

Il fattore biologico continua a giocare dunque un ruolo rilevante; sebbene l’autore lo dia per scontato, è importante notare come al contempo si sforzi di riconoscere altre variabili: “L’emozione shok, fattore occasionale esogeno” e “l’emotività, fattore endogeno e di natura permanente”, lo strapazzo, le privazioni, l’insonnia, le marce faticosissime, i ritmi inconsueti, la fatica fisica che diventa mentale, l’affronto che diventa terrore del nemico e del momento dell’assalto. Il riconoscimento del peso delle emozioni e dell’emotività – non necessariamente come segno di potenziale deviazione dalla norma – aggiunge un elemento “insolito” nella genealogia delle psicosi, la cui portata verrà riconosciuta negli ultimi anni della Grande Guerra.

### **Casi di nevrosi tra i soldati: esaurimento, depressione, mutismo**

Nella primavera del 1912 Augusto Tanfani, psichiatra di scuola genovese partito per la Libia come volontario della Croce Rossa, invia tre lettere ai «Quaderni di psichiatria» diretti da Umberto Masini. Nei numeri di aprile e maggio 1912 Masini pubblica le lettere che Tanfani gli spedisce prima da Tripoli, a metà aprile del

---

<sup>745</sup> L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell’emozione*, cit., p. 103.

<sup>746</sup> *Ibidem*.

<sup>747</sup> *Ivi*, p. 105.

1912<sup>748</sup> – a conclusione di una fase che possiamo definire, con Labanca, dell’attesa, della cautela e dell’assenza di azioni offensive – e poi da Rodi, il 20 maggio 1912<sup>749</sup>, nel pieno di una fase politico-militare di slancio imperialista in chiave mediterranea, mirante all’occupazione da parte della Marina e dell’Esercito italiani di alcune isole dell’Egeo per minacciare e colpire i Turchi nel cuore del Mediterraneo<sup>750</sup>.

Nella terza lettera Tanfani riferisce di alcuni casi di alterazione mentale riscontrati nei soldati durante la prima fase dell’occupazione di Tripoli, quella che inizia con il bombardamento del forte e si conclude con Sciara-Sciat (ottobre 1911) e durante la fase mediterranea-egea della guerra italo-turca (primavera 1912). Alcuni soldati hanno sofferto di esaurimento nervoso e depressione psichica, altri sono stati colpiti da forme isteriche, come mutismo improvviso e perdurante.

Nell’oasi di Tripoli, dopo il terribile episodio di Sciara Sciat e le azioni di rappresaglia ad esso seguite<sup>751</sup>, due soldati, coinvolti in azioni di particolare efferatezza, non hanno proferito parola per alcuni giorni. Tanfani non li ha visti con i propri occhi, ma riferisce quanto gli è stato raccontato, impossibilitato dunque a fornire “molti ragguagli”.

Il primo, un bersagliere dell’11° dopo il combattimento del 28 ottobre nell’oasi di Tripoli e la minaccia di evirazione da parte degli arabi, rimase incapace di pronunciare parola per undici giorni; il secondo, un soldato del 3° genio, durante l’avanzata nell’oasi nel novembre scorso, si assunse spontaneamente l’incarico di far saltare una casa dove erano annidati undici arabi; mentre questi sparavano furiosamente contro i nemici egli, dalla parte posteriore, si arrampicò sul curvo tetto della casa, vi praticò da un capo all’altro trasversalmente il solco per appoggiarvi il tubo di gelatina esplosiva, diede fuoco alla miccia e poi di un salto, tra le fucilate, ritornò tra i suoi

---

<sup>748</sup> Gustavo Tanfani, *Lettera da Tripoli (14 aprile 1912)*, «Quaderni di psichiatria», 1912, II, 3, pp. 130-131.

<sup>749</sup> Gustavo Tanfani, *Lettera da Rodi (20 maggio 1912)*, «Quaderni di psichiatria», 1912, II, 4, pp. 184-187.

<sup>750</sup> Cfr. Nicola Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., in partic. pp. 53-111.

<sup>751</sup> Cfr. Angelo Del Boca, *Gli italiani in Libia*, vol. I: *Tripoli*, cit., in partic., pp. 108-144 e Nicola Labanca, *La guerra italiana per la Libia*, cit., pp. 69-84.

mentre la casa crollava sui feroci abitatori. La terribile emozione lo tenne muto per quattro giorni<sup>752</sup>.

Un terzo caso di mutismo è stato riscontrato in un “bersagliere del 4° reggimento, appartenente al battaglione che si trovò maggiormente impegnato il 16 a Psitos, tanto da consumare tutte le cartucce, divenne muto dopo il combattimento e credo non abbia tuttora riacquistato la parola”. Il teatro della guerra è ora Rodi, dove i soldati italiani della divisione Ameglio sono sbarcati il 4 maggio 1912, e dove il 16 si sono scontrati con le forze turche nella conca sassosa di Pthisos, sconfiggendo la “fiacca resistenza”. Tanfani non ha osservato direttamente questo soldato di cui riferisce l’episodio di mutismo, ma spera “almeno questo, se me lo portano a Rodi, di poterlo esaminare”<sup>753</sup>.

Riporta inoltre che nella campagna dell’Egeo “dopo le faticose giornate del 5 e del 16<sup>754</sup> ebb[e] occasione di vedere diversi casi di depressione psichica e di esaurimento nervoso, per eccessivo strapazzo”<sup>755</sup>. Si dilunga su un solo caso, un soldato del 34° reggimento fanteria, in cui:

L’ottundimento della coscienza si accompagnava a confusione mentale ed era seguito dopo qualche ora da fatti di lieve eccitazione motoria ed idee deliranti in rapporto con allucinazioni visive: “vedo dei turchi fuori dalla tenda – hanno ucciso tutti i miei compagni – voglio uscire per vederli meglio e per difendermi”. [...] Dopo due giorni, rinforzato nelle condizioni

---

<sup>752</sup> G. Tanfani, *Lettera da Rodi*, cit., p. 187.

<sup>753</sup> *Ibidem*.

<sup>754</sup> Il 5 maggio è il giorno successivo allo sbarco della divisione Ameglio nella baia di Kalitheas, nell’isola di Rodi difesa da 1500 regolari turchi della guarnigione di Salonico. Cfr. Angelo Del Boca, *Gli italiani in Libia*, vol. I: *Tripoli bel suol d’amore, 1860-1922*, Mondadori, Milano 2010 (Laterza, Roma-Bari 1984), p. 171. Il 16 ha luogo la battaglia di Psithos, minuziosamente descritta dallo stesso Tanfani (che riporta il numero dei prigionieri, dei fucili sottratti ai turchi come bottino di guerra, il basso numero di morti e feriti per la parte italiana, ed evoca la durezza e le tappe delle marce, e infine la gaiezza per la vittoria) e cantata da Corradini: “Il generale Ameglio seppe fare di Psithos un piccolo poema militare perfetto, piccolo capolavoro perfetto, che s’inizia e si compie nel giro di cinquantadue ore”, Enrico Corradini, *Sopra le vie del nuovo impero: dall’emigrazione di Tunisi alla guerra nell’Egeo*, Treves, Milano 1912, p. 183.

<sup>755</sup> G. Tanfani, *Lettera da Rodi*, cit., p. 186.

fisiche, l'ammalato era ritornato, anche psichicamente, pressoché normale e veniva rimandato al reggimento<sup>756</sup>.

Sono “lo strapazzo e le emozioni” tipiche della guerra – termini che abbiamo visto utilizzati anche da Daneo – le cause principali che “favoriscono la formazione di disturbi a carico del sistema nervoso”<sup>757</sup>; lo sono più dell'alcolismo, del clima, degli abusi sessuali, delle infezioni e delle droghe. Le bevande alcoliche sono infatti scarse, care e di cattiva qualità; e le punizioni per i soldati in stato di ebbrezza decisamente rigorose. Il clima non sarebbe “eccessivamente caldo”, l'unico elemento degno di nota essendo la forte escursione termica tra le ore diurne e quelle notturne. Gli abusi sessuali “pressoché impossibili, data l'estetica delle arabe”. Tra le infezioni, il tifo diffuso a Tripoli e “esportato” a Rodi in individui in cui “probabilmente era in periodo di incubazione fin dalla partenza dalla Libia”, talvolta ha dato luogo ad accessi deliranti, tuttavia rari e non degni di nota. Infine ci si preoccupa che i soldati non abbiano ad avvicinarsi ad hascisc, oppio e morfina, in uso presso gli indigeni e di semplicissimo reperimento.

Nel resoconto di Tanfani – una lettera al giornale e non un contributo scientifico originale – dove significativamente i fattori psicopatogeni sono identificati con “lo strapazzo e le emozioni” della guerra, non si dibatte sul peso della predisposizione o del fattore genetico nell'emergere di fenomeni di esaurimento nervoso e depressione psichica, mutismo e manifestazioni analoghe che assumeranno dimensioni “di massa” nella Grande Guerra, dando avvio a un confronto serrato di posizioni, tra gli organicisti a ogni costo e figure più attente alla dimensione psicologica individuale e collettiva e alla responsabilità psicopatogenica della guerra. Nei contributi analizzati, abbiamo visto delinearsi questo dibattito, e nel seguente vedremo quale sia, in definitiva, la posizione al suo interno dominante, ossia quella espressa autorevolmente già da Consiglio.

---

<sup>756</sup> *Ibidem*.

<sup>757</sup> Così nelle parole di Tanfani: “Del resto, tranne lo strapazzo e le emozioni, non vi sono per il nostro esercito mobilitato altre cause che favoriscano la formazione di disturbi a carico del sistema nervoso”, G. Tanfani, *Lettera da Rodi*, cit., p. 187.

## Militari rimpatriati dalla Libia e curati all'Ospedale di Catania

Ad ampliare la letteratura medica sugli effetti che i conflitti bellici possono avere sul sistema nervoso dei soldati in essi impegnati, contribuisce il professor Giuseppe D'Abundo, pubblicando nel 1912, nella «Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia» da lui fondata a Catania nel 1907, un corposo articolo sulle *Turbe neuro-psichiche consecutive alle commozioni della guerra Italo-Turca*<sup>758</sup>. D'Abundo non è mai stato personalmente in Libia, ma ha avuto ugualmente modo di osservare i soldati che vi si sono recati a partire dall'ottobre 1911, colpiti da disturbi psico-nervosi nel corso della guerra. Questi infatti sono stati inviati presso alcuni ospedali dell'Italia meridionale, non potendo essere adeguatamente curati in loco, ed essendo il rimpatrio considerato la terapia più consona. In particolare D'Abundo si trova a dirigere il “Centro neuropsichiatrico del XII corpo d'armata e delle truppe d'oltremare che fu installato nella clinica catanese”<sup>759</sup>:

Nel conflitto italo-turco tutti gli ospedali della Sicilia e del mezzogiorno, come più prossimi al teatro della guerra, hanno accolto con slancio fraterno ed entusiasmo i nostri prodi soldati ammalati o feriti. E Catania col suo elevato patriottismo ha naturalmente contribuito ad ospitarne molti nei suoi eccellenti ospedali, in uno dei quali, cioè nell'Ospizio Municipale ed Ospedale Garibaldi, dove risiede la mia Clinica [delle malattie nervose e mentali e di antropologia criminale della Regia Università di Catania], vennero ricoverati quasi tutti i militari che presentavano disturbi nella sfera mentale e nervosa<sup>760</sup>.

---

<sup>758</sup> Giuseppe D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-turca: nota Clinica*, «Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia», 5, 6, 1912, pp. 257-285. (Estratto: pp. 1-29).

<sup>759</sup> Voce “D'Abundo Giuseppe” (a cura di Guglielmo Lützenkirchen), in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 31, 1985.

<sup>760</sup> G. D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive*, (Estratto), cit., pp. 1-2.

Prima di proporre l'analisi dei cinquanta casi che ha selezionato tra quelli in osservazione presso la sua clinica, D'Abundo riflette sull'intreccio di due fattori di rilievo nella psiche dei soldati partiti per la Libia: da un lato il sentimento individuale-organico, dall'altro il sentimento nazionale. Sul primo non si dilunga – sarà ripreso infatti nell'esame dei singoli casi – mentre sul sentimento nazionale costruisce un cappello introduttivo che illumina sulla sua posizione pro-coloniale e sull'entusiasmo di certi settori della società per una forma pressoché inedita di gloria nazionale, nonché sul ruolo delle riviste di qualsiasi settore nella divulgazione degli ideali espansionistici. D'Abundo ci descrive un clima di entusiasmo generale, di pieno appoggio dell'opinione pubblica all'impresa di Libia (che solo pochi “facinorosi” si permettono di ostacolare); rievoca l'impero romano antenato e modello della rinascita gloria nazionale; sostiene la necessità storica di espansione: parla in tal senso di “orientamento psico-sociologico delle nazioni”<sup>761</sup>, di evoluzione, di maturità, giocando su una terminologia che gli sta a cuore; e l'evoluzione, è noto, premia i più forti, quanti nell' “aspra pugna” sanno farsi valere; ingigantisce pericoli e difficoltà della guerra, per dare risalto al coraggio e alla dedizione dei soldati, svalutando il nemico<sup>762</sup>.

Di questa necessità storica e “psico-sociale” della nazione di intraprendere una guerra di espansione coloniale, ufficiali e soldati non potevano avere la medesima percezione: il “fattore psicologico sentimentale nazionale dovea altamente influire dal punto di vista suggestivo sui nostri militari”, ma in maniera differente sugli ufficiali da un lato, che “per la loro cultura”, lo percepivano maggiormente e sulle masse combattenti dall'altro, le quali potevano godere del riverbero emanante dagli ufficiali, nonché del loro “esempio indimenticabile” di “abnegazione epica” di fronte al nemico<sup>763</sup>.

Il fattore individuale, che determina le singole eccezioni alla norma costituita dall'efficace influenza del sentimento nazionale che anima la nazione intera e le sue armate coloniali, va analizzato nella sua componente organica – ossia la predisposizione neuropatica – e in quella sentimentale-psicologica, ossia certe

---

<sup>761</sup> Ivi, p. 3.

<sup>762</sup> Cfr. la citazione del passaggio dell'articolo di D'Abundo alle pp. 267-268 del presente lavoro.

<sup>763</sup> G. D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive*, cit., p. 3.

“condizioni particolari dell’animo” legate a circostanze quali “la lontananza della famiglia, [...] la mancanza di notizie, [...] il timore di soccombere e di lasciare la famiglia nella miseria”<sup>764</sup> che potevano avere un peso determinante nell’emersione della predisposizione organica.

Oltre alla predisposizione del soldato “nervoso” (sbadatamente non scartato alla visita militare) e alle “condizioni particolari dell’animo”, in contesto di guerra, di campagna coloniale, sono le condizioni particolarmente dure della vita militare, di trincea, ad avere peso nella manifestazione dei disagi psichici. Nei soldati che fanno lunghi turni di vedetta notturna, ad esempio, le “illusioni ed allucinazioni visive” sono frequenti: “l’idea intensiva di scrutare il nemico [...] determinava sovente una vera percezione subbiettiva che si esplicava con un’allucinazione visiva”<sup>765</sup>; e tale percezione soggettiva facilmente diventava “collettiva”<sup>766</sup>.

Dei cinquanta pazienti che D’Abundo analizza nella sua clinica a Catania<sup>767</sup>, 15 sono affetti da epilessia (in 7 la patologia era già esistente prima di andare in Libia ma non affermata ufficialmente; in 8 si è manifestata in Libia in seguito a commozioni); 10 sono affetti da nevrastenia (in 5 già esistente prima di andare in Libia; in 10 manifestatasi in seguito alle commozioni della guerra); 20 da psicosi (in 18 manifestatasi in Libia in seguito alle commozioni della guerra con stati melanconici, inibitori, deliranti, confusionali; in due casi già esistente prima in incubazione, ma che si manifestò ulteriormente in Libia). Dopo aver riportato diversi stralci di storie cliniche, D’Abundo espone le seguenti conclusioni relativamente all’origine delle patologie:

- 1) In tutti i militari nei quali si svolsero manifestazioni neuropatiche esisteva una eredità morbosa, ovvero si rilevavano le note d’un carattere neurotico, avvalorate dalla presenza di stigmati antropologiche degenerative o patologiche [...]. Perciò è da affermare che l’elemento predisponente

---

<sup>764</sup> Ivi, p. 5.

<sup>765</sup> *Ibidem*.

<sup>766</sup> Ivi, p. 6.

<sup>767</sup> In realtà, riferisce D’Abundo, “il numero dei militari ricoverati e studiati nella mia clinica finora fu di oltre 50; però io ho tenuto conto solamente di 50 casi di cui vi erano notizie sufficienti, tralasciandone parecchi di poco interesse, nei quali mancava l’anamnesi, ovvero non fu possibile ricostruirla con esattezza”, ivi, p. 2.

neuro-psicopatico ereditario ed acquisito rappresenta il fattore più importante [...]. 2) Una forma clinica neuro-psicopatica specifica in seguito alle commozioni della guerra non esiste; però vi furono dei casi delle modalità nell'inizio, nel decorso e nell'esito.

In merito al decorso delle patologie e alla guarigione, D'Abundo conclude che “bisogna tenere conto del profondo esaurimento fisico e dei disagi continui dei soggetti e dell'influenza del fattore nostalgico, che esistendo in incubazione facilitava la evoluzione rapida; ed il ritorno in patria deve certamente considerarsi come elemento psicoterapico di primissimo ordine per la guarigione delle psicosi e delle forme nevrasteniche”. Se il ritorno in patria, associato a cure mirate praticate da medici specialisti, nella maggior parte dei casi assicura un esito positivo della patologia, è importante per l'organizzazione strettamente militare, o di sanità militare, che vi sia una più attenta profilassi, nonché controlli più accurati prima di stabilire chi possa, tra i volontari e i soldati di leva, partire per una campagna in colonia, con tutte le complicazioni che un ambiente nuovo (a partire dal clima) e un tipo di guerra imprevedibile e, nel caso della guerra di Libia, nel suo protrarsi e nella sua durezza, imprevista, comportano. Il dottor D'Abundo, a tale proposito, consiglia di fare “nei corpi di spedizione coloniali [...] una vera selezione preventiva per evitare di mandare soggetti eminentemente predisposti alle neuro-psicosi, le quali potrebbero dar luogo a scene tragiche”; di raccogliere le notizie anamnestiche e renderle note ai medici militari “i quali dovrebbero essere forniti di una cultura neuropsichiatrica sufficiente”<sup>768</sup>.

Presso l'ospedale catanese sede della Clinica di malattie nervose e mentali diretta dal dottor D'Abundo vennero dunque inviati numerosi militari affetti da psicosi o nervosi (50 sono solo i casi presi in esame per questa pubblicazione, ma ve ne furono di più)<sup>769</sup>; inoltre “gli ammalati ed i feriti vennero ricoverati in parecchie

---

<sup>768</sup> Anche se per ciò che riguarda la preparazione dei medici militari presenti in Libia D'Abundo è “lieto di dichiarare che le note informative cliniche dei militari venuti dalla Libia nella [mia] clinica, erano redatte con molta accuratezza”.

<sup>769</sup> Le cartelle cliniche del 1912, che mi sarebbe piaciuto consultare, non sono più conservate presso l'Archivio dell'Ospedale Garibaldi, bensì sono andate distrutte, secondo quanto mi è stato riferito dalla direzione dell'Ospedale e dell'Ufficio archivi dello stesso.

altre città del mezzogiorno”, per cui possiamo pensare che il flusso di rimpatri di militari per ragioni sanitarie e, tra queste, psichiatriche, fosse abbastanza intenso. La pratica dei trasferimenti da una sponda all'altra del Mediterraneo, dalla neo-colonia alla madrepatria, fu adottata non solo per i militari italiani, ma anche, come vedremo tra poco, per i soldati indigeni<sup>770</sup>.

### **Soldati indigeni ricoverati al manicomio di Palermo**

Tra gli indigeni libici “manicomiabili” – secondo la definizione che avrebbe utilizzato Angelo Bravi, psichiatra di scuola pavese attivo a Tripoli, nel 1937 – figurano anche alcuni soldati dei battaglioni indigeni. Il loro numero non è elevato: presso l'archivio dell'ex manicomio di Palermo, dove a partire dal novembre 1912 venivano inviati i libici cui veniva diagnosticata una patologia mentale, ho rinvenuto solo tre cartelle cliniche di militari indigeni, giunti nell'istituto siciliano tra il 1912 e il 1914. Per tutti la permanenza sarà inferiore a un anno e le dimissioni avverranno per “non constatata pazzia” o per avvenuta “guarigione”.

Ali Ben Hrahim Suezzin viene ammesso l'8 novembre 1912: fa parte della prima “ondata” di Libici trasferiti da Tripoli a Palermo. La sua cartella clinica, recante nella prima facciata la foto di un uomo giovanissimo, così recita: “Viene con diagnosi di demenza precoce. Assoldato nel battaglione indigeni, manifestò sintomi di disordine mentale tanto che lo chiamavano il marabutto”. Come quanti osservano il fenomeno della “pazzia” in terra libica rilevano, infatti, “le forme di isterismo, l'epilessie, alcune forme di paranoia, di delirio acuto, di follia ciclica e simili, sono considerate manifestazioni di santità, e i soggetti (Marabut) riguardati con un misto di timore e di rispetto”<sup>771</sup>.

---

<sup>770</sup> Anche ai civili toccò la stessa sorte, ma per essi – dato che erano per lo più indigeni – non si trattava di un rimpatrio, bensì di un allontanamento forzato, in base a regolamenti ignoti e di un internamento che aveva tutti i caratteri dell'alienazione.

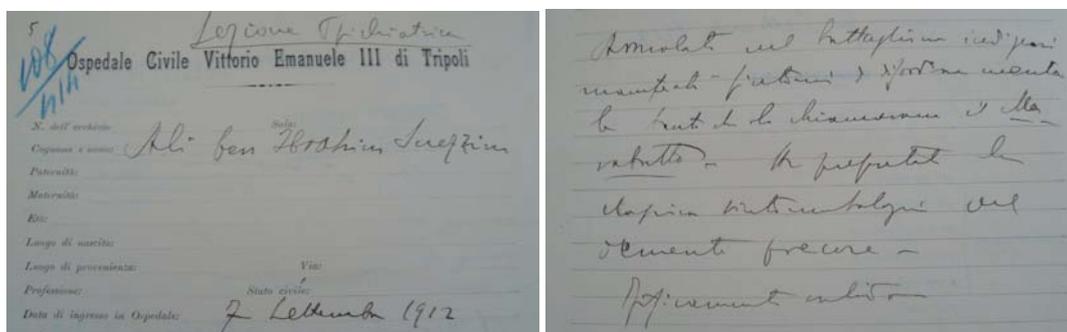
<sup>771</sup> A. Ilvento, P. Tria, G. Casapinta, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli*, cit., p. 24.



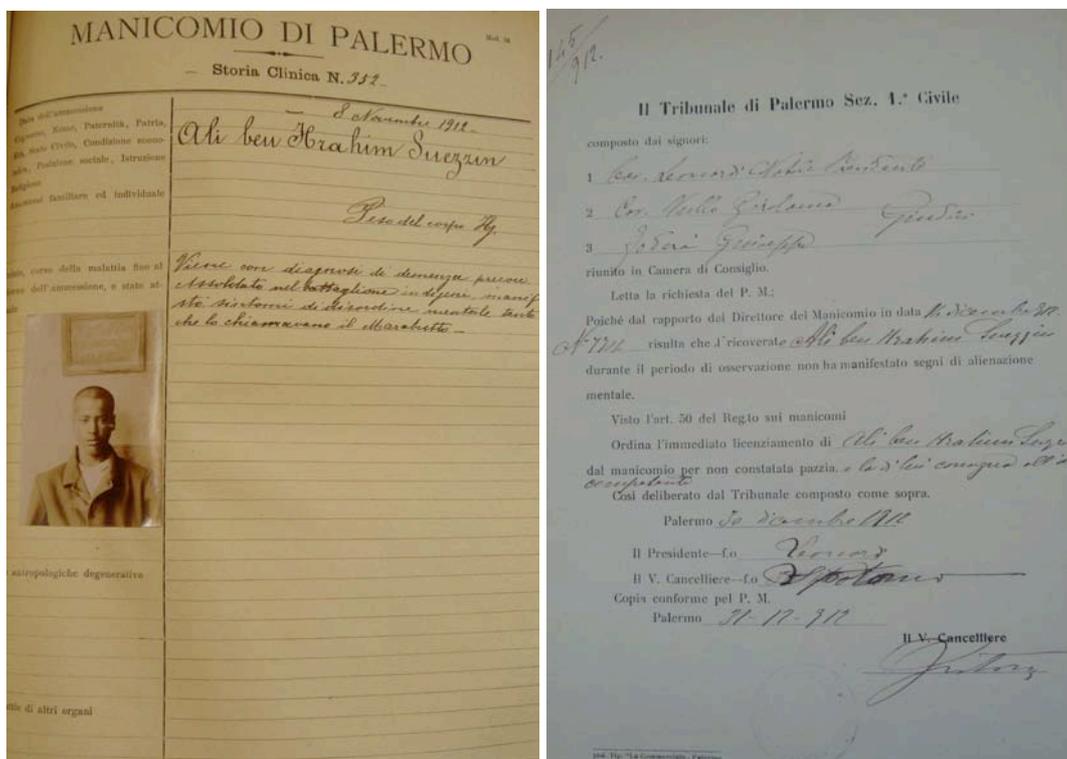
Xilografia di E. Del Neri “Il marabutto”, tratta dal volume *La rinascita della Tripolitania. Memorie e studi sui quattro anni di governo del Conte Giuseppe Volpi di Misurata (con quindici xilografie di Edoardo Del Neri)*, a cura di Angelo Piccioli (Mondadori, Milano 1926). Non vi sono connessioni tra il testo e l'immagine: essa si trova nel capitolo scritto da Giuseppe Sanarelli su *L'assistenza ospitaliera* nel quale non è presente alcun riferimento alle terapie indigene né ad eventuali strutture create dagli italiani in campo psichiatrico, settore non toccato dalla pubblicazione, proprio perché in quegli anni, dopo i tentativi di Scabia e Consiglio nel 1912, non c'erano stati sviluppi significativi.

A Palermo la diagnosi, probabilmente stabilita da Scabia a Tripoli, non viene confermata: la voce relativa alla “diagnosi” è compilata con la sigla N. C. P., ossia “non constatata pazzia”, una delle occorrenze che la legge del 1904 e il decreto di applicazione del 1909 prevedevano come esito possibile del periodo quindicinale di osservazione. Infatti – queste le parole della cartella alla voce “osservazione” – poiché “durante il periodo d'osservazione si è sempre mantenuto ordinato e tranquillo” e “nei vari interrogatori, fatti a mezzo dell'interprete, non si è riusciti a rilevare alcun disturbo psichico”, il medico che lo ha in carico propone al direttore di dimmetterlo “per non constatata pazzia”. Il paziente verrà effettivamente dimesso il 13 gennaio 1913 in base all'art. 56, anche se non sono chiare le procedure di rimpatrio, né la competenza delle spese per esso; probabilmente veniva riaffidato alla questura che si occupava di imbarcarlo su un piroscafo in partenza per la Libia. Relativamente al prosieguo della sua vicenda non abbiamo elementi, non sappiamo

se e quando il viaggio di ritorno abbia avuto luogo, se ci siano state ricadute o ulteriori internamenti in terra libica.



Cartella clinica Ali ben Ibrahim Suezzin, compilata da Scabia a Tripoli.



Cartella clinica di Ali ben Ibrahim Suezzin compilata al suo arrivo a Palermo e delibera del Tribunale di Palermo per le sue dimissioni e il rimpatrio.

L'ascaro Saimail Amed viene ammesso nel manicomio di Palermo il 2 luglio 1913 e dimesso il 12 marzo 1914, ma di lui non abbiamo alcuna informazione, poiché la coperta del fascicolo che porta il suo nome (insieme alle date di ammissione e di dimissione) contiene in realtà il dossier di un altro paziente.

L'ascaro Tedohos Mahari arriva al manicomio di Palermo il 23 marzo 1914; il suo dossier personale è completo: vi è l'ordinanza legale per il ricovero in manicomio che così recita:

noi avv. Luigi Costamante pretore del terzo mandamento di Palermo, letto il rapporto medico del dì 23 marzo 1914 a firma del colonnello medico dell'Ospedale militare dal quale risulta che Tedohos Mahari ascaro militare di Bengasi trovasi affetto da alienazione mentale rendendosi pericoloso a sé e agli altri; letto l'atto di notorietà redatto oggi stesso ad istanza del dottor Giacomo Zappalà tenente medico ordiniamo che il nominato Tedohos Mahari ascaro militare territoriale di Bengasi sia rinchiuso provvisoriamente nel manicomio di Palermo.

Vi è il “verbale di consegna” che attesta il passaggio del soggetto dalla responsabilità della questura a quella dell'ospedale, come per tutti gli altri pazienti provenienti da Tripoli, e analogamente a quanto accadeva per tutti i pazienti che, per diverse ragioni, prima di essere internati “passavano” per gli organi di polizia:

L'anno 1914 il giorno 23 del mese di marzo alle ore 19 nel locale manicomio, davanti a noi dr. Pattavino Benedetto medico del manicomio di Palermo si è presentato Limbi Aggrippino sergente di sanità il quale dietro ordine delle autorità competenti ci ha consegnato l'ammalato Tedohos Mahari ascaro di anni ? da ? per essere curato in questo istituto. In fede di che si rilascia il presente. Il medico: Pattavino.

Vi sono elementi che ci fanno capire come il flusso dei militari “manicomiabili” fosse regolato dalle autorità militari (almeno in questo caso, mentre, come abbiamo visto, nel primo caso analizzato, il trasferimento del soldato del battaglione indigeno dalla Libia a Palermo era avvenuto insieme ad altri indigeni civili, proprio perché il “reparto per mentecatti” che funzionò per qualche mese nel 1912, accoglieva sia militari che civili). Il medico Amabile chiede infatti alla segreteria del manicomio che gli sia fatto pervenire “il rapporto dell'ospedale militare di Palermo intorno all'ascaro testé internato: Tedohos Mahari da Bengasi”,

rilevando anche la necessità di “farlo interrogare dall’interprete” per una migliore comprensione delle ragioni della malattia e dell’internamento. Si interpella l’ospedale militare anche per questa seconda impellenza; con le seguenti parole la direzione del manicomio si rivolge alla direzione dell’ospedale militare (27 marzo): “Prego [...] di mandarmi con cortese sollecitudine le notizie anamnestiche riguardanti l’emarginato. Prego inoltre di mandare un interprete per sottoporre ad interrogatorio l’ammalato in parola preavvisandomi del giorno e dell’ora in cui detto interprete potrà recarsi in quest’ufficio dovendo presenziare io all’interrogatorio. Con riguardo, il direttore”. Con sollecitudine si risponde dall’ospedale militare (31 marzo): “Direzione ospedale militare principale: elenco delle carte che si trasmettono alla direzione del manicomio provinciale: una cartella clinica relativa all’ascaro Tedohos Mahari che si ha il pregio di trasmettere in comunicazione e con carico di restituzione in esito al foglio sopracitato significativo che giovedì mattina 2 aprile sarà inviato a cotesto manicomio un altro ascario da servire quale interprete. Il colonnello medico direttore dell’ospedale”. L’ascaro interprete presta il servizio richiestogli presso il manicomio di Palermo, in occasione dell’interrogatorio di Tedohos Mahari, tenuto congiuntamente dal dottor Amabile e dal direttore, ma di tale interrogatorio non vi sono tracce nella cartella clinica compilata a Palermo; l’esito di tale colloquio è l’ammissione definitiva del paziente, approvata dal Tribunale di Palermo il 15 aprile. La permanenza sarà di pochi mesi, nel corso dei quali andranno attenuandosi “i fenomeni di agitazione a tinta maniaca”, tanto che nel mese di agosto, “ritornato in condizioni normali”, viene dimesso per guarigione. Di seguito il verbale di dimissione:

l’anno 1914 il giorno 28 del mese di agosto alle ore 12.30 nel locale del manicomio maschile davanti a noi dr. Enrico di Piazza medico del manicomio di Palermo ed il sig. Nicolò Adragna, economo, si è presentato il sig. Decaro Camillo (custode di questo istituto) al quale in seguito al decreto del presidente del tribunale civile e penale che essendo guarito ne ha disposto la dimissione, abbiamo consegnato il nominato Tedohos Mahari, ascario da Bengasi (?) per accompagnarlo all’Ospedale militare

principale di Palermo. Di ciò si è redatto il presente verbale, ai sensi dell'articolo della legge sui Manicomii e sugli alienati. E. di Piazza.

L'ascaro viene fatto accompagnare all'Ospedale militare da dove proveniva, "guarito per farlo rimpatriare".

### 2.3. *Cartelle cliniche del manicomio di Palermo*

Tra il 1912 e il 1940 vengono ammessi al manicomio di Palermo 104 donne e 122 uomini, per un totale di 236 pazienti nell'arco di 28 anni. La media di ingressi annuali è di 8-9, anche se tenderei ad arrotondare per eccesso, giungendo empiricamente (e tuttavia arbitrariamente) almeno alla cifra tonda di dieci; e questo per diverse ragioni.

Innanzitutto è alquanto plausibile che abbia tralasciato un buon numero di cartelle durante la mia ricerca presso l'archivio dell'ex ospedale psichiatrico di Palermo, non essendoci mezzi di corredo né coevi né tantomeno più recenti per il materiale archivistico consultato. In genere mancano registri annuali, indici o rubriche. Se vi sono registri d'ingresso per le singole mensilità, non riportano la provenienza dei pazienti; per cui il rinvenimento non è semplice, soprattutto per i coloni rimpatriati per alienazione mentale, mentre è più facile riconoscere nomi arabi, che si notano immediatamente nelle lunghe serie di cognomi e nomi italiani. Per molte annate i registri mancano: in questi casi la ricerca viene fatta scorrendo le cartelle raccolte nei faldoni, ordinati in genere sugli scaffali secondo la sequenza temporale d'ingresso.

In secondo luogo, facendo un raffronto tra i dati relativi al numero (e ai nomi) dei pazienti inviati a Palermo nel corso dell'anno 1935-1936 (dal novembre 1935 al novembre 1936), che Angelo Bravi presenta nei suoi *Frammenti di psichiatria coloniale*<sup>772</sup>, tali numeri superano quelli cui si giunge sommando le cartelle identificate come relative a pazienti, nazionali o indigeni, provenienti dalla Libia. Ciò si connette alla prima problematica, quella della possibile e – con i dati di Bravi – certa, mancanza di alcune cartelle nei miei rilievi, o della loro assenza *tout court* presso l'archivio dell'ex Ospedale psichiatrico di Palermo.

Tra il novembre 1935 e il novembre 1936 Bravi, in veste di capo reparto Osservazione psichiatrica dell'Ospedale coloniale Vittorio Emanuele III di Tripoli,

---

<sup>772</sup> Angelo Bravi, *Frammenti di psichiatria coloniale*, cit., in partic.: *In tema di assistenza psichiatrica agli indigeni africani mediterranei*, frammento XVI dell'edizione delle opere complete di Bravi, 1955.

invia 12 pazienti al manicomio di Palermo. Come si legge nel suo scritto, si tratta di 4 nazionali (tutti uomini), 3 israeliti (una donna e due uomini), 4 arabi (tutti uomini), una “negra”, senza nome. Si sarebbero dunque dovute trovare le 12 corrispondenti cartelle all'ex OP di Palermo; invece ne abbiamo reperite solo 4: quella di uno dei 4 nazionali, della donna israelita, e di due arabi. Se applicassimo la proporzione di una cartella presente e due assenti ogni tre (come nel caso di questi 12 mesi considerati nel raffronto dati di Bravi-cartelle presenti), allora il numero dei pazienti effettivamente inviati a Palermo – solo da Tripoli, escludendo Bengasi – dovrebbe essere triplicato. Si esclude però di poter estendere questo criterio indiscriminatamente, ma lo si deve ritenere comunque, in quanto significativo della non corrispondenza tra il numero di cartelle reperite presso l'archivio dell'ex manicomio di Palermo ed il numero effettivo di pazienti inviati presso questa struttura.

Rispetto al periodo considerato da Bravi vanno rilevati altri dati relativi al trasferimento dei pazienti e agli invii in Italia: su un totale di 55 ammissioni al reparto osservazione psichiatrica dell'ospedale coloniale Vittorio Emanuele III di Tripoli (18 nazionali: 6 donne e 12 uomini; 6 israeliti: 3 donne e 3 uomini; 27 arabi: 5 donne e 22 uomini; due negre; un etiope), 19 vengono trasferiti in Italia, ma non tutti al manicomio di Palermo: come abbiamo visto, 12 sono inviati a Palermo, mentre 2 vengono inviati in altri ospedali psichiatrici (entrambi nazionali: uno si ferma a Siracusa, uno prosegue per Milano, in ragione delle province di provenienza), 5 al Manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto. Gli altri restano sul territorio libico: 4 pazienti vengono trasferiti dal reparto ospedaliero al Regio Ambulatorio Badoglio in Tripoli, un bambino nazionale affetto da cerebroplegia infantile indirizzato a un istituto specialistico, e i restanti consegnati ai familiari (tranne due, che muoiono durante il periodo di osservazione)<sup>773</sup>.

Bravi ci fornisce anche un altro dato interessante relativo agli invii dei pazienti nei frenocomi italiani: nel 1940 i “malati ricoverati negli ospedali psichiatrici

---

<sup>773</sup> A. Bravi, *Frammenti di psichiatria coloniale*, cit; in patic.: *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica*, frammento III dell'edizione delle opere complete di Bravi, 1955.

italiani, e soprattutto in quello di Palermo” sono 280<sup>774</sup> mentre nel 1937 erano 138<sup>775</sup>. Non è chiaro se si tratti della cifra di uomini e donne inviati (a partire dal 1912 o da una data intermedia, qualsiasi, difficilmente identificabile) e non necessariamente sopravvissuti; e in tal caso il numero delle cartelle da me visionate si avvicina alla cifra fornita da Bravi. O se si debba trattare invece del numero di pazienti ancora vivi, degenti a Palermo, in altri manicomi provinciali o al manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto; in questo caso invece i conti non tornerebbero, ma sarebbe sensata la proporzione sopra menzionata: solo di un terzo dei pazienti inviati a Palermo si conserva o è da noi stata identificata la cartella clinica. In base alle cartelle consultate, nel 1937, 32 uomini vivi e 52 donne vive, tra indigeni e nazionali; nel 1940, 35 uomini e 55 donne<sup>776</sup>. Un buon numero di essi muore tra il 1942 e il 1943; bisognerebbe indagarne le ragioni e verificare se si tratti di una tendenza diffusa anche tra i pazienti siciliani del manicomio di Palermo. Venti donne e, in base alle cartelle, un solo uomo vengono trasferiti all’ospedale psichiatrico di Tripoli, in data 22 giugno 1952, ben 13 anni dopo la sua apertura, benché Bravi si augurasse, già nel 1937, il trasferimento imminente o quanto meno prossimo dei pazienti rimasti in Italia. Presso l’archivio dell’ex manicomio di Palermo nel faldone “Cartelle cliniche donne dimesse nel 1952” sono contenute appunto le cartelle cliniche relative a queste pazienti; nei dossier amministrativi delle stesse, ordinati invece per anno di ingresso, si è trovato in alcuni casi, un “foglio di trasmissione alla direzione dell’Ospedale psichiatrico di Tripoli” in cui si preannuncia l’inoltro, a scopo di “trasferimento” del paziente, di una “copia del decreto di ricovero definitivo” e una “copia della relazione sanitaria”.

---

<sup>774</sup> A. Bravi, *Frammento XVIII. L’assistenza psichiatrica in Libia nel 1940*, p. 7.

<sup>775</sup> Nel 1937 i malati presenti nel Manicomio di Palermo sono 138 e al Manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto 12 (*Frammento XVI. In tema di assistenza psichiatrica agli indigeni africani mediterranei*, p. 25).

<sup>776</sup> Nel caso dei maschi, ce ne sono 4 di cui non si conosce l’esito; nel caso delle donne 7.

**MANICOMIO DI PALERMO**  
Storia Clinica N. 551

21 Dicembre 1917

*Annur ben Steni da Noms.*

*Pura del corpo Kg.*

*Spese dall' Ospedale di Tripoli con diagnosi di follia maniacale depressiva. E' stato agitato da prima, in seguito i sintomi sono stati confusi e disordinati.*



*Omar ben Steni*  
Noms.

**MANICOMIO DI PALERMO**  
Storia Clinica N. 224

21 Ottobre 1918

*Salma Bent Belgafra di anni 29 da Tripoli*

*Stato dell'ammissione*  
Epilessia, Nome, Paternità, Patria, Stato Civile, Condizioni economiche, Posizione sociale, Istruzione, Religione, Anamnesi familiare ed individuale

*Stato, corso della malattia fino al giorno dell'ammissione, e in seguito*



*Stato antropologico degenerativo*

*Malattie di altri organi*

**MANICOMIO DI PALERMO**  
Storia Clinica N. 61

23 Febbraio 1916

*Mustafa ben Ibrahim ben Mohamed Bayina*  
*e di Jeddah, Arabi, D. anno 21, di Tripoli*

*Pura del corpo Kg.*

*Stato dell'ammissione*  
Epilessia, Nome, Paternità, Patria, Stato Civile, Condizioni economiche, Posizione sociale, Istruzione, Religione, Anamnesi familiare ed individuale

*Stato, corso della malattia fino al giorno dell'ammissione, e in seguito*

*Stato antropologico degenerativo*

*Malattie di altri organi*

<p>Diametro Anterore Posteriore Milim. 115</p> <p>• Traverso Maximo 105</p> <p>Circoscienza Totale Orientata 550</p> <p>Scintillare Anterore</p> <p>• Posteriore 210</p> <p>• Laterale Destra 250</p> <p>• Sinistra 252</p>	<p>Altezza totale della testa Milim. 205</p> <p>Diametro Posteriore 163</p> <p>• Elipsoide 160</p> <p>Indice Cefalico</p> <p>• Tipo del Cranio</p> <p>• Altezza Metri 1.52</p>
---	--

*Diagnosi: epilessia epilettica.*

**MANICOMIO DI PALERMO**  
Storia Clinica N. 516

21 novembre 1915

*Lahadi ben Nasr Abdulkarim ben Basim D.*  
*anno 20, di Tripoli*

*Pura del corpo Kg.*

*Stato dell'ammissione*  
Epilessia, Nome, Paternità, Patria, Stato Civile, Condizioni economiche, Posizione sociale, Istruzione, Religione, Anamnesi familiare ed individuale

*Stato, corso della malattia fino al giorno dell'ammissione, e in seguito*

*Stato antropologico degenerativo*

*Malattie di altri organi*

<p>Diametro Anterore Posteriore Milim. 184</p> <p>• Traverso Maximo 153</p> <p>Circoscienza Totale Orientata 580</p> <p>Scintillare Anterore</p> <p>• Posteriore 210</p> <p>• Laterale Destra 250</p> <p>• Sinistra 250</p>	<p>Altezza totale della testa Milim. 200</p> <p>Diametro Posteriore 160</p> <p>• Elipsoide 160</p> <p>Indice Cefalico</p> <p>• Tipo del Cranio</p> <p>• Altezza Metri 1.50</p>
---	--

*Diagnosi: epilessia epilettica non preceduta da crisi epilettiche.*



Riguardo la documentazione personale, per alcuni pazienti è presente solo la cartella clinica, ossia una serie di fogli prestampati e rilegati in fascicolo con – sulla prima facciata – le generalità dell'individuo, una fotografia, il numero di ingresso annuale o il numero di storia clinica, la diagnosi all'ammissione ed eventualmente una diagnosi successiva o “definitiva” e le date di entrata e uscita e le ragioni della fine della permanenza (morte, dimissioni, trasferimento, N.C.P. ossia non constatata pazzia). All'interno, cioè sulle facciate successive del fascicolo, vi sono altre voci completate dai medici: anamnesi, inizio della malattia, funzioni psichiche o esame psichico, esame fisico e note antropometriche (e caratteri degenerativi). A seguire il diario clinico (“modificazioni e fasi”) dove sono fornite informazioni sui comportamenti del paziente, sulle diagnosi da inserire di volta in volta nelle statistiche o nelle tabelle nosologiche, sul sopraggiungere di incidenti tra pazienti o malattie di ordine fisico ed eventuali trasferimenti in infermeria o in altre sezioni o padiglioni, su eventuali corrispondenze con l'esterno (questura, prefettura, ospedale di provenienza, parenti, comune del paziente o altro organismo che si informa sulla sua degenza).

Per altri pazienti è presente solo il dossier amministrativo, costituito da fogli sciolti raccolti in una stessa carpetta. Qui sono presenti il verbale di ammissione, il verbale di dimissione o il certificato di morte, eventualmente la relazione sanitaria compilata ad hoc per il “trasferimento in un manicomio del Regno” dall'ospedale di provenienza, la corrispondenza con gli organismi che si occupano ai sensi della legge dell'ammissione, del trasferimento dei pazienti e del loro eventuale rimpatrio (quando ci sono dimissioni di pazienti libici che da Palermo devono tornare in Libia): il procuratore del re presso il tribunale che emette la sentenza di “ricovero urgente” quando un individuo si rivela “pericoloso per sé e per gli altri” ai sensi della legge sui manicomi e sugli alienati del 1904; lo stesso che conferma la proposta, proveniente dai sanitari del manicomio, di ammissione definitiva dopo il periodo di osservazione (il medico di sezione ne fa proposta al direttore, che a sua volta invia l'istanza al tribunale di competenza, da cui arriva la conferma); la questura che “riceve” gli ammalati provenienti dalla Libia (il viaggio in piroscampo si conclude a Siracusa, da lì vengono accompagnati in treno a Palermo alla locale

questura e da lì al padiglione “nuovi ammessi” del manicomio) e si occupa del rilascio del loro lasciapassare per l’eventuale rimpatrio; alcune volte la direzione affari generali del Ministero dell’Africa italiana o ancora i General headquarters della British Military Administration che chiedono informazioni o si occupano del rimpatrio. Non manca la corrispondenza con la famiglia (telegrammi, lettere, vaglia) o altri soggetti che si fanno portatori delle istanze della stessa (municipio di provenienza e podestà; parroco; conoscenti; superiori nella gerarchia del posto di lavoro, specialmente per militari che abbiano parenti ricoverati). Per altri pazienti ancora esiste sia il dossier amministrativo che la cartella clinica e si possono osservare le corrispondenze tra i due, ossia la documentazione di ordine diverso che nella cartella clinica si trasforma in annotazioni in sequenza temporale.

Le variabili che possono essere analizzate – ma su cui non abbiamo ritenuto opportuno soffermarci data la non completezza della cifra totale dei pazienti inviati, ossia essendo indisponibile la portata reale del movimento dei pazienti da una sponda all’altra del Mediterraneo – sono molteplici.

Vengono trasferiti sia uomini che donne, quindi è disponibile un dato relativo alle ammissioni per sesso (122 uomini; 104 donne); non sono solo i pazienti provenienti dalla Tripolitania ad essere inviati nei “manicomi del Regno”, ma anche dalla Cirenaica (124 Tripoli, 78 da Bengasi<sup>777</sup>); soprattutto, non sono solo i pazienti “metropolitani” ad essere rimpatriati, ma molti sono anche gli indigeni “deportati” per essere più adeguatamente curati, almeno questo è lo scopo atteso, anche se l’esito è spesso la morte, dopo anni di internamento. I pazienti indigeni possono essere suddivisi in base alla religione di appartenenza, poiché questo era l’uso nelle cartelle cliniche del tempo: tra le generalità, si definivano la “razza” e la “religione”. Come abbiamo già visto, vengono inviati in Italia sia civili che militari, almeno nei primi anni, mentre in seguito i due sistemi sanitari torneranno a essere separati. Vi sono pazienti che hanno una pendenza penale in corso o che sono stati condannati, e provengono quindi dalle carceri, o sono diretti a un manicomio giudiziario del Regno (in genere Aversa o Barcellona Pozzo di Gotto).

---

<sup>777</sup> Dei restanti non è specificata la provenienza. Il primo paziente viene inviato da Bengasi nel settembre 1914.

Nella relazione di un medico dell'ufficio d'igiene di Bengasi, per l'invio di un paziente al manicomio palermitano si legge:

Ho visitato Abdraim bin Hag Ibrahim degente nelle Carceri di questa Città. Esso è affetto da una forma di psicopatia di cui non mi è stato possibile precisare la causa, con stato abituale apatico ed abulico, interrotto però – a quanto ho potuto sapere – da periodi di grande eccitazione durante i quali l'Abdraim può riuscire pericoloso a chi l'avvicina. Poiché le condizioni del Carcere non sono tali da permettere la custodia di un simile individuo reputo necessario il suo ricovero in un manicomio. Attesto inoltre che le condizioni fisiche dell'Abdurahim sono tali da poter senza suo pericolo sopportare il viaggio fino a Siracusa e oltre. Bengasi, 16 settembre 1913. L'ufficiale sanitario, Descia.

Il “contadino, nullatenente, mussulmano, celibe” Mussa Ben Ruaba

fu ammesso in questo istituto [manicomio giudiziario di Aversa] il 4 agosto 1915, proveniente dalla casa penale di Favignana dove si trovava a scontare la condanna di 20 anni di reclusione, riportata con sentenza del tribunale di guerra di Misurata, 4 gennaio 1913 pel reato di rapina.

Nel 1935, scontata la pena ad Aversa, il paziente è trasferito a Palermo:

Partecipo a codesto ufficio che al più presto possibile sarà disposta la scarcerazione da questo stabilimento per condono della pena residuale del detenuto a margine indicato del quale, ad opportuna norma, trascrivo i connotati: statura 1.53, capelli crespi radi, viso largo, fronte alta stretta, sopracciglia folte, naso insellato, bocca grande, mento corto-tondo, barba rasa, occhi piccoli. Avverto pure che il predetto individuo non essendo guarito dalla malattia mentale di cui è affetto deve essere internato in un Manicomio Civile della sua provincia d'origine. Si alligano, all'uopo, 3 copie di relazione sanitaria e una copia di declaratoria del tribunale militare coloniale della Tripolitania. Il direttore superiore Saporito.

Per quelli che da Tripoli o da Bengasi sono inviati direttamente a Barcellona Pozzo di Gotto, senza passare da Palermo – e sono la maggior parte dei “folli criminali” – non siamo stati in grado di consultare la documentazione, probabilmente disponibile presso l’ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), poiché trattasi di struttura tuttora funzionante e di non facile accesso.

Rari sono i pazienti recidivi, ossia dimessi e fatti ritornare in Libia e poi nuovamente inviati a Palermo, poiché la trafila è evidentemente complessa, e tuttavia, oltre ai “primi ingressi”, ve ne sono anche dei “secondi”. Otman ad esempio, ammesso il primo giugno 1914 con diagnosi di “mania transitoria”<sup>778</sup>, viene dimesso il 15 marzo 1916; il 12 agosto 1917 è nuovamente ammesso per “confusionismo mentale” al manicomio di Palermo, dove morirà appena un mese e mezzo dopo.

Interessante può essere il dato relativo alla diagnosi, anche se è difficile fornire un numero preciso rispetto a ciascun gruppo di patologie, data la frequente modificazione nel tempo delle diagnosi stesse; oppure relativo alla durata della permanenza in ospedale e all’esito (morte, dimissione per guarigione, in base agli articoli 64 o 66 o 69 del Regolamento del 1909, dimissioni per N.C.P. – non constatata pazzia – in base all’articolo 52, o trasferimento).

Talvolta i pazienti vengono inviati in gruppo, nel senso che vengono ammessi lo stesso giorno all’Ospedale di Palermo, talaltra arrivano in reparto avendo compiuto il viaggio senza altri compagni. In ogni caso giungono a Palermo scortate da uno o due infermieri dell’Ospedale di provenienza – ma in seguito da forze dell’ordine – che talora offrono anche un racconto del viaggio in nave, quando esso presenti un qualche interesse ai fini della diagnosi, come in questi casi: “l’interprete che l’accompagna riferisce che la paziente durante il viaggio è stata

---

<sup>778</sup> Nella relazione compilata dal dottor Pietro Paolo Fusco a Tripoli risulta che: “il ragazzo Otman ben Halifa fu con sentenza del tribunale di Tripoli (12 marzo 1913) sistemato in questo ospedale per essere poi tradotto in un manicomio criminale con diagnosi risultante da relativa perizia, di imbecillità. L’Otman aveva rubato un asino, non altro; e durante tutto il tempo che è rimasto in osservazione presso il nostro ospedale civile non si è addimosttrato folle, né pericoloso a se né agli altri. Lo si invia, ciò non ostante, al manicomio affinché la direzione sanitaria del medesimo, con la maggiore sua competenza, possa meglio giudicare al riguardo e rimetterlo in libertà se ne sarà il caso”.

inquieta, agitata, disordinata, sitofoba, diffidente, con attitudine a nascondersi e a scappare” oppure “l’infermiera che l’accompagna riferisce che la paziente durante il viaggio è stata tranquilla, fatua, ha mangiato regolarmente”. L’infermiere che accompagna ricopre spesso anche il ruolo di interprete durante la prima osservazione, tuttavia anche presso la struttura di arrivo sono presenti degli interpreti: si tratta di personale impiegato espressamente a questo fine oppure di pazienti che hanno già compiuto il viaggio dalla Libia all’Italia e conoscono sia l’arabo che l’italiano. Gli interrogatori avvengono a volte “per mezzo della interprete Antioco custode del manicomio”; altre “per mezzo dell’ammalato Mustafà che parla bene anche l’italiano”; o ancora, ad esempio, la paziente Mabruka, “in un primo momento agitata e impulsiva, necessitante di mezzi di contenzione [diviene] poi sempre più tranquilla e ordinata, si presta a fare l’interprete, conoscendo bene l’italiano”. Resta tuttavia difficile rilevare in quale percentuale di casi fosse presente un interprete agli interrogatori, figura fondamentale in molte circostanze, anche se non risolutiva della distanza tra medico italiano e paziente libico.

Altri dati, di ordine meno quantitativo e più qualitativo, emergono dalle cartelle consultate, come il disagio nel nuovo ambiente, il legame con i luoghi e con abitudini precedenti, la non specificità etnicamente mirata delle rilevazioni antropometriche, l’emergere di credenze locali relative all’origine e al trattamento delle malattie mentali.

Izzra è “in generale è di umore ilare; la sua riservatezza è dovuta ai disturbi che riceve dalle altre, per diversità di razza, di colore, di costumi”. Questa formula è molto esplicita, e non ricorre in altri casi; tuttavia, nei resoconti relativi ad altri pazienti, si percepiscono forme di disagio legate all’alimentazione, all’ambiente, al problema linguistico; non è da escludere che i “disturbi” ricevuti dai compagni di sventura italiani fossero facessero parte della quotidianità di molti pazienti libici trapiantati a Palermo.

Il disorientamento spazio-temporale è molto diffuso e spesso affiora, dalle espressioni, dalle attitudini o dalle parole dei pazienti, il desiderio di tornare a casa. Salma “pare che domandi sempre di ritornare a Aziziah, suo paese natio; smania a dire qualche parola in italiano, ha fatto capire che vuole morire e che non mangia

più”. Hatiga “implora di andare a casa; fa capire con gesti che vorrebbe scrivere al padre. Piange spesso dirottamente perché insiste per andare via e per scrivere alla famiglia”. Aragia “passa le giornate in un cantuccio senza mai muoversi. Spesso rivolge lo sguardo verso le pareti come se qualche interlocutore la ascoltasse. Selvatica, mutacica, tiene molto a tenere coperto il capo (residuo di abitudini etniche). Non vuole assolutamente dormire nel letto, non è stato possibile convincerla; dorme su di un pagliericcio a terra”.

Dalle cartelle cliniche esaminate traspare anche qualche dato interessante relativo alle terapie in uso nelle società e nelle comunità di provenienza dei libici internati: ad esempio Gurera “riteneva di essere posseduta dal diavolo, pertanto ricorse ad un medico del suo paese il quale applicandole delle barre di ferro rovente sul capo riuscì a liberarla da ogni malanno sicché ora ritiene che il diavolo sia ritornato sotto terra e più non la molesti”. Rispetto a questo punto – la clinica e la terapeutica locali – ci si sarebbe augurati di trovare maggiore materiale, invece i riferimenti rinvenuti sono sporadici e filtrati dalla cultura medica occidentale, come accade nella letteratura psichiatrica<sup>779</sup>.

Non tutti i pazienti si prestano agli esami della funzionalità sensoriale, nemmeno alla misurazione del cranio o di altre parti del corpo per il rilievo delle “note degenerative antropologiche”, ma questo accade tanto per i pazienti italiani – e non solo quelli provenienti dalla Libia – quanto per gli indigeni libici; in ogni caso va detto che “Note degenerative antropologiche” rappresenta semplicemente una voce delle cartelle cliniche, valida per pazienti di ogni provenienza; che quindi questo genere di dettagli antropometrici non interessa in misura speciale gli indigeni libici, come ci si poteva attendere dagli schemi sperimentali ed epistemologici dell’antropologia del tempo. Va rilevato tuttavia che nelle cartelle dei pazienti neri,

---

<sup>779</sup> All’interno di quest’ultima sono sempre i *Frammenti* di Angelo Bravi a informare che “i musulmani attribuiscono ad alcuni santoni (marabutti) la facoltà di liberare il corpo dallo spirito del male (procedimento che ricorda gli esorcismi dell’evo medio) e questo avviene in particolari fosse [...] di cui gli arabi sono gelosi, e le testimonianze indigene non mancano [...] ed appaiono concordemente scettiche circa il valore pratico di tali mezzi. Un teste dichiara a proposito di un demente precoce che ‘dopo quaranta giorni di fossa era uscito più folle di prima’. È innegabile tuttavia – prosegue Bravi – che tali metodi, per quanto curiosi possano sembrare alla nostra sensibilità europea, siano fortemente radicati negli usi e nella mentalità locali, senza distinzioni sociali”, A. Bravi, III. *Di alcune tendenze psicologiche e tendenziali*, cit., p. 13.

per lo più sudanesi o immigrati in Libia da paesi dell’Africa non mediterranea, le rilevazioni antropometriche sono effettuate più assiduamente<sup>780</sup>.

È importante infine soffermarci sulla presenza del pregiudizio razzista nella teoria e nella pratica psichiatrica. Nella cartella di Ahmed il medico, dottor Amabile, scrive, per argomentare le dimissioni del paziente, che “le sue funzioni psichiche, per quanto si può argomentare dal contegno e dall’interrogatorio fatto a mezzo di un interprete, si sono riordinate e, dato il livello di mentalità del suo ambiente e della sua razza, può ritenersi che siano divenute normali”. Nella cartella di Seleman, compilata nello stesso 1913 dallo stesso medico si legge che “il substrato psicologico della razza rappresenta lo stato predisponente per questa condizione psicopatologica”, sulla base della teoria per cui sarebbe la razza a determinare la forma patologica e persino una forma comunemente patologica, o comunque arretrata, della psiche normale. Osservazioni del genere appaiono in pochissime cartelle e me ne domando il motivo: sono poche forse proprio perché il pregiudizio era ampiamente diffuso anche nella pratica clinica (e non solo nella teoria) e non era quindi necessario ribadirlo o forse perché al contrario era adottato e fatto proprio solo da un numero limitato di psichiatri, mentre la maggior parte di essi nella pratica quotidiana metteva da parte teorie più diffuse a livello dottrinario?

Anche a questo proposito sarebbe molto interessante poter lavorare anche sui dati dei pazienti ricoverati all’ospedale psichiatrico di Tripoli, per indigeni, attivo dall’agosto 1939, e di quelli, nazionali e indigeni, militari e civili, ricoverati presso l’Ospedale coloniale, che aveva un Reparto Osservazione psichiatrica. Questo reparto funziona a pieno ritmo dal febbraio 1938, come vedremo nel prossimo capitolo<sup>781</sup>. Con l’arrivo definitivo di Bravi in Libia nel 1938, i pazienti inviati in Italia diminuiscono – proprio in ragione del rafforzamento dei servizi sul territorio – mentre vi era stata un’apparente impennata dei trasferimenti nel 1937 (12 uomini e 18 donne, stando alle sole cartelle consultate a Palermo; mentre nel 1936, gli invii totali sarebbero stati 12), l’anno in cui, dopo i mesi in cui Bravi aveva espletato un anno di servizio praticamente per tutto il 1936, la direzione del reparto psichiatrico

---

<sup>780</sup> Cfr. le ultime due cartelle cliniche ripotate a p. 96.

<sup>781</sup> Cfr. *Il primo studio sistematico di psichiatria coloniale in Italia: i “Frammenti” di Angelo Bravi*.

era stata presa dal dottor Gian Giocondo Maraini. E tuttavia questo dato è difficilmente sostenibile alla luce del numero di malati provenienti dalla Libia presenti in Italia nel 1937 e nel 1940: in tre anni passano da 138 a 280, ovvero raddoppiano, il che fa pensare a un invio abbastanza massiccio anche con la direzione di Bravi. Questi però aveva introdotto elementi che portavano concretamente a una diminuzione degli invii, o almeno a non considerare l'invio a Palermo come l'unica via percorribile per molti casi, adottando ad esempio l'istituto della dimissione in prova, previsto nella legge sugli alienati e sui manicomi nel 1904. Il largo ricorso alla pratica delle dimissioni in prova è rilevabile nella corrispondenza con le famiglie e nelle cartelle cliniche all'interno dei fascicoli personali. Riguardo a un colono del villaggio Crispi, il medico scrive che “non si può allo stato attuale parlare di dimissione in prova, in quanto il primo tentativo fallì in meno di un mese (19 dicembre 1939 al 2 gennaio 1940) ed il soggetto non attraversa neppure uno dei periodi di relativo miglioramento e remissione”; in precedenza infatti “Un tentativo di dimissione in prova, chiesto dai genitori, nel dicembre '39, fallì: era prematuro, e fu imposto dall'incomprensione dei genitori contro il parere del sanitario”<sup>782</sup>. Nel fascicolo di un altro paziente è presente una ricetta consegnata alla moglie, che ha in carico il ricoverato, “dimesso in via di prova”, il 22 dicembre 1940: “Iobichin gr. 0,30 fiale sei, una iniezione al giovedì per sei settimane; arsenobromotoniche Zambelletti, due scatole, una iniezione nei giorni liberi; Valerofosfer Wasserman, un flacone, un cucchiaino prima dei pasti principali, dr Angelo Bravi, reparto psichiatrico ospedaliero, ambulatorio neurologico”. Per un altro paziente invece “nessun tentativo di dimissione in prova (art. 64 della legge 14 febbraio 1904 sui manicomi e sugli alienati) è stato mai eseguito per le gravi condizioni del soggetto”.

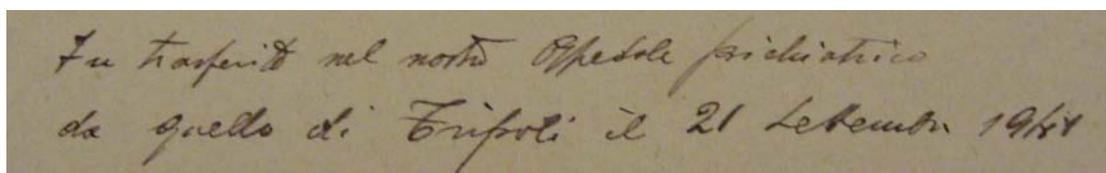
All'inizio del 1941 la seconda guerra mondiale sbarca sulle coste libiche, Tripoli subisce diversi bombardamenti e si dà avvio allo stato d'emergenza. Si trovano tracce di questa situazione anche nei fascicoli dei pazienti ricoverati al

---

<sup>782</sup> Modulo del reparto psichiatrico datato 19 dicembre 1939: “Oggetto: dimissione Amorese Luigi. Io sottoscritto padre del ricoverato in oggetto, conscio dei pericoli in cui incorro e dei doveri di sorveglianza ad assistenza che mi assumo, nell'accogliere a domicilio, dimesso in via di prova il mio congiunto, dichiaro di assumermi interamente la responsabilità relativa a tale dimissione. Dichiaro altresì di accogliere mio figlio contro il parere del sanitario. In fede, Amorese Vincenzo”.

reparto psichiatrico gestito da Bravi. Non mi sono potuta recare a Tripoli, né ho potuto verificare se vi siano ancora documenti relativi al reparto psichiatrico ospedaliero (dipendente direttamente dall'Ispettorato di Sanità e non dall'ospedale), ma ho reperito presso l'archivio dell'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli le cartelle dei pazienti, tutti italiani, rimpatriati d'autorità il 19 settembre 1941, 15 uomini e 11 donne<sup>783</sup>.

In una lettera al parente di un ricoverato, datata 30 marzo 1941, Bravi rende noto che “quanto all'eventualità d'un trasferimento nel Regno, tali trasferimenti sono praticamente sospesi dal tempo dello stato d'emergenza”; in ogni caso “il Reparto non può assumere iniziative, né il Governo consente per ora trasferimenti via convoglio”. In un espresso datato 31 agosto, indirizzato al Comando del Distretto Militare di Tripoli e concernente un soldato dipendente da tale comando, Bravi “avverte che per disposizione del Governatore Generale, i malati mentali attualmente ricoverati in questo Reparto, saranno trasferiti nel mese di settembre all'Ospedale psichiatrico di Siracusa o di Palermo: non si conosce ancora la data del trasferimento”. Al padre dello stesso ricoverato, in una missiva datata 11 settembre 1941, il capo reparto annuncia che “per ordine del Governo generale della Libia, i malati mentali della sezione manicomiale verranno trasferiti a Siracusa od a Palermo con il prossimo convoglio veloce”<sup>784</sup>. In realtà lo sbarco avviene a Napoli e non in Sicilia: il convoglio parte da Tripoli il 19 settembre e giunge a Napoli il 21; in quella data i pazienti, accompagnati dai fascicoli personali e dalle cartelle compilate da Bravi a Tripoli, vengono ammessi al manicomio napoletano di Capodichino.



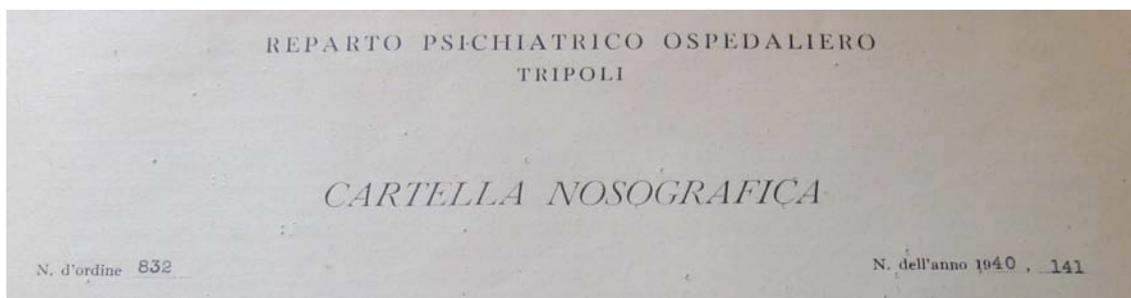
*Fu trasferito nel nostro Ospedale psichiatrico  
da quello di Tripoli il 21 Settembre 1941*

---

<sup>783</sup> Le cartelle 23-4118, 4119, 4120, 4121, 4122, 4123, 4124, 4125, 4126, 4127, 4128, 4129, 4130, 4131, 4132 per gli uomini; le cartelle 25-2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251 per le donne. In un fascicolo personale, tra i documenti compilati presso l'ospedale di Napoli, si legge: “infermo [...] proveniente, con altri 29 alienati (di cui 19 uomini e 11 donne) dal reparto psichiatrico dell'ospedale principale di Tripoli. Il rimpatrio di questi alienati avvenne per disposizione del procuratore del Re di Tripoli”.

<sup>784</sup> Il trasferimento avviene “d'autorità”, poi “da Siracusa o da Palermo” il paziente “potrebbe essere trasferito a richiesta dei familiari all'Ospedale della [...] Provincia” di residenza dei familiari.

Tra le cartelle cliniche consultate per questo lavoro di tesi negli ex ospedali psichiatrici di Palermo e di Napoli e le altre consultate per altre occasioni in archivi di altri ex manicomi italiani, quelle compilate da Bravi a Tripoli si distinguono per accuratezza, completezza, ricchezza di particolari.



La struttura del modulo stampato è la seguente: sulla prima delle quattro facciate, dopo l'intestazione (reparto psichiatrico ospedaliero, Tripoli, Cartella Nosografica), ci sono i dati identificativi del paziente: numero d'ordine e d'ingresso rispetto all'anno in corso.

Seguono le generalità, così declinate: cognome, nome, paternità, maternità, razza, religione, professione, stato civile, comune e data di nascita, comune di residenza, comune di soccorso e indirizzo della famiglia.

GENERALITÀ

Cognome	D i N a t a l e	U m b e r t o	Nome	U m b e r t o
Paternità	Luigi		Maternità	Cancellieri Angela
Razza	italiana		Religione	cattolica
Professione	--			
Stato civile	celibe		con	
Comune di nascita	Alessandria d'Egitto	data	1912	(Provincia Egitto, Alessandria)
Comune di residenza	Tripoli			(Provincia di Tripoli)
Comune di soccorso	Tripoli			
Indirizzo della famiglia	Tripoli, (pagina) via Lucca, n. 8			tel.

Seguono i movimenti: sono previste ben dodici righe per ammissioni, dimissioni e successive ammissioni, cosa del tutto insolita.

AMMISSIONI		DIMISSIONI	
	Data del Decreto		Data del Decreto
1	7 Marzo 1939 XVII	1	6 OTT. 1940 in prova
2	22 OTT. 1940 Anno XVII	2	19 SET 1941
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	

La prima facciata si conclude con lo spazio per la diagnosi e l'esito<sup>785</sup>

DIAGNOSI	
<i>Cause probabili della malattia</i>	meningoencefalite
<i>Diagnosi provvisoria, in data</i>	frenastenia cerebropatica (postmeningoencefalitica)
<i>Decorso clinico</i>	
<i>Diagnosi definitiva, in data</i>	
ESITO	
<i>Data</i>	
<i>Causa</i>	

La seconda facciata riporta tutte le sezioni dell'analisi psichiatrica, ossia, in primis, l'anamnesi (familiare e personale),

<sup>785</sup> L'esito nei casi che stiamo analizzando non è riportato, perché si tratta sempre del trasferimento d'autorità effettuato in data 19 settembre 1941, data stampata su tutti i moduli con un timbro rosso tra le "dimissioni".

ANAMNESI - *Anamnesi familiare* Il padre morì in seguito ad epilessia. La madre avrebbe sofferto di una forma nervosa, che non è meglio classificata. I fratelli e le sorelle documentano un comune sfondo tipicamente oligofrenico.

*Anamnesi personale* Non rammenta molto bene le malattie dell'infanzia. Avrebbe frequentato le scuole sino alla seconda classe elementare. Non sa riferire alcunchè circa il suo passato patologico nell'adolescenza e nella giovinezza e tutti gli interrogatori riescono del tutto vani. È noto soltanto che, durante il servizio militare, quasi del tutto improvvisamente, il soggetto avrebbe presentato crisi di mutacismo e persino di sitofobia. In seguito a tali crisi, fu ricoverato una prima volta, e ora si presenta dopo vari tentativi di terapia, del tutto infruttuosi, in istato demenziale avanzato. In questo secondo ricovero, anche le condizioni somatiche appaiono in realtà gravemente compromesse. Epperò non è consentito talvolta neppure un interrogatorio degno di questo nome. Il paziente, è lacero, abbandonato, ha trascorso molte notti fuori, non partecipa più alla vita ambiente, si tiene ormai lontano da tutto e da tutti. Non nuoce agli altri, ma vive in istato di completo autismo.

L'esame obiettivo, che contempla dati antropologici, biotipologici e somatici:

ESAME OBIETTIVO - *Cenni antropologici* nulla  
*Cenni biotipologici* longilineo  
*Esame somatico* gravemente deperito, in istato di completo e doloroso abbandono. il polso alla radiale non appare completamente ritmico. all'auscultazione del cuore, i toni appaiono notevolmente sformati, il primo soffiante, il secondo oscuro. stato gravissimo di deperimento generale.

Gli esiti degli esami biologici:

ESAMI BIOLOGICI - *Esame del sangue*: R. Wassermann negativa, R. Meinicke negativa, R. Citochal negativa  
*Esame del liquor*: Dala della rachicentesi Caratteri del liquor  
*Reazioni*: Wassermann ; Meinicke ;  
*Esame delle urine*  
*Esame delle feci*  
*Esami radiografici*  
*Esame del cuoio capelluto*: negativo per il Trychophyton  
*Esame oftalmico*  
*Esame otovestibolare*

L'esame del sistema nervoso:

ESAME DEL SISTEMA NERVOSO - *Nervi cranici* nulla di patologico. Atteggiamento chiuso, autista. la facies appare costantemente fissa in atteggiamento stereotipato. ammiccamento solamente psicogeno. tremore dei periorali. tremore linguale  
*Motilità* Muscolatura, agli arti soprattutto, rigida: conserva la posizione infertale.  
*Sensibilità* Corretta  
*Reflettività* riflessi piuttosto incerti, tanto superficiali che profondi. presenti i cutanei, anche se non molto vivaci. i profondi sono pure presenti ma non vivaci. non veri riflessi patologici. zone isterogene mute  
*Equilibrio* ben conservato  
*Coordinazione* incerta nelle prove soprattutto più complicate  
*Linguaggio* la parola è dialettale piuttosto aburrattata, faticosa, stentata

Infine l'esame psichico, con psicoanamnesi (ricostruzione dell'inizio della malattia), esame funzionale analitico (coscienza, attenzione, percezione, comprensione, memoria, ideazione, affettività) e osservazione psichiatrica:

ESAME PSICHICO - Psicoanamnesi non si conosce nulla di sicuro nel suo passato. quel ch'egli ne racconta è quanto mai incerto e confuso. nulla di sicuro si può affermare circa la sua descrizione.

Esame funzionale analitico la coscienza è chiaramente obnubilata, talvolta interrotta da interi processi allucinatorii. attenzione distraibile lontana, la percezione tardiva, la comprensione difficile. la memoria difficilmente sondabile. qualche isolata (talvolta con date nomi e cifre) rimane ancora conservata nel grande deserto. il patrimonio ideativo appare estremamente compromesso, e decisamente disgregato in tutte le sue parti. affettività compromessa da vaste lacune. ipobulia.

Osservazione psichiatrica lo stato demenziale grave è solo interrotto da episodi allucinatorii piuttosto gravi, talvolta seguiti da impulsività gravissime. in queste ultime manifestazioni, sembrava raggiungere altezze inverosimili, anche per una notevole forza da energumeno. nessun controllo critico superiore. nessuna manifestazione di coscienza etica degna di questo nome.

*Il Cufareparto e l'istituto 19 ott 1941*

La seconda facciata è occupata dalla sintesi clinica:

SINTESI CLINICA

Giovane dal gentilizio apparentemente sano e dalla famiglia con qualche tinta oligofrenica ma senza anomalie vere e proprie. Trascorse l'infanzia e l'adolescenza senza soffrire alcun morbo. Ai margini della giovinezza, secondo che raccontano i familiari, avrebbe dimostrato una modificazione del carattere soprattutto in tema sessuale: sopra un dubbio d'impotenza apparentemente ingiustificato, e sulle elucubrazioni circa la nascita del figlio, dalle nozze, avrebbe preso l'avvio il delirio che lo condusse all'attuale stato demenziale. Somaticamente, segni di lieve disendocrinia. Neurologicamente, atteggiamenti catatonici piuttosto accentuati e frequenti, talvolta catatonìa vera e propria. Psicicamente parlando, lo stato demenziale sembra siasi indovato piuttosto presto, ché il periodo delirante fu modesto per estensione e durata. Non si possono escludere anzi sono probabili i fatti allucinatorii. Tutti i tentativi terapeutici furono vani. Demenza precoce varietà ebefrenocatatonica

E la terza dal diario clinico:

DIARIO

Entra in osservazione il 3 gennaio 1938, in istato di modico eccitamento. Parla sinistramente di nemici in agguato, di persone che lo vogliono rovinare, e che lo avrebbero accusato di essere una spia. Non risponde alle domande, ma vede nell'interlocutore un nemico che vuole rovinarlo novellamente.

Gennaio 1938 E' sempre diffidente chiuso in sè, non parla spontaneamente, e se ne sta volentieri appartato, lontano da tutti, vivendo una vita tutta sua (autistica); E' sorpreso a parlare da solo, senza che si possa distinguere l'interlocutore: interro- gato su questo punto, nega in maniera assoluta l'esistenza di voci, ma si vede che dissimula. D'altra parte non parla mai con i compagni o col medico

Gli esami sierologici sul sangue riescono negativi per la lue.

Febbraio 1938 Si comporta in una maniera desolatamente uniforme. Sempre chiuso, astratto, vive del suo microcosmo, e non vuol essere disturbato. E' estremamente diffidente e non si riesce ad intavolare una conversazione con lui.

Marzo 1938 Condizioni invariate, desolatamente eguali.

Maggio 1938 Il soggetto ai tentativi di terapia, anche blandi come la piritoterapia oppone una resistenza sorda. Occorrono parecchi infermieri per tenerlo fermo per una semplice iniezione endovenosa di Mixogon. Anche i comuni tentativi sedativi riescono del tutto vani.

La compilazione così accurata, eseguita a macchina e completata in ogni parte dal timbro di Bravi con data 19 settembre 1941, fa pensare che il medico abbia copiato tutte le cartelle cliniche dei partenti qualche giorno prima della loro “dimissione” e del loro invio a Napoli. In ogni caso, abbiamo ora un’idea della struttura delle cartelle prestampate e del linguaggio di Bravi nel compilarle. Colpisce il dettaglio, ad esempio nelle anamnesi, e il fatto che pochi spazi siano lasciati bianchi, mentre spesso, ad esempio nelle cartelle palermitane, diverse sezioni restano non compilate: certo ciò va messo in relazione alla disponibilità di dati, ma anche alla capacità e alla volontà di ricavarli, ad esempio, spendendo molto tempo negli interrogatori dei pazienti o nella corrispondenza con la famiglia. Quest’ultimo aspetto è molto curato da Bravi che, a differenza della maggior parte dei direttori di ospedali psichiatrici che archiviano con poche righe, spesso monotone, le richieste dei parenti, si dilunga nel assicurare o nel fornire dati alle famiglie (o ai datori di lavoro, o ai medici condotti che hanno in cura il malato). A una madre preoccupata scrive che il figlio “è seguito con la massima attenzione nel decorso della malattia e con i più grandi riguardi è trattato”; a un amico di famiglia di un altro scrive che il paziente “è stato sottoposto a tutte le ricerche biologiche e collaterali: sierologiche (estese a tutti i componenti della famiglia), liquorali, oftalmiche (più volte ripetute), radiografiche, e a tutti i tentativi terapeutici consentiti dallo stato attuale delle nostre conoscenze in Neuropsichiatria clinica”.

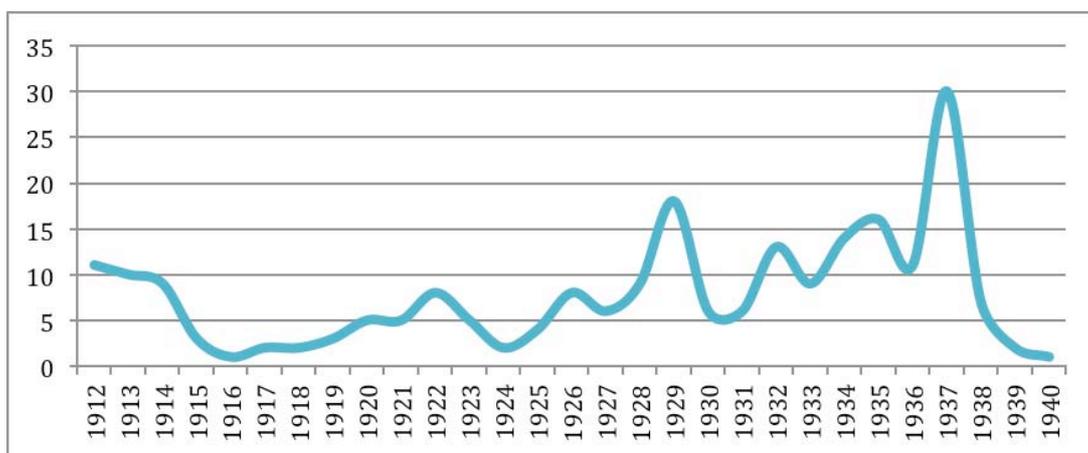
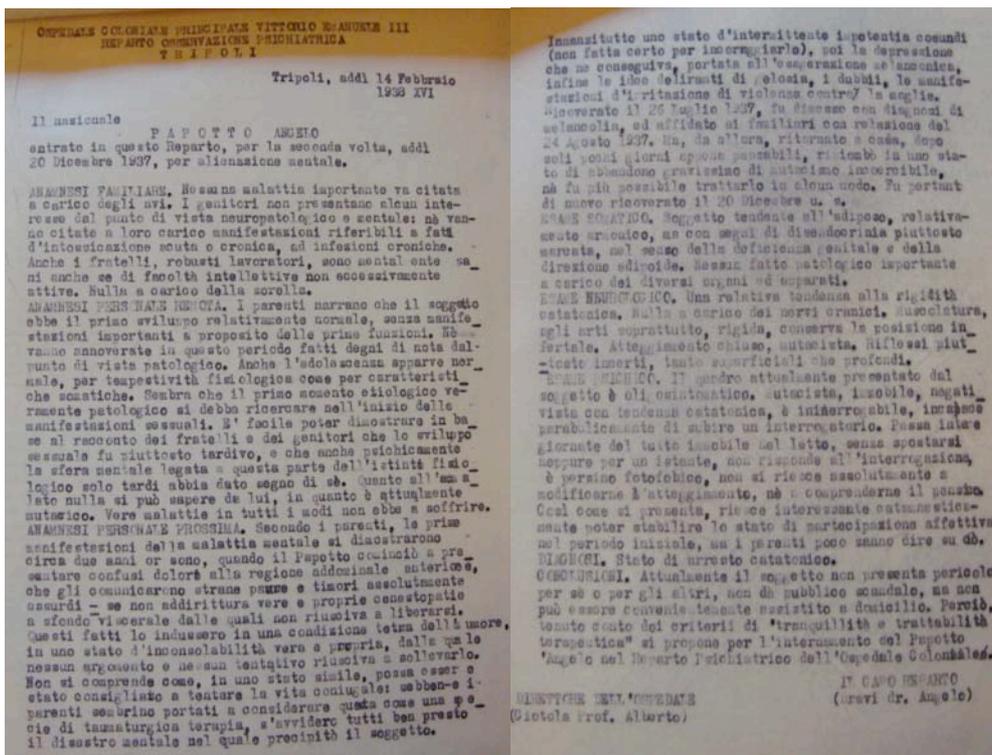


Grafico delle ammissioni al manicomio di Palermo 1912-1940.



REPARTO PSICHIATRICO OSPEDALIERO  
TRIPOLI

CARTELLA NOSOGRAFICA

N. F. 520 N. Adm. 1940 141

GENERALITÀ

Figliano	Di	Matrile	Matrile	Nome	Roberto
Professione	Italiana	Matrile	Matrile	Matrile	Cesarelli Luigi
Religione	Italiana	Matrile	Matrile	Matrile	Matrile

Indirizzo della famiglia: Tripoli, Italia, via Lanza, n. 8

MOVIMENTI

AMMISSIONI	Data del Decreto	DIMISSIONI	Data del Decreto
1	4 Luglio 1940 XVIII	1	19 SET 1941
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	

DIAGNOSI

Caso probabile della malattia: meningococcemia  
Diagnosi precorrente in data: Febbraio 1940 (postmeningococcemia)

Diagnosi attuale: Tripoli  
Diagnosi definitiva in data:

ESITO

Data: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_

OSPEDALE PRINCIPALE VITTORIO EMANUELE III IN TRIPOLI  
REPARTO PSICHIATRICO

CARTELLA NOSOGRAFICA

N. F. 521 N. Adm. 1940 142

GENERALITÀ

Figliano	Di	Matrile	Matrile	Nome	Alessandro
Professione	Italiana	Matrile	Matrile	Matrile	Ferrucio Roma
Religione	Italiana	Matrile	Matrile	Matrile	Matrile

Indirizzo della famiglia: Tripoli, Italia, via Lanza, n. 8

MOVIMENTI

AMMISSIONI	Data del Decreto	DIMISSIONI	Data del Decreto
1	7 Marzo 1939 XVII	1	6 OTT 1940
2	22 OTT 1941	2	19 SET 1941
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	

DIAGNOSI

Caso probabile della malattia: ereditarietà  
Diagnosi precorrente in data 22.3.39: Senza precece, varietà eufrenica

Diagnosi attuale: \_\_\_\_\_  
Diagnosi definitiva in data: \_\_\_\_\_

ESITO

Data: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_

Cartelle cliniche compilate da Bravi a Tripoli: in assenza di modulo prestampato la prima (inizi 1938) e su modulo prestampato le successive.

**OSPEDALE COLONIALE PRINCIPALE DI BENGASI**

## CARTELLA CLINICA

no. 3780 del Registro di Reparto

Reparto **Medicina**

Sezione **Metropolitani**

Stanza

Letto N.

Entrata in ospedale il **27** 10. 1953 A.X. E.F.

Divisione dell'Ospedale il **193** A.X. E.F.

Trattamento presso il Reparto **2** 193

Trattamento presso **2** 193

Divisione il **193**

Tutte le volte prima di dipartire indicare il N.

### Generalità

Per Militari	Per Civili Europei	Per Civili Libici
Cognome	Cognome <b>Carli</b>	Nome
Nome	<b>Giustini</b>	Patronimico
Patronimico	<b>Pietro</b>	Matrilineo
Stato di nascita	<b>Viagnina</b>	Luogo di nascita
Comune di nascita	<b>63 Camptobacco</b>	Talia
Professione	<b>Comandante</b>	Città
Divisione	<b>Forze Armate Italiane</b>	Occupazione delle parti libere
Classe di leva	<b>Cattolico</b>	
Indirizzo della famiglia	<b>Bengasi</b>	
	<b>Via Zucchi n. 14</b>	
Ricoverato in classe	Ricoverato in <b>19</b> classe	Ricoverato in classe

**Malattia**

Diagnosi **Psicosi acuta delirante a tipo paranoico**

Severità **moderata**

Esito **tesionario - dimessa per trasferimento a Napoli in un'casa di cura**

Per il MEDICO DIRETTORE *Dr. Medulla*      Per copia colorata *Dr. Medulla*      Per il PRIMARIO *Dr. Medulla*

**Anamnesi**

Principali sintomi Non si possono raccogliere dati sui dati famigliari. ha tre sorelle vitali e sani ammalato con demenza senile che non ha mai avuto alcun gradimento - non nipote è stato ricoverato in casa di cura per alienazione mentale -

Anamnesi personale della moglie non è in grado di dare notizie. Ha precedenti personali del paziente - da 13 anni non si sono mai avute alcun gradimento - riferimenti di disturbi intestinali - in corso da 4 anni -

Anamnesi personale della malattia ha avuto inizio tre anni fa con stati eccitatori, logorrea con narrazioni di fatti e di avvenimenti accorciati, in passato già a una narrazione di fatti inconsistenti, attribuiti ad altre persone sane - stamane dello stato di agitazione è passato ad uno stato stuporoso con perdita dello coscienza

**Diario clinico**

Reparto **Medicina** del **Metropolitani**      Letto N.

COGNOME E NOME **Carli Giustini Pietro**

Anno **1953**      Mese **Ottobre**      Giorno **27**      Scheda N.

DATA	Giorno	Temperatura	Puls	Press	OSSERVAZIONI	Tergio	Data
27.10.					Il 27.10.1953 il paziente è stato ricoverato in reparto. Stato generale depresso. polso buono.		
28.10.	9	36.8			assenza di stato di agitazione		
29							
30					Lo stato di agitazione è ritornato con narrazioni di fatti inconsistenti, attribuiti ad altre persone sane.		

Si tratta dell'unica cartella clinica proveniente dall'ospedale coloniale di Bengasi, reparto medicina, sezione metropolitani. Da notare la struttura tripartita della prima pagina: per militari, per civili europei, per civili libici. Il paziente in questo caso è un funzionario di governo.

## *2.4. Il primo studio sistematico di psichiatria coloniale in Italia: i “Frammenti” di Angelo Bravi*

### **Traiettorie biografica e carriera di Angelo Bravi**

#### **1. La laurea a Pavia e le prime esperienze come medico**

Nato a Milano il 23 marzo 1911, Angelo Bravi frequenta il liceo Beccaria e per gli studi universitari si trasferisce a Pavia. Qui entra a far parte dei Fasci Giovanili<sup>786</sup>, si laurea in Medicina e Chirurgia il 22 luglio 1933, con una tesi di psichiatria – l'unico esame in cui aveva avuto un 29 e non un 30 ! Negli anni pavese è ospite del Collegio Ghislieri, con il quale Bravi sentirà di avere contratto un “debito grande e irraggiungibile” per avervi trascorso “i sei anni più intensi della mia giovinezza”<sup>787</sup>. Con il Rettore Pietro Ciapessoni, l'allievo intratterrà un intenso rapporto epistolare negli anni successivi, che lo vedranno molto mobile, prima in Italia e poi con il trasferimento a Tripoli.

Nei mesi immediatamente successivi alla laurea, Bravi esercita l'attività di medico presso l'Istituto Chirurgico Elioterapico Vittorio Emanuele III di Bussana di San Remo<sup>788</sup>, da dove si preoccupa della pubblicazione della tesi di laurea e della sua partecipazione a diversi concorsi per le tesi di medicina (premi “Lepetit” e “Speranza”); nel dicembre dello stesso 1933 ottiene presso l'Università di Milano l'abilitazione all'esercizio professionale. Nelle ultime lettere spedite da Sanremo al Rettore, Bravi manifesta il rammarico di dover abbandonare l'ambiente universitario pavese a cui è tanto legato, per adempiere al servizio militare, esprimendo “il profondo dispiacere di dovermi allontanare [...] per Firenze, mentre potrei onorevolmente cominciare la mia strada ed il mio lavoro, in quel modo scientifico in

---

<sup>786</sup> Si iscriverà poi al Partito Nazionale Fascista il 31 luglio 1933.

<sup>787</sup> Lettera a Ciapessoni del 19 settembre 1933, da Bussana di San Remo (Imperia). Ancora, nella lettera del 26 novembre 1933, Bravi scrive: “Sei anni son molti nel periodo psico-formativo di un giovane e quelle virtù spirituali che ivi sono apprese, e quelle intellettuali, che si sono potute potenziare, rimangono in noi, ovunque si vada, come ragione di nobiltà, e diciamolo pure, d'intimo orgoglio”.

<sup>788</sup> L'Istituto fa parte del Consorzio antitubercolare della Provincia di Pavia.

cui sono stato educato e che ho imparato ad amare”<sup>789</sup>. Nelle lettere di Bravi si respira una certa insoddisfazione in ogni momento in cui il giovane medico non potrà applicarsi allo studio – sia teorico che in campo clinico – con la dedizione che gli è propria, e che vedremo espressa nei *Frammenti*. Nel gennaio del 1934, prima di raggiungere la Scuola Allievi Ufficiali di Firenze, si riferisce al periodo che sta vivendo come a un “volontario esilio”, l’“attuale isolamento”, le “miserie contingenti”<sup>790</sup> o, in maniera più neutrale, “periodo di transizione”<sup>791</sup>. Mentre adempie al servizio militare nel Battaglione allievi ufficiali medici e chimici-farmacisti della Scuola di Applicazione di Sanità Militare, Bravi corregge le bozze della tesi, prossima alla stampa (possibile grazie al finanziamento derivante dal premio Speranza), frequenta il “corso d’igiene pratica tenuto all’Università di Firenze”; si tratta, per quest’ultimo impegno, oltre che di “una divagazione intellettuale in questa vita esclusivamente vegetativa”, di una dimostrazione, da far valere dopo il servizio militare, della “volontà di non perdere completamente il tempo anche nei periodi di inattività obbligata”<sup>792</sup>. Per un anno non vi è testimonianza di corrispondenza tra Bravi e Ciapessoni, a fronte di una cadenza mensile dei loro scambi in altri periodi. Alla fine dell’agosto 1935, con una cartolina dalle montagne bergamasche, Bravi si scusa per il suo silenzio, dovuto alla “rapidità degli ultimi eventi [...] tale da impedirmi di scrivere”. Così ha trascorso l’ultimo periodo di vita militare: “rientrato dopo 50 giorni dai Reggimenti all’Ospedale di Milano, sono stato assegnato all’ospedale da campo 27, del III Corpo d’Armata, a San Giovanni Bianco”; e aggiunge “a questa Direzione di Sanità è stato pure assegnato come colonnello medico, il Chiarissimo prof. Ottorino Rossi”<sup>793</sup> con cui Bravi aveva collaborato come assistente alla Clinica universitaria di Pavia. Ai primi di settembre Bravi fa ritorno a Milano e il mese successivo, dopo una cartolina da Roma<sup>794</sup>, sue notizie giungono dalla Libia.

---

<sup>789</sup> Lettera a Ciapessoni del 22 dicembre 1933, da Bussana di San Remo.

<sup>790</sup> Lettera a Ciapessoni del 17 gennaio 1934, da Bussana di San Remo.

<sup>791</sup> Lettera a Ciapessoni del 21 febbraio 1934, da Firenze.

<sup>792</sup> *Ibidem*.

<sup>793</sup> Cartolina a Ciapessoni del 28 agosto 1935, da San Giovanni Bianco (Bergamo).

<sup>794</sup> Cartolina a Ciapessoni del 7 ottobre 1935, da Roma.

## 2. Bravi in Libia come ufficiale medico: il Reparto osservazione psichiatrica dell'Ospedale coloniale di Tripoli

Dopo una cartolina datata 10 ottobre, alla fine del mese Bravi trova il tempo di dedicarsi alla corrispondenza con il Rettore. La lettera è su carta intestata dell'Ospedale Coloniale Principale Vittorio Emanuele III di Tripoli.

Chiarissimo Professore,

finalmente le posso scrivere con relativa serenità: per quanto la mia destinazione non sia fissata in termini definitivi, per quanto, al primo posto libero in un gruppo di spahis o meharisti, libico od eritreo, io verrò probabilmente spedito colà, per il momento, sino a tempo indeterminato, la Direzione di sanità della Libia mi ha assegnato ad un Reparto dell'Ospedale Coloniale di Tripoli. Purtroppo, Reparto neurologico qui non v'ha, e tutti i reparti più o meno erano saturi d'assistenti: sono stato pertanto assegnato all'unico libero, quello Otorinolaringoiatrico. Essendo l'ambiente sanitario singolarmente favorevole, ed essendo l'affluenza dei malati veramente cospicua, è pur sempre una pratica non disprezzabile, per quello che m'attenderà quando sarò solo, in un Battaglione od in un gruppo presidiario.

A Bravi non toccherà mai di mettersi al seguito di un gruppo mobile, ma resterà sempre all'interno dell'Ospedale<sup>795</sup>: dal 13 ottobre al 24 dicembre addetto al reparto otorinolaringoiatrico; in seguito lavora “pressoché da solo nel Reparto Medicina Indigeni (con 50/70 ammalati)” sino al ritorno del titolare il 7 febbraio 1936<sup>796</sup>. Lasciato il Reparto medicina indigeni viene assegnato “con un ordine di servizio al Reparto Osservazione militare, di neoformazione, ed al Reparto

---

<sup>795</sup> Come d'altronde anche Ciapessoni gli augurava, nella sua missiva del 4 novembre 1935: “Sono lieto di saperla sistemata in un reparto dell'Ospedale coloniale principale, e spero che la sistemazione “provvisoria” possa durare a lungo, anche perché le sue attitudini ad una specializzazione la rendono più utile dove ora si trova, che in un altro posto, come medico generico”.

<sup>796</sup> “Il 24 dicembre, per la partenza della Divisione Libia e per alcune licenze di medici, il Direttore dell'Ospedale, Prof. Alberto Ciotola, mi affidò l'incarico del Reparto Medicina Indigeni, con una media di 50 a 70 ammalati, Reparto che tenni sino al ritorno del titolare, 7 febbraio 1936”, Lettera a Ciapessoni del 25 luglio 1936, da Tripoli.

Osservazione Psichiatrica” dove, “calmate le acque della dispersione di energia inutile, potei dedicarmi meglio ai miei malati”. Infatti già dal primo novembre, ossia meno di venti giorni dopo il suo arrivo in ospedale, era stato assegnato “a latere, al reparto Osservazione psichiatrica dove il 15 novembre divenni il solo Assistente, fungendo da Capo Reparto, ch  Capo Reparto non v’era”. Il direttore Ciotola si era dato da fare in tal senso presso il Governo della Libia “data la precarietà della posizione” di Bravi: “sino all’arrivo del primario di Neuropsichiatria (del quale ancora non c’era il bando)” Bravi ne avrebbe ricoperto le funzioni. Nel reparto – scrive – “fui solo, con la responsabilità d’indirizzare i dementi a casa od all’Ospedale Psichiatrico di Palermo, per quanto vi fosse l’avallo del Direttore dell’Ospedale (Chirurgo fra l’altro), ci  deve avermi imposto un impegno clinico, se non propriamente scientifico”.

Quando scrive la sua ultima lettera da Tripoli a Ciapessoni (ultima di questo periodo iniziale), il 25 luglio 1936, pu  vantare un’esperienza di “nove mesi nel Reparto Osservazione psichiatrica dell’Ospedale coloniale di Tripoli” che, sommandosi agli undici mesi nella Clinica delle malattie nervose e mentali di Pavia (dal luglio 1934) diretta da Ottorino Rossi e un mese nel Reparto neurologico dell’Ospedale militare di Milano, lo spinge a determinare la sua vocazione come “segnata in direzione neuropsichiatrica”. La lettera del 25 luglio 1936 da Tripoli   molto densa e in essa si legge l’acquisita consapevolezza del giovane medico che ha trovato la sua dimensione nella clinica psichiatrica, nell’osservazione dei pazienti, nello studio meticoloso dei casi. In ragione della dedizione alla pratica clinica “forse pi  psichiatrica che neurologica” e per “ragioni familiari” non ulteriormente specificate ma che sicuramente fanno riferimento al recente matrimonio con Maria Mayer<sup>797</sup>, Bravi rifiuta di tornare a Pavia per fare da assistente per la cattedra di anatomia<sup>798</sup>, mentre raccoglie informazioni per “la vacanza assistenziale nella Clinica di malattie nervose e mentali dell’Universit  di Parma”. L’entusiasmo e l’orgoglio

---

<sup>797</sup> Di famiglia facoltosa maltese e residente a Tripoli.

<sup>798</sup> “Debbo riconoscere che troppe difficolt  familiari si oppongono ad una sistemazione biologica pura, con la quale sarebbe in relativo contrasto l’esperienza, per esigua che sia, di questi tre anni involontariamente vagabondi, che hanno avuto costantemente un’impronta esclusivamente clinico-scientifica o decisamente clinica”.

per l'attività, ricca e varia, compiuta quale unico addetto al reparto neuropsichiatrico di Tripoli si respira lungo tutta la lettera al Rettore:

Gli osservandi psichiatrici furono studiati, sia militari che civili, esclusivamente da me, che ne dovevo rispondere alla Regia Procura, inviando una relazione medica dettagliata alla fine del periodo di osservazione, nella quale si chiedeva volta a volta la consegna ai familiari o l'internamento nell'Ospedale Psichiatrico di Palermo. Contemporaneamente, per conto della Direzione di Sanità Militare, studiavo i casi neurologici e psichiatrici in militari, nazionali ed indigeni, per i quali venivano dal Colonnello Direttore prese disposizioni medico-legali, d'invio al Corpo od all'Ospedale Militare di Napoli. [...] Seguendo un consiglio della Regia Procura la relazione inviata fu anche trasmessa a Palermo ed a Siracusa ed in genere a quell'Ospedale Psichiatrico al quale veniva ricoverato il demente [...], come, dal lato militare, a Napoli ed a Taranto, secondo che si trattava di soldati o di marinai. In questo periodo ho scritto altresì tre perizie psichiatriche per la Regia Procura ed ho fornito i dati per una del Prof. Ciotola e una del Col. Ingravalle.

Bravi mette a disposizione del Rettore – non è chiaro se le alleggi, in ogni caso esse non sono presenti dove è conservata la lettera – le suddette “5 perizie, 25 relazioni per dementi civili e 10 per militari, oltre ad altre varie, sia neurologiche e psichiatriche, che possono meglio che tutte le parole documentare il lavoro [...] da me perseguito sempre nella stessa direzione, con eguale ed inestinguibile entusiasmo, con impronta di costante serietà, per questi nove mesi, di permanenza in un luogo in cui mancava una guida e difettavano i mezzi”. In ogni lavoro – argomenta Bravi –

ho cercato sempre, con costanza e fermezza, di conservare quella precisione, completezza e profondità che la Scuola mi ha infuso in sei anni di alunno ed in uno di assistente; e soprattutto ho cercato con tutte le mie forze di conservare quell'impronta di serietà che non è propria di certi ambienti clinici e professionali a sud di certe latitudini. [...] Desidero

almeno che si sappia che sin dove ho potuto, come ho potuto, in tutti i modi, con difficoltà di mezzi non indifferenti (l'attuale reparto è orribile come locale; ne stanno costruendo uno nuovo), continuare a studiare e dare il mio contributo indiretto, pratico ed umile a quegli studi clinici che avevo iniziato dopo la Laurea.

Pochi mesi dopo l'invio di questa lunga lettera, dove traspare davvero una nuova consapevolezza di sé e dei propri orizzonti, Bravi lascerà Tripoli, luogo che per lui serba il senso di tanti anni di studio, e della vita: lo psichiatra ha un ruolo chiaro e importante all'interno dell'Ospedale Coloniale, e in più si unisce in matrimonio proprio a Tripoli, il giorno di Pasqua del 1936. Tripoli rappresenta inoltre la patria in espansione, il pittoresco, l'esotico e l'ignoto, e fa emergere “la suggestione dell'irreale”, come emerge dalle primissime impressioni di Bravi in Libia:

Tripoli è città italianissima che non si distingue, al centro, da una nostra città di mare, salvo forse la maggior letizia e pittoresco movimento: i quartieri indigeni, arabi ed ebrei, danno la pennellata di color locale, ed è una pennellata cruda, a forti tinte, estremamente suggestiva. Confesso la mia puerile sensazione: attraversando Suk el Turk (mercato coperto) la prima volta, m'è sembrato di tornar al tempo delle fiabe d'Alì Babà e delle Mille e una notte ed ho forse avuta per la prima volta in vita mia la suggestione dell'irreale<sup>799</sup>.

### **3. Bravi all'ospedale psichiatrico di Brescia: un anno di insoddisfazione**

Il primo novembre 1936 Bravi viene congedato dalla Direzione di Sanità Militare della Libia, dopo oltre 12 mesi trascorsi alle sue dipendenze con il grado di sottotenente medico, alla guida dell'Osservazione Psichiatrica dell'Ospedale coloniale. Dopo aver ricevuto “il più gentile e grazioso dei no” dal professor

---

<sup>799</sup> Lettera a Ciapessoni del 30 ottobre 1935, da Tripoli.

Berlucchi a proposito del posto di assistente presso la Clinica neuropatologica di Parma, ed essendo stato invitato dallo stesso a concorrere per un posto all'interno di un Ospedale Psichiatrico, l'8 novembre presenta "regolare domanda per essere assunto quale Aiuto medico interino" presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Brescia, dove un posto si era reso vacante. Il 9 novembre l'amministrazione provinciale delibera la sua assunzione come medico aiuto e il 16 Bravi vi prende servizio. Per gli auguri di Natale scrive a Ciapessoni una lettera piena di scoramento e di insofferenza per la situazione presente, che preferisce non descrivere, "non aggettivare"<sup>800</sup> ma che dichiara essere piena di "affanni"<sup>801</sup> e bisognosa di parole incoraggianti. La situazione di Bravi "è giunta a un punto critico" – questa pare essere una delle conclusioni dell'incontro tra l'allievo e il Rettore avvenuto a Pavia il 24 gennaio 1937 – cui va trovata una "soluzione"<sup>802</sup>: "dopo gli entusiasmi giovanili [...] sarebbe venuto ben presto il silenzio tombale con la calma custodia ai malati"<sup>803</sup>, tipica dei manicomi dell'epoca, immobili e chiusi ad ogni slancio migliorativo.

Mentre lavora al manicomio di Brescia, Bravi rielabora alcune delle osservazioni fatte durante la permanenza a Tripoli. Il 12 gennaio 1937 presenta alla Società medico-chirurgica bresciana una comunicazione su *Alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatiche fra le razze indigene libiche, araba e israelitica (osservazioni personali)*, "ascoltata con interessamento dai medici presenti e seguita con attenzione"<sup>804</sup> e pubblicata nel bollettino della stessa società il mese successivo. L'8 giugno presenta, sempre nello stesso contesto, due lavori: *A proposito della neurologia fra gli indigeni nord-africani (cenno storico-clinico)* e *Tumor cerebri o esito d'ematoma? (studio clinico su di un caso*

---

<sup>800</sup> Lettera a Ciapessoni del 25 dicembre 1936, da Brescia.

<sup>801</sup> Lettera a Ciapessoni del 18 gennaio 1937, da Brescia.

<sup>802</sup> Lettera a Ciapessoni del 20 febbraio 1937, da Brescia.

<sup>803</sup> Lettera a Ciapessoni del 20 febbraio 1938, da Tripoli. Cfr. su questo tema, ad es., Enrico Morselli, *La funzione del manicomio*, «Quaderni di psichiatria», XIV, 5-6, 1927: "Il Manicomio non è solamente una Casa di custodia dove il pazzo viene rinchiuso per togliergli il mezzo di agire a seconda del suo capriccio o impulso o del suo delirio in mezzo alla Società danneggiandola negli interessi, turbandone i sentimenti. Questa funzione tutrice è venuta a prevalere purtroppo nella finalità medico-sociale dei Manicomii a causa del criterio coercitivo posto dalla Legislazione a base del ricovero degli infermi di mente; ma è prevalenza di un criterio giuridico assolutamente dannosa a questi stessi infermi", ivi, p. 134.

<sup>804</sup> Lettera a Ciapessoni del 18 gennaio 1937, da Brescia.

*infortunistico radiologicamente controverso*), “frutto di questi ultimi mesi di lavoro”<sup>805</sup>. Intanto Bravi elabora altri studi, anche se – ammette con il Rettore – “il lavoro è dolorosamente faticoso quando, in breve tempo, si vogliono conciliare la qualità, la profondità, la scrupolosità con l’intensità dei contributi”. Nel mese di ottobre presenta alla Società medico-chirurgica bresciana altri due lavori: *Un nuovo tentativo antineuritico: la “Betaxin nella polineurite alcoolica. Nota preventiva e In tema d’assistenza psichiatrica agl’indigeni nordafricani. I risultati d’un’inchiesta*: “breve nota di terapia neurologica la prima” che comparirà sul «Bollettino», nota di igiene e profilassi mentale la seconda, che sarà pubblicata “anche sugli Atti della Lega italiana d’Igiene e Profilassi mentale”<sup>806</sup>.

Nel mese di dicembre 1937 vede la luce una raccolta di sette saggi di tema libico: si tratta dei *Frammenti di Psichiatria Coloniale* che Bravi si premura di inviare sollecitamente a Ciapessoni. Quando il volume giunge al Rettore, che lo accoglie “con letizia” e si complimenta con l’autore di questa testimonianza “che non può avere sosta la Sua perseveranza nell’attività di studioso”<sup>807</sup>, Bravi ha lasciato Brescia e si trova in viaggio per Tripoli. Il 10 gennaio 1938 infatti rassegna le dimissioni dal posto di “medico aiuto interino” presso l’Ospedale Psichiatrico Provinciale di Brescia “motivandole per ragioni personali”<sup>808</sup> e l’amministrazione ne prende atto “a decorrere dal primo febbraio 1938”<sup>809</sup>. In realtà Bravi il 20 gennaio è già in nave per la Quarta Sponda, con moglie e figli al seguito. Così argomenta al fidato Ciapessoni le ragioni “dell’improvvisa (epperò sembrerebbe) impulsiva partenza da Brescia”<sup>810</sup>:

Dopo quattordici mesi di sofferenze non lievi per me e per la mia famiglia (cui, è inutile soffermarsi, sono attaccato moltissimo), sopportati con silenzio e con apparente rassegnazione (del che mi ha dato atto gentilmente, in un magnifico certificato d’addio il Prof. Petró e gliene sono tanto grato),

---

<sup>805</sup> Lettera a Ciapessoni dell’11 giugno 1937, da Brescia.

<sup>806</sup> Lettera a Ciapessoni del 16 ottobre 1937, da Brescia.

<sup>807</sup> Lettera di Ciapessoni a Bravi del 25 gennaio 1938, da Pavia.

<sup>808</sup> Lettera di dimissioni di Bravi del 10 gennaio 1938, indirizzata al Preside dell’Amministrazione Provinciale di Brescia, dossier amministrativo Angelo Bravi, Medici Ospedale Psichiatrico Provinciale, Archivio Provincia di Brescia.

<sup>809</sup> “Deliberazione del Preside della Provincia di Brescia”, seduta del 24 gennaio 1938, ivi.

<sup>810</sup> Lettera a Ciapessoni del 20 febbraio 1938, da Tripoli.

la mia situazione [...] era sostanzialmente tale e quale la prospettò Lei la mattina del 24 gennaio 1937: e cioè, in poche parole, non corrispondeva né alle esigenze della mia Famiglia, né a quelle della Scienza, né a quelle mie personali [...]. L'avvenire era altrettanto torbido e poco rassicurante: poco tranquillizzante appunto in ciò che mi sembrava più certo, il metodo di studio, gli aiuti per le pubblicazioni, la carriera, le sistemazioni avvenire, l'esistenza quotidiana [...]. Per un grande, immenso ideale, uno può sacrificare la sua gioventù, ed è quanto credo di aver saputo dimostrare nel periodo di volontariato in clinica nel 34-35, ma ha diritto di fare questo per sé, non per gli altri, cioè non può veder soffrire gli altri in un grigiore senza speranza per anni e anni, con mitiche promesse di sistemazioni poco edificanti sin da ora.

Bravi lamenta che l'ambiente di lavoro al manicomio di Brescia fosse difficilmente sopportabile, con “le beghe quotidiane di persone che ci circondano e che fanno di tutto per non andare d'accordo tra di loro”, con le “loro diatribe eterne ed interminabili”, in cui Bravi si è mantenuto neutrale, “immobile e sereno”, in silenzio, ma vivendo questa situazione con immensa fatica. Una vita grigia e un lavoro insoddisfacente, per cui il giovane psichiatra si domanda se valga “la pena di vivere silenziosamente in una casetta rustica di campagna (a me fra parentesi, che mi sono mantenuto inalterabilmente, ostinatamente, stracittadino) con tutte le scomodità d'una civiltà d'un secolo prima” o altrimenti detto, “senza le comodità delle quali non si privano neppure più gli Arabi nell'Africa settentrionale”; dovendo essere di “guardia a giorni alterni”, con “422 malate eternamente da vedere, in mezzo a Medici che, prima che venissi io, durante la mia permanenza, dopo, si vorranno un bene degno degli Atridi, in una miseria spirituale impressionante”, con un livello di produzione scientifica ridicolo (d'altronde, scrive Bravi, “la scienza non può che impallidire in tanto grigiore”). A ciò si aggiunga “l'impegno del lavoro di ordinaria amministrazione, la distanza da Pavia, la difficoltà di avere una guida”. Quest’“atmosfera irrespirabile” è stata dunque una costante nel periodo bresciano di Bravi: “arrivando, io ho trovato quanto le descrissi nel Gennaio 37; partendo, ho lasciato, nel Gennaio 38, ancor peggio di un anno prima, senza notevoli segni di

eventuali miglioramenti futuri”. Bravi ha quindi colto l’occasione di un possibile ritorno a Tripoli per fuggire un luogo “dove non regna la pace indispensabile per il lavoro”<sup>811</sup>, dove gli affetti sono distanti, gli studi trascurati e le prospettive inesistenti.

#### **4. Il ritorno a Tripoli: ricchezza di attività clinica e di produzione scientifica**

La partenza per Tripoli non è impulsiva, ma “a lungo meditata”: le basi di questo ritorno erano già state probabilmente poste durante l’anno precedentemente trascorso in Libia (tra l’ottobre 1935 e il novembre 1936) e molti erano i progetti relativi all’assistenza psichiatrica che stavano trovando realizzazione a Tripoli. La prospettiva tripolina per Bravi è certamente più felice: lì ha “il lavoro, l’autonomia (santa condizione che si apprezza soprattutto quando si perde) e condizioni di vita un po’ migliori”. Con la nomina a capo Reparto Psichiatrico dell’Ospedale Coloniale, “reparto nuovo, con una Osservazione Psichiatrica ed un Reparto Psichiatrico per tranquilli e curabili”, ha anche modo di organizzare un Ambulatorio per malattie nervose mentali “ed è possibile che possa partecipare al lavoro nell’ora inaugurando nuovissimo [sic] Ospedale Psichiatrico per indigeni”. Questa lettera a Ciapessoni – che, come l’altra inviata nella prima fase tripolina<sup>812</sup>, è più assertiva e mostra il raggiungimento di una grande consapevolezza e maturità, non solo nel campo professionale – così si conclude, dopo le svariate argomentazioni: “non dunque di un’improvvisa improntitudine, dettata dalle migliori condizioni offertemi, per autonomia e condizioni finanziarie, da Tripoli, ma di lunga e meditata decisione si deve trattare, volendo considerare obbiettivamente i fatti”. Alla luce dei fatti che Bravi gli riporta, Ciapessoni non può che riconoscere quella dell’allievo che come una “legittima liberazione”<sup>813</sup>. La nomina a Capo Reparto nell’Ospedale di Tripoli “non è ancora la soluzione ideale, per chi Le vuol bene” (Ciapessoni per lui vorrebbe un posto in una Clinica Universitaria “con possibilità di meglio dedicarsi

---

<sup>811</sup> Lettera a Ciapessoni del 20 febbraio 1938, da Tripoli.

<sup>812</sup> Quella inviata il 25 luglio 1936 da Tripoli, nel periodo in cui era medico militare.

<sup>813</sup> Lettera di Ciapessoni a Bravi del 25 febbraio 1938, da Pavia.

anche ad attività di studioso”, ragione per cui mantiene i contatti con il Professor Berlucchi di Padova), “ma è certo una soluzione ottima nelle presenti Sue circostanze”; e magari la “specializzazione nella psichiatria coloniale” è veramente “la Sua giusta strada”.

In una lettera successiva, del luglio 1938, Bravi esprime la sua gratitudine a Ciapessoni per l'affetto e la comprensione e descrive in dettaglio “la situazione presente, dal punto di vista carrieristico e scientifico-clinico”. Con decreto del primo Luglio 1938, il Ministero dell’Africa Italiana muta il contratto di Bravi da contratto straordinario a contratto-tipo ordinario, dal grado X al grado IX categoria A, per adempiere alla funzione di Capo Reparto Neuropsichiatrico all’Ospedale coloniale civile di Tripoli. L’assegnazione ha luogo “senza concorso”, ovvero “in base ai titoli, alle pubblicazioni, alle relazioni della mia attività in ospedale nel primo semestre 38”. Svolge inoltre attività di perito per il Tribunale, la Corte d’Appello, la Procura del Re, mentre la Cassa Mutua malattie dell’industria ed il patronato dell’Assistenza sociale lo hanno nominato consulente neurologo. Come schematizza Bravi, “l’attività professionale viene indirizzata nelle seguenti vie:

- a) il Reparto, che conta ormai 50 ammalati circa;
- b) l’Ambulatorio che raggiunge 20 nuove visite e 90 seconde visite al mese circa, con grande frequenza anche dell’elemento indigeno, israeliti soprattutto;
- c) la consulenza neurologica alla cassa mutua malattie;
- d) la parte medico-legale militare ed assicurativa (patronato per l’assistenza sociale);
- e) la parte peritale, in Reparto ed al Carcere giudiziario;
- f) la pratica privata (anche questa come prime visite e come cure complete aumenta sempre);
- g) le varie consulenze obbligatorie, per la Direzione di Sanità Militare, per il Governo, per i vari Reparti ospedalieri etc.

Alla poliedrica attività professionale, va aggiunta quella scientifica: il 26 giugno 1938 presenta alla Società medica coloniale della Libia un saggio di

psichiatria coloniale (che nei *Frammenti* costituisce due titoli distinti ma certamente complementari<sup>814</sup>): *Paralleli semeiologici di psichiatria coloniale: I. L'anaffettività e l'Islam; II. Israelitica inquietudo*. Il 17 luglio presenta le *Note di neuropatologia indigena: I. Sindrome siringomielica (retrazione palmare di Dupuytren, atrofia muscolare di tipo Aran-Duchenne, sindrome oculare, dissociazione siringomielica delle sensibilità) in soggetto libico (discussione diagnostica)*.

A partire dal 1939 le lettere si fanno più rare: il 29 giugno 1939 Bravi giustifica così la sua latitanza: “il lavoro (proprio materiale) è aumentato in maniera tanto iperbolica, da non lasciarmi pace (in sei mesi, sono passati 300 malati nel piccolo reparto, e 200 prime consultazioni nell'Ambulatorio)”<sup>815</sup> e i suoi figli sono “sempre ammalati”<sup>816</sup>. A ciò si sommi la situazione di guerra nello scacchiere del Mediterraneo, dove gli inglesi cercano di colpire con ogni mezzo il traffico marittimo tra l'Italia e la Libia, operando blocchi e bombardamenti del porto di Tripoli e continue incursioni prima in Cirenaica e poi in Tripolitania. Nel febbraio del 1941 in Tripolitania giungono i coloni fuggiti dalla Cirenaica, ormai occupata dagli inglesi. Mario Tobino, medico a Tripoli<sup>817</sup> tra il '40 e il '41, narra anche di questa fase nel suo libro *Il deserto della Libia*: dalla Cirenaica fuggono militari e civili, “donne, bambini girano per Tripoli, senza casa, vengono di là; m'è parso di capire che ancora non credono alla realtà. I fuggiaschi sono ricoverati un po' dappertutto, specie nelle scuole”<sup>818</sup>.

## 5. La guerra in Libia e le difficili condizioni di Bravi

Aggiornamenti sull'attività professionale e su quella di studio arrivano a Ciapessoni dall'antico allievo solo nel febbraio 1941:

---

<sup>814</sup> Si tratta del IV e dell'VIII (ma i Frammenti sono sette, nell'edizione del dicembre 1937; venti nell'edizione del 1955). Di *Israelitica inquietudo* infatti, nel giugno 1938, Bravi ha ancora solo le bozze, che invia a Ciapessoni.

<sup>815</sup> Lettera a Ciapessoni del 29 giugno 1939 (Santi Pietro e Paolo), da Tripoli.

<sup>816</sup> Lettera a Ciapessoni del 9 febbraio 1941, da Tripoli.

<sup>817</sup> Mario Tobino sbarca a Tripoli il 6 giugno, come ufficiale medico della 31° Sezione di Sanità della divisione 'Pavia' che operava in Libia e il 10 è in 'territorio dichiarato in stato di guerra', dove trascorrerà diciotto mesi, dal 6 giugno 1940 al 30 ottobre 1941. Cfr. Paola Italia, *Cronologia della vita*, in Mario Tobino, *Opere Scelte*, Mondadori, Milano 2007.

<sup>818</sup> Mario Tobino, *Il deserto della Libia*, Einaudi, Torino 1952; ora in: Id., *Opere scelte*, cit.

Mi trovo sempre come Caporeparto neuropsichiatrico ospedaliero (reparto di 60 ammalati circa) ed ho l'incarico della direzione dell'Ospedale psichiatrico per libici (che ospita ora 80 malati in osservazione e cura, fra cui otto criminali). Dirigo sempre l'ambulatorio per le malattie nervose e mentali presso il reparto psichiatrico ospedaliero, [...] la responsabilità di 140 malati, ricoverati in due istituti diversi, distanti 7 km (al mattino la macchina mi porta nei due ospedali), ed il lavoro di consulenza neurologica per l'Ospedale civile, ed il lavoro per i militari.

L'attività scientifica ha subito un freno, determinato, oltre che dai molteplici impegni e perciò dal poco tempo restante<sup>819</sup>, anche dal fatto che, con la guerra, “non arrivano più le riviste periodiche, neppure italiane”; ma Bravi è tenace, continua ad elaborare le sue osservazioni (“i lavori in corso cerco di condurli a buon punto”) e, accomiatandosi dal suo interlocutore, quasi in forma di epitaffio, scrive “qualunque cosa avvenga, pensate che ho sempre sognato dedicarmi alla psichiatria coloniale”<sup>820</sup>. A fine marzo, quando lo stato di emergenza è stato proclamato, la situazione si fa ancora più cupa per lo psichiatra milanese, che ripete le ragioni del suo sconforto:

mai come ora potrei considerarmi solo, senza famiglia, senza conforto dei miei cari, senza nessuno, senza amici, senza il conforto della scienza e della discussione scientifica e clinica. [...] Le riviste scientifiche non arrivano per via aerea. Gli assistenti stanno un mese e si ammalano o partono. Sono solo, letteralmente solo, con centotrenta malati sulle spalle (con un movimento annuo di più di quattrocento e trecento d'ambulatorio), senza un aiuto scientifico, senza un aiuto clinico, senza il conforto della famiglia, senza il sorriso dei bimbi che so sempre malati.

---

<sup>819</sup> “Essendo partito anche l'assistente per l'Italia”. Si tratta probabilmente di Giuseppe Bizziocchi che è rimasto solo un mese, tra il novembre e il dicembre 1939, come scrive Bravi in *L'Ospedale psichiatrico per Libici*, Maggi, Tripoli 1941.

<sup>820</sup> Lettera a Ciapessoni del 9 febbraio 1941, da Tripoli.

La sua attività di studio e di scrittura tuttavia non smette: ha redatto nel marzo 1941 il volumetto sull'Ospedale psichiatrico per libici<sup>821</sup>, ormai in funzione da venti mesi e da lui diretto, sin dalla sua apertura nell'agosto del 1939. I bombardamenti di Tripoli si fanno più frequenti e il 21 aprile "un obice di piccolo calibro della Marina colpì il reparto e fui salvo per miracolo perché mi scoppiò a soli due metri deviando i frammenti su di una putrella di ferro, e recando danni lievi ma non vittime fra i malati"<sup>822</sup>. La primavera e l'estate sono segnate dalla "lunga serie di incursioni nominate dal Bollettino con tanta frequenza". Dal mese di luglio "il reparto dispone di un rifugio discretamente ampio ed abbastanza profondo (4 metri di spessore e due camere di scoppio)". Bravi ormai dorme in reparto "per essere a portata di mano del rifugio, a qualunque ora avverta la sirena". La fatica è presente in ogni momento e lo psichiatra riesce "appena a tirare avanti coi due istituti, il reparto psichiatrico ospedaliero e l'ospedale psichiatrico per libici", mentre non trova più le energie e il tempo per dedicarsi "ai dilette studi"<sup>823</sup>. La moglie e i figli sono tornati in Italia nell'agosto del 1940, Bravi soffre questa mancanza, tanto più che "per tutta la durata della guerra, le licenze sono sospese". Riesce a ottenerne una breve nel maggio del 1942: è "trattenuto a Napoli dalle malattie dei bambini", ma riesce poi a spostarsi a Milano dalla famiglia e a Pavia per fare una visita al collegio e al Rettore. Ai primi di giugno è nuovamente a Tripoli, quando giunge la "notizia della conquista di Tobruk, e bisogna sentire cos'era per noi quella spina da tanti mesi, per intendere il giubilo che ci ha riempiti al Comunicato straordinario"<sup>824</sup>. Quest'avvenimento che pare risollevarle le sorti dell'Italia, dona un po' di speranza a Bravi: si augura che presto "la famiglia si ricomponga" e che lui possa fermarsi più a lungo in Italia, "anche per ragioni di studio", sommando le licenze arretrate che gli spettano. La ricomposizione non avverrà e le "specializzazioni nell'ambiente tripolino"<sup>825</sup>, gli studi di psichiatria faticosamente – ma con successo – perseguiti, rimarranno interrotti.

---

<sup>821</sup> A. Bravi, *L'Ospedale psichiatrico per Libici*, Maggi, Tripoli 1941.

<sup>822</sup> Lettera a Ciapessoni di fine settembre 1941, da Tripoli.

<sup>823</sup> Lettera a Ciapessoni di fine settembre 1941, da Tripoli.

<sup>824</sup> Lettera a Ciapessoni del 2 luglio 1942, da Tripoli.

<sup>825</sup> Lettera di Ciapessoni a Bravi del 17 agosto 1942, da Tripoli.

Angelo Bravi muore infatti il 9 febbraio 1943: si trattò probabilmente di un'infezione tifoide ma, come scrive Giovanni, il fratello minore di Angelo, anch'egli allievo del Collegio Ghislieri a Pavia, “causa l'opposizione del governo Alleato al ritorno in Libia dei familiari, tutt'ora vigente [1° agosto 1946] non ci è stato possibile avere più ampi particolari e dati ufficiali in proposito”<sup>826</sup>. Nei necrologi che amici medici gli dedicarono, resta vivo il ricordo del giovane medico trentaduenne che aveva trovato la sua dimensione nella Tripoli fiorente della seconda metà degli anni Trenta, prima che la guerra si opponesse ai suoi sforzi in campo assistenziale e scientifico e che la morte gli impedisse di rivedere la moglie e i figli e di approfondire le ricerche di psichiatria coloniale, di cui fu iniziatore e pressoché unico promotore in Italia. I suoi scritti, ma anche le lettere che abbiamo avuto il piacere di analizzare per ricostruire la sua biografia utilizzando questi preziosi ego-documenti, testimoniano le doti che il dottor Berlucchi nel necrologio apparso sulla «Rivista sperimentale di freniatria» elogia: “il raziocinio, la memoria, la cultura vastissima, lo stile letterario, l'amore per la scienza”<sup>827</sup>.

### **La pubblicazione dei “Frammenti di psichiatria coloniale”**

Come abbiamo visto nella ricostruzione biografica, Angelo Bravi pubblica i suoi *Frammenti di psichiatria coloniale* nel dicembre del 1937, mentre si trova a Brescia, dove lavora come medico al manicomio provinciale. “Questi frammenti”, annuncia nell'*Avvertimento*, “sono nati sotto il cielo dell'Africa italiana, mediterranea e latina. Concepiti fra Tripoli e Leptis Magna, nella cornice desertica nordafricana, furono studiati e stesi in terra lombarda, dopo un anno di elaborazione ricompositrice”. Essi sono infatti il frutto di un anno di intensa attività presso il reparto di osservazione psichiatrica dell'Ospedale coloniale di Tripoli: tra l'ottobre 1935 e il novembre 1936 Bravi fa la sua prima esperienza africana, che lo legherà alla colonia libica e ai destini dell'assistenza psichiatrica degli indigeni; e poi di un anno di analisi

---

<sup>826</sup> Lettera di Giovanni Bravi a Ciapessoni del primo agosto 1946, da Milano.

<sup>827</sup> Carlo Berlucchi, *Necrologio Dott. Angelo Bravi*, «Rivista sperimentale di freniatria», LXVII, III-IV, 1943.

della “messe d’impressioni” e di stesura puntigliosa, secondo il carattere dell’autore che proprio dai suoi scritti traspare. A questa rielaborazione ha contribuito in via indiretta ma fondamentale il professor Antoine Porot, direttore della clinica di malattie nervose e mentali dell’Università di Algeri, che “per via epistolare” fornisce “pubblicazioni e consigli”<sup>828</sup> al giovane Bravi che si misura con un materia da Porot ampiamente trattata.

Nell’avvertimento si colgono alcune peculiarità che accompagnano la scrittura di Bravi, le stesse che si riscontrano anche nella corrispondenza con Ciapessoni: una grande, esagerata modestia; una precisione notevole nel definire – “cerzionare” come dice Bravi – confini, limiti, caratteristiche, specialmente nel discorso clinico; la ricercatezza stilistica e la passione per la resa, quasi pittorica, di alcuni quadri locali (ciò accade quando il discorso non è strettamente clinico, ma varca i confini del reparto ospedaliero e della pratica psichiatrica).

I *Frammenti* non sarebbero altro che “una semplice segnalazione, anche se incompleta, imperfetta e lacunare” per far conoscere “alcuni aspetti di un problema, che dovrebbe interessare quanti hanno amore allo sviluppo ed al progresso dell’Africa italiana”. Se “nota, cenno, appunto, saggio, studio” sono parsi all’autore “troppo pretenziosi per la modestia del contributo”, il termine “frammento ha in sé i caratteri della brevità, della limitazione, della restrizione particolaristica, del contrappunto espositivo su alcune questioni, troppo vaste e complesse per essere svolte in sì breve spazio”. Nessuna pretesa di completezza quindi, dietro a questi “frammenti”; nessuna presunzione da parte dell’autore di atteggiarsi a “precursore” (anche se, nell’ambito della psichiatria coloniale italiana, e probabilmente della psichiatria coloniale *tout court*, almeno per alcuni versi, tale appellativo gli va riconosciuto<sup>829</sup>); solo la speranza “d’aspirare alla dignità di pura segnalazione, lacunare appunto”; ma qui si cade di nuovo nella troppa modestia, e allora si capisce che Bravi ha ben chiaro di essere un precursore, e spera che da questi spunti si

---

<sup>828</sup> Lettera a Ciapessoni del 20 febbraio 1938, da Tripoli. “Per quei pochi Frammenti di Psichiatria Coloniale, anche per il carattere particolare dell’argomento, il maggior aiuto l’ebbi da molto lontano per via epistolare, con pubblicazioni e consigli, dal Prof. Porot, Direttore della Clinica Neuropsichiatrica dell’università di Algeri; ed alcuni, sempre per via epistolare, dal Prof. Berlucchi”.

<sup>829</sup> Mi riferisco in particolare alla sua volontà di coordinare gli sforzi di “quanti si occupano di psichiatria coloniale, soprattutto nell’Africa del Nord francese”.

possano trarre in futuro frutti diversi: nel campo della ricerca, nel campo della pratica clinica, a livello di infrastrutture e reti di assistenza.

Anche i settori che lo studio tratta sono delineati sin dall'introduzione: semeiologia psicologica e clinica; nosologia psichiatria comparata; igiene mentale e assistenza psichiatrica. Non vengono affrontati il campo della medicina legale – ma vedremo che nelle produzioni successive vi saranno osservazioni cliniche e riflessioni sulla criminalità e l'imputabilità – né quello della terapia, a causa dell'“insufficiente attrezzatura del Reparto”. In seguito, invece, con il reparto diretto da Bravi e l'Ospedale per libici funzionante, anch'esso da lui diretto, anche osservazioni in questo settore, nonché statistiche e dati più accurati saranno possibili.

Il “contingente d'osservazione” è costituito dagli “osservandi del reparto osservazione psichiatrica e militare”, dai “numerossimi ricoverati per altro scopo nei reparti di medicina e chirurgia e specialistici” e, infine, dall'“indigeno della strada” che “offre il volto assente e lontano all'europeo insaziabile [...] immobile [...] nella sua maestà ieratica, quasi ultraterrena”, quello che si incontra “per via, al mercato, nelle botteghe, presso le moschee, in Tribunale”. Di tutti questi soggetti Bravi ha inteso penetrare “la macchina mentale”, delineare i caratteri etnico-culturali e le “derivazioni psico-razziali” (di “psicofisiologia razziale”), descrivere la psicologia normale e la tendenza patologica.

I *Frammenti di psichiatria coloniale*, nella loro concezione e nella loro prima edizione del dicembre 1937, constano di sette saggi; nel corso degli anni successivi, quelli che Bravi trascorre in Libia (tra il 1938 e il 1943, ma gli scritti si arrestano al 1941), altri tredici saggi vedono la luce. Alcuni di essi vengono pubblicati individualmente, anche se risultano irreperibili<sup>830</sup>; gli ultimi saggi, uniti ai primi, già pubblicati nel 1937, vengono raccolti in un'edizione, di venti Frammenti<sup>831</sup>.

---

<sup>830</sup> Ad esempio in Biblioteca Nazionale a Firenze hanno subito danni irreparabili con l'alluvione del 1966.

<sup>831</sup> Questo il sommario dei venti frammenti: I. *Della Psichiatria coloniale*; II. *Difficultés préalables à l'étude de psychologique de l'indigène nordafricain (libyen)*; III. *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatologiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica*; IV. *L'anaffettività e l'Islam*; V. *Israelitica inquietudo*; VI. *Suggestionabilità musulmana*; VII. *L'impulsività musulmana*; VIII. *L'impulsività criminale nell'indigeno musulmano libico*; IX. *Etnologia e criminologia*; X. *Profili psicopatologici musulmani dinanzi al quesito dell'imputabilità*; XI. *Sugli aspetti psicologici della criminalità indigena libica*; XII. *A proposito della neurolue tra gl'indigeni nordafricani*; XIII. *Neurolue nordafricana*; XIV. *Temperamento paleopsicologico e psicosi di*

Per comodità di esposizione, faremo riferimento a questa seconda edizione, trovata presso la Biblioteca del Collegio Ghislieri di Pavia<sup>832</sup>: la raccolta completa degli scritti in tema di psichiatria coloniale ci permette infatti di enucleare dei temi e di far emergere delle problematiche in sé conchiusi ma naturalmente collegate e conseguenti. Ci occuperemo, in paragrafi successivi, della definizione di psichiatria coloniale; delle difficoltà riscontrate dal medico nella relazione con i pazienti, che discendono da caratteristiche etniche, razziali, religiose, culturali e di organizzazione sociale dei gruppi presenti in Libia, definiti appunto a partire da tali caratteristiche; di alcuni aspetti della psicologia normale e patologica di tali popolazioni; del problema della criminalità indigena; di una questione più strettamente clinica, ossia la frequenza della neurolue; delle forme di assistenza psichiatrica nel Nord Africa e della loro evoluzione, ovviamente con un accento sulle istituzioni di custodia, assistenza e cura presenti in Libia, da Bravi promosse e gestite.

Diverse tematiche si intrecciano poi, in tutta l'attività di Bravi e quindi in tutta la sua produzione scritta, agli argomenti appena delineati: la realtà del dominio coloniale, la percezione di una superiorità culturale, in una scala evolutiva, che non riserva ai popoli delle coste meridionali del Mediterraneo l'ultimo gradino, "razze non [...] propriamente considerate come le più evolute", tuttavia "che non meritano il nome di primitive ma che sono tanto diverse dalla nostra"; il valore della scienza, ma anche la critica di certe affermazioni teoriche prive di supporto empirico; le potenzialità, per la conoscenza e per il progresso, con tutti i risvolti pratici del caso (il campo medico-psichiatrico, nella fattispecie), dello scambio scientifico: in primo

---

*civilizzazione*, XV. *L'assistance psychiatrique aux indigènes libyens*, XVI. *In tema di assistenza psichiatrica agli indigeni africani mediterranei*, XVII. *L'ambulatorio neurologico di Tripoli*, XVIII. *L'assistenza psichiatrica in Libia nel 1940*, XIX. *Lo stato attuale degli studi e dell'assistenza psichiatrica in Libia*, XX. *L'ospedale psichiatrico per Libici*.

<sup>832</sup> Si tratta di un'edizione in due volumi che raccoglie l'opera omnia, per così dire, di Bravi: vi è la tesi di laurea *La questione dell'emoistioblasto*, e poi seguono i venti *Frammenti di psichiatria coloniale*. Manca in realtà uno scritto del 1942 *L'oblomovismo: Saggio psicologico*, P. Maggi, Tripoli 1942. I diversi saggi sono stati "amorevolmente riuniti e donati al collegio" dal fratello di Bravi, Giovanni, al Rettore Ciapessoni nel 1955. Questi ringrazia anche il padre di Angelo che risiede a Milano e la moglie, Maria, che ormai è stabilita a Napoli. Questo dono "è una cara reliquia di uno tra i migliori alunni accolti dal secolare Collegio in questi ultimi decenni". La raccolta sarà "gelosamente e perennemente custodita in Biblioteca" e "rievocherà alle venture generazioni di giovani l'esempio nobilissimo d'una vita breve ma intensa di sentimenti e di opere, tutta spesa al servizio del bene e della scienza". Le citazioni sono tratte dalle lettere inviate da Ciapessoni al signor Bravi (padre) e a Maria Meyer, datate 19 e 22 ottobre 1955.

luogo tra gli psichiatri che si occupano di psichiatria fuori l'Europa – dove emerge un contatto reale e proficuo con i colleghi dell'Ercole d'Alger e con Antoine Porot in particolare – ma anche tra discipline diverse, sottolineando l'utilità dell'antropologia, dell'etnologia e della sociologia in tal senso<sup>833</sup>.

### **Esiste una psichiatria coloniale ?**

Con la preoccupazione di aiutare il lettore a definire l'oggetto delle sue osservazioni e delle sue speculazioni, il saggio introduttivo *Della psichiatria coloniale* esordisce con questa domanda, da pioniera. Innanzitutto, esiste una psichiatria coloniale nel 1937, e come la si può definire? Quali altri nomi essa ha già assunto, oppure quali sono le branche della psichiatria sinora sfiorate dai medici o dagli autori di saggi in questo campo che l'hanno in qualche modo anticipata o generata? Cosa manca alla sua perfezione ed esattezza, nel senso di compimento e autonomia?

Bravi intende la psichiatria coloniale come la “dottrina e clinica delle malattie mentali, che studi preminentemente le manifestazioni psicopatiche nell'ambiente coloniale (sugl'indigeni come sugli importati)”; in tal senso può essere considerata “una varietà [...] una componente secondaria e particolare della psichiatria razziale”, a sua volta unità distinta della psichiatria. La “psichiatria razziale” infatti già avrebbe interessato altri autori, tra cui l'italiano Guido Ruata, psichiatra all'*ospicio nacional* di Rio de Janeiro, nel 1907<sup>834</sup>; ma essa – e in questo caso risulta evidente – non trattava le popolazioni sotto il dominio italiano<sup>835</sup>. Studi analoghi a quelli che ha intrapreso Bravi erano già ampiamente documentati nella letteratura psichiatrica francese relativa al Nord Africa, dove avevano assunto denominazioni disparate, denotanti

---

<sup>833</sup> Nel saggio *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica* Bravi scrive che “solo uno studio sociologico ex professo potrebbe esaurientemente stabilire i rapporti fra le diversi componenti la macchina sociale”, p. 15.

<sup>834</sup> Guido Ruata, *Le malattie mentali della razza negra*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1907, pp. 260-268.

<sup>835</sup> Va ricordato che in quello stesso anno Benedetto G. Selvatico Estense aveva pubblicato in una raccolta di saggi in onore di Enrico Morselli, un rapporto su *La pazzia fra i popoli non europei: cenni di psichiatria etnografica*. Si ricordi altresì che non si trattava di uno studio sul campo, bensì di una raccolta e sistematizzazione di informazioni ricevute da altri medici impegnati “fra i popoli non europei” (anche in Eritrea e nelle “nostre altre possessioni africane”).

“le tendenze preferenziali razziali” (ossia l’uso di concentrarsi su un gruppo etnico-religioso, e in particolare quello musulmano). Bravi cita gli scritti di Meilhon (1896), Boigey (1908) e Porot (1918): *L’aliénation mentale chez les Arabes: Etude de nosologie comparée*<sup>836</sup>, *Etude psychologique sur l’Islam*<sup>837</sup>, *Notes de psychiatrie musulmane*<sup>838</sup>. Si potrebbero aggiungere, sempre nel vasto panorama francese, quelli di Charles Letourneau (1901), Victor Trenga (1902), Lucien Naudin (1913). Il primo un trattato di *Psychologie ethnique*<sup>839</sup> (che Bravi definirebbe “psicofisiologia razziale”, distinguendo così nella psicologia, una fisiologia psicologica dalla patologia psicologica (che finisce nel campo della psichiatria etnica, razziale o coloniale); il secondo uno studio *Sur les psychoses chez les juifs d’Algérie*<sup>840</sup> che rappresenta, in base alle suddivisioni di Bravi, una tendenza alla tipologia razziale degli studi di psichiatria effettuati in ambito coloniale, ma non rivolta verso il gruppo maggioritario. Il terzo è una tesi dal titolo *La psychiatrie coloniale. Essai clinique et médico-légal*<sup>841</sup>. È vero che Naudin si occupa per lo più dell’alienazione mentale nell’esercito, , inoltre è da ritenere che un titolo così accattivante, per la data della sua pubblicazione, vada collegato al recente *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, in cui Régis, maestro e direttore del *jury de thèse* di Naudin, aveva presentato l’importante rapporto su *L’assistance des aliénés aux colonies*, portando l’assemblea a votare in favore di provvedimenti rapidi in questo campo. Bravi non conosce però nessuno studio che porti il titolo di “psichiatrie coloniale”; tuttavia gli studi citati e molti altri, erano dedicati, com’era ovvio che fosse, alle terre d’oltremare francesi, quelle su cui la Francia puntava in quanto a possibilità e civilizzazione, progresso, allineamento agli ideali e ai valori, della madrepatria. In tale ottica Bravi non manca di elogiare gli studi “a direzione polivalente, di Porot che dal 1907 ad oggi ha trattato personalmente ed attraverso la sua Scuola

---

<sup>836</sup> Abel Joseph Meilhon, *L’aliénation mentale chez les Arabes: étude de nosologie comparée*, «Annales médico-psychologiques», 54, 1896, 1 (pp. 17-32, 177-207, 364-377); 2 (pp. 26-40, 204-220, 344-363).

<sup>837</sup> Boigey, *Etude psychologique sur l’Islam*, «Annales médico-psychologiques», 8, 1918, pp. 5-14.

<sup>838</sup> Antoine Porot, *Notes de psychiatrie musulmane*, «Annales médico-psychologiques», 76, 1918, pp. 377-384.

<sup>839</sup> Charles Letourneau, *La psychologie ethnique*, Schleicher frères, Paris 1901.

<sup>840</sup> Victor Trenga, *Sur les psychoses chez les juifs d’Algérie*, Thèse Montpellier 1902.

<sup>841</sup> Lucien-Joseph-Victor Naudin, *La psychiatrie coloniale. Essai clinique et médico-légal*, Thèse Bordeaux 1923.

argomenti svariati di psichiatria coloniale, che vanno dalla semiologia comparata, all'igiene mentale, alla medicina legale"<sup>842</sup>.

È vero però che è forse Bravi il primo, per quanto si situò nella seconda metà degli anni Trenta, a riflettere sulla definizione di questo campo di studi e di applicazione clinica. Non un precursore in assoluto rispetto al trattamento di certe tematiche, ma di certo il primo a farlo sistematicamente nell'ambito delle colonie italiane (della Libia, va detto; infatti mai si occupò del Corno d'Africa, essendo la sua vita di clinico trascorsa a Tripoli, tra il reparto di osservazione psichiatrica, l'ambulatorio, l'ospedale psichiatrico per libici e le perizie in tribunale) e forse il primo a dedicarsi specularmente al concetto di psichiatria coloniale, come nucleo teorico-pratico dotato di una storia e di un avvenire. Nella sua concezione infatti, "l'espressione più vasta [rispetto a *nosographie comparée* o *psychiatrie musulmane*], ma sempre ben circoscritta" di psichiatria coloniale "racchiude un'aspirazione teleologica piuttosto che una realtà immanente", poiché manca "uno studio organico [...] che serva a fissare i punti fondamentali e l'intima tessitura della macchina mentale nelle diverse genti".

Tale carenza deriva in primo luogo dall'incompletezza delle ricerche etno-antropologiche: esse hanno prodotto risultati discontinui, per il difetto lampante e in contraddizione con la loro stessa natura di scienze "de terrain" di basarsi su osservazioni di seconda mano, e solo raramente sull'"osservazione diretta"; e per l'altro aspetto, in contraddizione con la natura di scienze *tout court*, di non accompagnare tali osservazioni con un'"indagine critico comparativa adeguata"; infine quello imputabile a ogni discorso, scientifico o meno, di esporre i risultati – "notizie parcellari" – con una "terminologia impressionistica"<sup>843</sup>. Ma l'assenza di un "contributo semeiologico e clinico alla conoscenza della struttura mentale delle razze umane" va imputato in maniera più diretta, all'incapacità della psichiatria etnica (composta a sua volta da "psicofisiologia razziale" e "psicopatologia etnica")

---

<sup>842</sup> A. Bravi, I. *Della Psichiatria coloniale*, p. 7.

<sup>843</sup> Ma soprattutto "gli studi di etnografia generale e specificamente antropologica, conseguenti all'orientamento naturalistico positivista, ricercarono nella unità razziali decisamente definite come 'primitive' la dimostrazione ed, eventualmente, l'appoggio alla propria tesi, e non poterono con uguale sicurezza, salvo casi particolari, affidarsi alla considerazione di razze impure o miste", III. *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatologiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica*, p. 3.

di ritagliarsi un proprio campo, ossia di avere uno “svolgimento se non indipendente, almeno parallelo allo sviluppo della psichiatria clinica generalmente intesa”.

Della psichiatria coloniale, come che la si voglia intendere – e con ovvie sfumature differenti in base al contesto storico – Bravi distingue tre fasi: la fase *letteraria*, quella *propedeutica* e quella *organizzativa (in fieri)*. Alla fase letteraria vanno ascritte “tutte le notizie grezze, degli esploratori e dei pionieri isolati nelle nuove terre: le loro impressioni, i loro spunti psicologici, i loro cenni indiretti”, che costituiscono “il materiale arcaico delle acquisizioni sulla materia”. La fase propedeutica comprende “la prefazione antropologico-etnografica, con particolare predilezione per le razze così dette inferiori” ossia gli scritti di Morel, Moreau de Tours, Lombroso “e nella fattispecie coloniale Mongeri, Régis, Meilhon”<sup>844</sup>.

La fase organizzativa è recente e “in fieri”: iniziata ai primi del Novecento, non si può dire che essa sia compiuta, così come compiuta non è la psichiatria coloniale come condensato teorico. Certo, nell’Algeria di Porot i passi che la Libia sta compiendo tra gli anni Trenta e Quaranta con Bravi, sono già stati percorsi: all’ampliamento dottrinale della psichiatria con una specifica branca “oltremare”, si sono affiancate le realizzazioni pratico-istituzionali: un sistema di assistenza psichiatrica in loco, capillare e articolato. Mentre “recentissimo” sarebbe “l’interessamento italiano al problema psichiatrico coloniale” e Bravi, sebbene lo neghi, ne è il consapevole pioniere e sistematizzatore. Padovani ha fatto menzione della questione dell’assistenza psichiatrica nelle colonie in occasione del XXI

---

<sup>844</sup> “Questa tipologia di studi, che non si esaurisce nella fase propedeutica, ma prosegue e di fatto fonda anche la successiva, in quanto presupposto della psichiatria coloniale stessa intesa almeno come disciplina, registra tre tendenze preferenziali”: tali studi riguardano “alcuni settori degli imperi coloniali” (per questo Bravi li definisce *regionali* e specifica che si potrebbe parlare “preliminarmente [...] di una letteratura britannica ed olandese per le Indie, nordafricana francese per l’Africa, ed americana per le razze inferiori esistenti nel Nuovo Mondo”; prediligono alcune razze a scapito di altre. Bravi parla in questo senso di tendenze “*razzistiche*”. Infatti “la predilezione appare evidentissima verso talune razze, mentre si estende minimamente od affatto sulle coesistenti: così negli Imperi asiatici, preminentemente sugli indiani e giavanesi; nel settore africano, sugli arabi (lo stesso dicasi per l’Asia minore); nel continente americano, sui negri. (Scarsi invece i riferimenti alle razze conviventi, come quelli di Porot agl’israeliti algerini)”; approfondiscono alcuni argomenti (clinica, eziopatogenesi, nosografia; assistenza psichiatrica e igiene; medicina legale) tralasciandone altri (psicofisiologia e psicopatologia) e per questa terza direzione, Bravi parla di “tendenze *segmentarie*”, I. *Della Psichiatria coloniale*, pp. 7-8.

Congresso della Società italiana di psichiatria nel 1937; impellente, in quello stesso 1937 in cui Bravi redige i suoi primi sette frammenti, risulta l'inaugurazione del manicomio per indigeni di Tripoli che entrerà in funzione solo a metà del 1939. Tutto fa pensare quindi a sviluppi positivi e alla possibilità di compimento e perfezione della psichiatria coloniale, come dottrina autonoma, sebbene rilevante dalla psichiatria generale, nonché come organizzazione di servizi. Nelle parole di Bravi "il buon principio rappresenta l'indiscussa documentazione del nuovo indirizzo, che onora l'Italia"; e con questo buon auspicio, guida il lettore nei passaggi successivi del suo volume, che documenta le difficoltà ma anche i progressi e i successi della psichiatria coloniale italiana.

### **Con quali difficoltà si scontra lo psichiatra coloniale?**

Bravi ha a cuore la questione del rapporto con i pazienti e quindi delle difficoltà che questo comporta quando di fronte non si abbiano soggetti "noti" e con cui si condivida un orizzonte culturale comune; ha modo di discutere tale problematica all'*XI Congrès international de Psychologie* a Parigi<sup>845</sup>. Ogni qual volta il medico debba affrontare un esame "psicofisiologico o psicopatologico"<sup>846</sup> di un indigeno, musulmano o israelita che sia, incorre in diverse "difficoltà pregiudiziali" generali e specifiche che ostacolano lo "studio della psicologia indigena", nel caso specifico quella "libica"<sup>847</sup>.

Gli ostacoli, a un livello più generico, sono costituiti dalla lingua, dalla razza, dalla religione, dalla *differentia morum*. La concezione del tempo, il fattore religioso che domina la vita quotidiana e la vita psichica, l'interpretazione fatalistica degli eventi, la scarsa capacità di introspezione soggettiva e di ricostruzione storica ostacolano la relazione medico-paziente a un livello più specifico, ossia quello

---

<sup>845</sup> In realtà invia il suo contributo, senza andarvi di persona. *Difficulté préalable à l'étude psychologique de l'indigène nord-africain (lybien)*. Communication transmise à l'*XI Congrès international de Psychologie*, Paris 25-31 juillet 1937.

<sup>846</sup> II. *Difficulté préalable*, p. 2.

<sup>847</sup> III. *Di alcune differenze psicologiche*, p. 8.

dell'esame psicologico e funzionale così come dovrebbe essere correttamente effettuato (ove il correttamente ha a che fare con un modello, ossia il paziente europeo: modello di comunicazione stabilita e possibile, di interpretabilità di sintomi, espressioni, parole in un quadro riconoscibile, di condivisione di un orizzonte culturale e di senso che pure la malattia mentale non intacca sensibilmente).

È interessante percorrere ad una ad una queste difficoltà, per mettersi nei panni di un europeo in colonia, di un medico, di uno psichiatra e infine di uno psichiatra tutto sommato illuminato, per misurare la distanza incolmabile che caratterizza la relazione europeo-(nord)afriano (con le specificazioni etnico-religiose del caso), la relazione medico-paziente (e *entourage* familiare del paziente), la relazione psichiatra-alienato, che è poi la stessa distanza dall'“indigeno della strada” (di cui parla Bravi nell'*Avvertimento*) tanto maggiore quanto più distante è da casa propria la strada che si sta percorrendo.

Innanzitutto si presenta il problema linguistico:

Le difficoltà interpretative dovute alla lingua sono comuni allo studio (semeiologico) degli indigeni stessi in materia clinica generale, ma si accentuano considerevolmente nell'indagine psichiatrica, in quanto l'interrogatorio, l'anamnesi psicologica, l'esperimento psichiatrico si valgono soprattutto del simbolismo verbale.

Tale problema presenta diversi addentellati: se già la conoscenza dell'arabo da parte degli europei è scarsa<sup>848</sup>, ancor meno questi ultimi possono sperare di cavarsela facilmente nella varietà dei dialetti; anche nel caso della conoscenza di una lingua straniera, certo è difficile coglierne le tonalità e le *nuances*; per la stessa ragione affidarsi a un interprete – cosa che il medico tenta comunque di fare sistematicamente ove ve ne sia la possibilità – porta a perdere “le sfumature del discorso, nella parola e nel tono”<sup>849</sup>. Bravi non è il primo a considerare centrale la

---

<sup>848</sup> E, come tiene a precisare Bravi, “l'arabo, come lingua, non è semplice”, III. *Di alcune differenze psicologiche*, p. 9.

<sup>849</sup> *Ibidem*.

questione della lingua e degli interpreti in contesto coloniale, o in presenza di indigeni “importati”, come nel caso del Manicomio di Palermo, ricettacolo di alienati indigeni tra il 1912 e il 1939; ma coglie l’occasione per una digressione quasi lirizzante, di certo marcatamente orientalista, sui caratteri dell’arabo e, più o meno implicitamente, sulla sua distanza dalla razionalità, dalla lingua, dal simbolismo europeo:

L’arabo come lingua non è malleabile e ordinata secondo l’impronta di una civiltà occidentale, che tanto concede alle facoltà razionali del proprio spirito attivo. È piuttosto l’immagine sognante di una fantasia asiatica cullata dalle onde mediterranee, è l’ombra di ricami imaginifici (sic) transeunti nel mondo onirico; è sottile, fantastica, tenuissima, come quel simbolo figurativo dell’araba civiltà, l’arabesco, oltre il quale lo sguardo estetico dell’islamico vede mondi chimerici ed irreali.

Tornando alla relazione terapeutica (anche nelle sue fasi preliminari, ossia l’anamnestica e la diagnostica), la questione dell’interpretazione dei sintomi si sovrappone a quella della comprensione e dell’interpretazione linguistica; infatti “non riesce facile adeguare e sovrapporre il nostro al loro mondo simbolico, senza incorrere, per effetto di suggestionabilità, in errori preliminari di valutazione psicologica che, in indagini per loro natura tanto sottili e laboriose, condurrebbero a risultati finali perniciosissimi”.

Resta pressoché insormontabile la questione della distanza tra mondi reali e quindi simbolici, tanto più che è essa non è data solo dalla lingua, ma da tutta una serie di derivazioni dell’appartenenza etnica-religiosa-culturale-sociale. Al fattore razziale<sup>850</sup>, che non è trattato come barriera in sé nella relazione coi pazienti, si intrecciano però i costumi sociali e la religione, “ostacolo non lieve all’interpretazione della mentalità indigena”. Ed è su questi punti che le difficoltà divengono peculiari rispetto alla relazione con i pazienti di ciascuno dei due gruppi,

---

<sup>850</sup> Il criterio razziale permette a Bravi di identificare i gruppi dominanti e quindi le origini etno-antropologiche degli individui di cui come medico si occupa, indigeni arabi e israeliti: sulla scorta di Haeckel, Fritsch, Morselli classifica “le razze mediterranee nordafricane” tra i “leucodermi caucasidi”, su “un piano nettamente staccato dai popoli così detti primitivi”, *ivi*, p. 10.

definite ed esperite in misura e in maniera diversa. La religione occupa una “parte preponderante” nella vita di musulmani ed israeliti (i due gruppi non a caso identificati in base alla religione), fino a rappresentare “una particolare atmosfera psichica”<sup>851</sup>.

Se l’osservanza religiosa è profonda, “il conformismo dei costumi alla prassi confessionale” lo è altrettanto: per cui la concezione familiare e la posizione “morale” della donna, ma anche la collocazione professionale, il grado di cultura e la più generale “tessitura sociale”, compresa la penetrabilità agli ideali e alle forme di vita europei, differiscono largamente nei due gruppi osservati; e alcuni dei caratteri legati alle configurazioni sociali, culturali, professionali hanno non poca influenza sulla considerazione e sul trattamento dei soggetti mentalmente disturbati: ad esempio “i soli affetti familiari non bastano a giustificare certe aberrazioni nell’assistenza agli psicopatici”, oppure, è proprio in relazione alla centralità della famiglia nel mondo israelita e alla “relativa preminenza del mondo sentimentale sugli altri segmenti della psichica attività”, che “l’assistenza familiare al malato [...] è intensissima, persino noiosa, anche quando si tratti di manifestazioni nosologiche comuni”<sup>852</sup>. Se presso gli israeliti “il dominio morale della donna sugli altri componenti della famiglia è importante”, nel mondo islamico la donna, in stato di “schiavitù”, è caratterizzata da “una intrinseca povertà spirituale, un relativo grigiore affettivo, una scarsa attività ideomotoria, propria degli spiriti costretti a una schiavitù inesorabile e continuata”.

Inoltre “alcune fra le peculiari proprietà psichiche delle due razze giocano una parte notevole nella distribuzione del lavoro”: l’israelita libico “laborioso, irrequieto, attivissimo”<sup>853</sup> è commerciante per lo più, o artigiano, cittadino comunque; il musulmano è occupato nei campi o in attività artigianali. Manca sostanzialmente “uno strato medio della società”<sup>854</sup>, soprattutto tra i musulmani.

---

<sup>851</sup> Secondo Bravi, la religione agirebbe da schermo ad ogni influenza esterna, a ogni presa di responsabilità, a ogni valutazione critica e consapevole, nel caso dei musulmani, per i quali “l’islamismo non è soltanto religione, filosofia e prassi, ma rappresenta anche una particolare atmosfera psichica”.

<sup>852</sup> Ivi, p. 15.

<sup>853</sup> Ivi, p. 13.

<sup>854</sup> Ivi, p. 15.

Le due culture differiscono inoltre per il grado di dedizione alla patria: più elevato presso il musulmano e decisamente inferiore presso l'israelita. Rispetto al livello di cultura – cultura impartita attraverso “l'educazione familiare, l'istruzione religiosa, l'istruzione ufficiale delle scuole italiane”<sup>855</sup> –

la media israelitica appare generalmente più letterata della media araba, in quanto più uniformemente costituita di elementi urbani, più irrequieta ed ansiosa di nuove acquisizioni, tendenzialmente più desiosa della scienza occidentale, come quella che rappresenta il riflesso di una vita spirituale migliore; l'arabo, più coerentemente tradizionalista, appare misoneista e restio a tutte le lusinghe di una civiltà che, *sub specie religionis*, rimane pur sempre infedele.

A queste difficoltà generiche d'interpretazione, o meglio a queste barriere di natura in fondo latamente culturale che impediscono una comunicazione tra due mondi – tra le due culture indigene, non v'è dubbio, ma soprattutto tra la cultura europea del medico e quella o quelle dei suoi pazienti – si aggiungono difficoltà specifiche che riguardano l'esame psichico: da un lato la raccolta dei dati anamnestici, dall'altro l'interrogatorio, l'esame funzionale analitico, i tentativi di psicanalisi.

Anche le difficoltà di quest'ordine si configurano come barriere relazionali: ritorna il “fattore religioso dominante” a rendere difficile l'elaborazione anamnestica, poiché esso “informa nella sua parte prassica ed in quella poetico-legendaria il pensiero e la conversazione dell'indigeno [...] e devia in direzione taumaturgica alcune interpretazioni soggettive di disturbi e di malattie”; ciò vale per lo più per i musulmani, così come i caratteri seguenti, ad esso legati: “il concetto islamico del tempo”, che genera confusione dal momento che gli indigeni non conoscono la loro età, e nemmeno sono in grado di collocare nel tempo lineare gli avvenimenti, per cui “il riferimento di precedenti patologici finisce per fluttuare

---

<sup>855</sup> Ivi, p. 14.

cronologicamente in termini troppo incerti” e “la notizia anamnestica rimane sospesa come significato nosologico”.

La difficoltà di “ricostruzione storica” si estrinseca poi nell’incapacità di localizzazione nel tempo, di dare forma a una successione logica, di tentare una valutazione causale degli avvenimenti; sia per i musulmani che gli israeliti “la ricostruzione storica della propria vita clinica e della propria esistenza mentale non viene neppure tentata, nemmeno in condizioni normali”<sup>856</sup>.

L’“interpretazione fatalistica della vita” che vige presso gli arabi si concreta in un “atteggiamento degli affetti, un’inclinazione dell’umore, che dovrebbe condurre allo stato apatico”; e nel corso dell’indagine anamnestica incide sulla “valutazione retrospettiva di avvenimenti proprii od altrui suscettibili di ridestare una carica affettiva, che la dignità del musulmano non deve dimostrarsi debole a manifestare”. Infatti

L’arabo è molto resistente a tutte le prove del dolore e ritiene un disonore lamentarsi [...]. Anche indipendentemente dal dolore [...] sembra mostrare un disprezzo profondo ed istintivo per le manifestazioni somatiche e per il rigore del clima o i disagi della vita: tutto è sopportato con estremo stoicismo [...]. Non è raro lo spettacolo nelle infermerie presidiarie e nei Reparti dell’Ospedale coloniale di ascari giovanissimi affetti da malattie gravi e dolorose, eppur sereni, talora persino sorridenti col volto atteggiato alla rassegnazione fatalistica<sup>857</sup>.

Al contrario l’israelita ha “uno spirito irrequieto ed analitico [che] lo porta a studiarsi continuamente, a torturarsi, anche quando le manifestazioni patologiche sono molto modeste” tanto che “anche fra i sani, sarà più facile riscontrare accenni a patologie od a malattie immaginarie”. In tutto questo, oltre alla religione e quindi alla visione del mondo, ritroviamo la questione del grado di istruzione dei pazienti e dei familiari, che contribuisce, nel musulmano, a impedire “un’analisi eccessivamente profonda”, bensì limitata a “indicazioni per lo più concettualmente

---

<sup>856</sup> Ivi, p. 18.

<sup>857</sup> Ivi, pp. 17-18.

povere e descrittivamente sbiadite” e, nell’israelita, a produrre una narrazione fin troppo dettagliata o persino fantasiosa. A ciò si collega la questione della concezione familiare e delle relazioni, più o meno solide e vitali, al suo interno: se la maggior parte degli osservandi arabi “veniva abbandonata al suo destino [...], i parenti degli ebrei venivano spesso a trovare i loro congiunti e talora assediavano il medico sino dal primo giorno di interrogazioni e di richieste”.

Inoltre “le difficoltà pregiudiziali specifiche interessanti l’osservazione psicologica riguardano l’interrogatorio, il problema dei tests naturali, il tentativo psicanalitico”; in questi campi – Bravi ritiene – “non è consentito, purtroppo, applicare sic et simpliciter i metodi adottati per gli europei”. Sarebbe “singolarmente ingenuo ed estremamente pericoloso”, poiché “il metro delle singole attività varia secondo la longitudine e la latitudine, ma soprattutto secondo l’unità razziale”<sup>858</sup>. Per queste ragioni anche i “questionari” avrebbero esito incerto, oltre a risultare di difficile elaborazione (per la mancanza di dati certi sulla “psicologia normale”): i pazienti sono illetterati o analfabeti, restii a qualsivoglia penetrazione psicologica o interazione. Negli interrogatori poi sono naturalmente “negate, nella maggior parte dei casi, quelle conversazioni che riescono tanto utili ed interessanti nello studio degli alienati europei”.

Per eventuali tentativi psicanalitici – che rivestirebbero ampio interesse presso le “razze che non siano quelle propriamente considerate come le più evolute” – i risultati sarebbero, per le ragioni sopra elencate, nulli; non è da escludersi “tuttavia che, caso per caso e, soprattutto fra il contingente israelita, un tentativo simile, periglioso sempre, arditissimo nella fattispecie possa in soggetti adatti, ottenere, soprattutto nel periodo iniziale della psicopatia, qualche risultato apprezzabile”<sup>859</sup>.

Infine, rispetto all’esame della funzionalità psichica, vale lo stesso: diverso è il metro da applicare per le diverse unità razziali; e poi mancano “schemi metodologici a criterio etnico applicabili nella fattispecie”. Ne risulta che solo una metodologia empirica possa essere efficace: infatti, “seppur condotto con tutte le

---

<sup>858</sup> Ivi, p. 21.

<sup>859</sup> *Ibidem*.

regole dell'arte semeiologica, seppur rigorosamente improntato a un indirizzo clinico, l'esame funzionale non può apparire adeguato nella fattispecie alle esigenze specifiche della particolare psicologia in istudio”.

È in queste ultime notazioni in maniera precipua che possiamo osservare i presupposti di un certo relativismo, che non è l'esatto contrario di un certo universalismo eurocentrico, ma di esso mantiene l'etnocentrismo, e vi aggiunge una discreta dose di inevitabile – di fronte a soggetti sconosciuti, non catalogati, che sfuggono all'analisi – empirismo. Dove mancano regole scritte, dove mancano approcci codificati; ove non ci sia un metodo univocamente applicabile, ma vi siano presupposti differenzialisti; ove infine manchi una necessità prettamente ideologico-positivista di confermare taluni presupposti teorici, quella che Bravi chiama la metodologia empirica scende in campo. Anche se tale ingrediente non è il principale a caratterizzare l'etnopsichiatria che verrà nella seconda metà del XX secolo – lo sarà invece l'indagine e il recupero di concezioni e di terapie indigene – costituisce certo un fattore di apertura che va in quella direzione.

### **Quali sono i caratteri costanti della psicologia normale e patologica degli indigeni?**

Riassumiamo brevemente, seguendo Bravi, i caratteri che differenziano arabi ed israeliti nel loro rapporto con lo psichiatra, nell'osservazione psicologica e nell'esame funzionale, prima di passare in rassegna i caratteri peculiari della “psicofisiologia razziale” e dell’“etnopatologia psichiatrica” che informano i due gruppi, implicando allo stesso tempo tra di essi “un'antitesi psicologica razziale che la Storia documenta<sup>860</sup> e la Psichiatria tenta a descrivere”<sup>861</sup>.

---

<sup>860</sup> In direzione del recupero delle radici storiche, attraverso la documentazione di natura religiosostorica, vanno in particolare il frammento sulla *Suggestionabilità musulmana* e la seconda parte del frammento sull'*Israelitica inquietudo*. Con qualche riferimento al Corano e a episodi della vita di Maometto, Bravi ci conduce alle origini della suggestionabilità musulmana, della credulità superstiziosa che deriverebbe dalla sovrapposizione acritica a un politeismo pagano del monoteismo maomettano. Se nel frammento sulla *Suggestionabilità musulmana*, l'autore non si preoccupa nemmeno di chiarire al lettore di che cosa si tratti, lo si può tuttavia facilmente comprendere dalla lettura di

L'indigeno musulmano, con il quale il medico è costretto a intraprendere un interrogatorio e un esame "più paziente, laborioso, estenuante", è portato "ad una relativa impenetrabilità psicoanalitica, ad una apatica resistenza all'indagine psicologica, ad una maschera d'indifferenza abituale e quasi dignitosa" in ragione del "concetto islamico del tempo, del fattore religioso (e fanatico) dominante, del concetto fatalistico della vita, della superficialità relativa d'introspezione per i disturbi subiettivi". Di fronte al medico "difficilmente l'arabo [...] esporrà di seguito e dettagliatamente (non si parli poi spontaneamente) i suoi disturbi di qualsiasi genere e tanto meno psichici, salvo che non sia in preda a violente allucinosi [...]; raramente converserà sulla sua malattia e persino chiederà spiegazioni circa il suo stato attuale".

Nel caso dell'indigeno israelita (sia il sospetto alienato che i parenti), "l'educazione familiare intensamente affettiva, l'attività professionale solitamente elevata, il contatto (non evitato) con gli elementi della cultura occidentale ed, in genere, europea, l'interessamento affettivo familiare ed extrafamiliare intransigenti, una naturale disposizione all'esposizione analitica, profondamente radicata", l'esame risulta "solitamente più spedito, relativamente più aggredibile". I disturbi sono presentati con "immensa dovizia di particolari [...] anche nelle più sottili *nuances*, anche nelle quisquiglie più inutili".

Ciascun individuo all'interno dei due gruppi, sia il soggetto normale sia il deviante, presenta caratteri aggiuntivi (rispetto alla "razza", alla religione, ai costumi, ma da essi derivanti) che sono enucleabili e riassumibili come "segni costanti": anaffettività, suggestionabilità, fatalismo nel musulmano e inquietudine ansiosa nell'israelita; tra i soggetti sani e quelli disturbati mentalmente tali caratteri si presentano solo con intensità diversa e crescente.

---

alcuni passaggi di Porot. In relazione al mondo ebraico, Bravi rilegge, rapidamente e schematicamente i libri sacri del giudaismo o la "leggenda dell'ebreo errante" con un occhio psicologizzante (o psichiatrizzante, a seconda del rilievo di dati normali o patologici), giungendo alla conclusione che "questo popolo porta con sé il fardello del nomadismo implacabile: perché questo habitus collettivo è endogeno, e non se ne può spogliare, volendo, come d'una metastruttura incomoda ed anacronistica. Ovunque vada l'esclusivismo egocentrico individualista gli inibisce qualsiasi tentativo di assimilare e di essere assimilato. [...] Rimane sempre l'ebreo querulomane, inquieto, ansioso, invadente, litigioso e ribelle, che i profeti ci descrivono con sanguinaria crudeltà", V. *Israelitica inquietudo*, p. 12.

<sup>861</sup> Ivi, p. 6.

Ciascuno di questi “temperamenti psichici”<sup>862</sup> è esposto nei cosiddetti frammenti semeiologici: il primo di essi, *L’anaffettività e l’Islam*, presente già nella prima edizione del sette *Frammenti di psichiatria coloniale* del 1937, anticipa sia la triade segni caratteristici della “costituzione psichica del mussulmano”, sia l’opposizione tra i sintomi dominanti delle personalità israelitica da un lato e musulmana dall’altro: “ansietà ed ipoaffettività rappresentano, con le dovute riserve, la sintesi simbolica del nucleo segmentario affettivo dei due popoli”. *Israelitica inquietudo* viene pubblicato a Tripoli nel 1938 (e poi naturalmente nella raccolta dei venti *Frammenti* su cui stiamo lavorando). *Suggestionabilità musulmana* è un breve frammento, pubblicato per la prima volta nella raccolta presente, che risulta però o estremamente povero di informazioni o maldestramente tagliato dopo poche pagine. Infine *L’impulsività musulmana* è una parte della relazione tenuta al Primo Congresso internazionale di Criminologia nel 1938, dal titolo *L’impulsività criminale nell’indigeno mussulmano libico*<sup>863</sup>.

È utile innanzitutto capire cosa Bravi intende per “temperamenti psichici” e come giunge a circoscriverli. L’operazione che porta a termine (già intrapresa da altri prima di lui) consiste nell’isolare, a partire dall’osservazione fenomenico-empirica, “alcuni tipi che ci dispongono alla comprensione di talune costituzioni psicopatologiche”<sup>864</sup>, e che come tali fungono da “modello [...] formula-tentativo”. Partendo dal dato fenomenico, che “garantisce” l’aderenza alla realtà, l’autore intende produrre descrizioni miranti all’obiettività semeiologica; aggiungiamo noi che le generalizzazioni sono inevitabili: l’osservazione di più casi porta alla categorizzazione, questa alla generalizzazione ed in ultimo alla definizione quasi naturalizzata delle costanti psicologiche di cui si è precipuamente alla ricerca. Esse sono infatti già state enumerate da altri: in tal senso Bravi si inserisce nel solco di una corrente di studi già affermata.

---

<sup>862</sup> IV. *L’anaffettività e l’Islam*, p. 5.

<sup>863</sup> *L’impulsività musulmana* è un frammento che, privo di testo a sé, si accorpa alla relazione, presentata da Bravi al Primo Congresso internazionale di Criminologia; si può pensare che Bravi intendesse considerare i primi quattro paragrafi di tale relazione, aggiungendo però il titolo *L’impulsività musulmana* come a sé stante nella seconda raccolta dei frammenti per arrivare appunto al numero tondo di venti saggi.

<sup>864</sup> IV. *L’anaffettività e l’Islam*, p. 5.

Nel delineare i segni differenziali delle due personalità indigene Bravi si appoggia infatti al materiale abbondante prodotto dall'*Ecole d'Alger*, ed in particolare da Antoine Porot<sup>865</sup> – con cui Bravi, proprio durante la stesura dei frammenti intrattiene un rapporto epistolare – ma anche da altri autori che lo hanno preceduto, come Meilhon e Boigey e hanno pubblicato importanti saggi sugli «Annales médico-psychologiques»<sup>866</sup>. Gli psichiatri francesi delle colonie maghrebine hanno ugualmente ricercato i segni distintivi della personalità dell'indigeno algerino, concentrandosi – è vero – sul musulmano, in base a quelle tendenze preferenziali di ordine razziale che Bravi citava nelle sue premesse sulla definizione della Psichiatria coloniale – ma non trascurando del tutto l'israelita<sup>867</sup>.

Se dunque “dal punto di vista etnico [...] lo studio dei segni capaci di concorrere alla formulazione dei fattori del temperamento (nella fattispecie “razziale”) è appena agli albori”, sono proprio le ricerche dell'*Ecole d'Alger* a interrogarsi e a dare risposte, per prime, in maniera sistematica, al quesito sui temperamenti tipici e perciò differenziali degli indigeni nord-africani. Dopo i viaggiatori, i poeti e gli scrittori che si sono soffermati su “alcune delle più appariscenti manifestazioni psichiche” percorrendo le contrade nord africane, sono infatti arrivati i “recenti e scarsi [...] accenni specifici, intesi nel senso scientifico, a tali segni della personalità mussulmana”. Bravi conosce e cita come autorevoli i testi di Porot e degli altri, ma il tono che adotta lo psichiatra milanese lo pone su un piano meno apertamente razzista, e forse più intrinsecamente paternalista, di chi vuole “avvicinarsi con lo spirito a queste razze, che non meritano il nome di primitive ma sono tanto diverse dalla nostra”<sup>868</sup>.

Nel processo di comprensione dell'etnoperpersonalità, non basta però isolare i segni; o meglio, isolarli è utile allo scopo descrittivo, ma non nel quadro di una comprensione globale delle dinamiche psichiche: nell'aprire il frammento sull'*Israelitica inquietudo*, Bravi avverte che “se, a scopo rappresentativo, l'isolamento

---

<sup>865</sup> Insieme al collega Angelo Hesnard (psichiatra della Marina) – nella fase di osservazione dell'elemento militare durante la Grande Guerra – o agli allievi Don Côme Arrii e Jean Sutter.

<sup>866</sup> A. J. Meilhon, *L'aliénation mentale chez les Arabes*, cit.; Boigey, *Etude psychologique sur l'Islam*, cit.

<sup>867</sup> Cfr. V. Trenga, *Sur les psychoses chez les juifs*, cit.

<sup>868</sup> IX. *Etnologia e Criminologia*, p. 5.

dei segni riesce utile alla psicologia, come la separazione dei sintomi alla nosografia, l'armonia del sistema psichico [l'intera macchina mentale] è tale, pur nelle inevitabili oscillazioni fisiologiche, da non ammettere separazioni forzate e dogmatiche”<sup>869</sup>.

Nel caso dell'inquietudine ansiosa che caratterizza l'israelita nella condotta normale e nell'estremo patologico,

il segno non dev'essere considerato isolato che per ragioni metodologiche; fa parte in realtà di tutta una complessa macchina mentale della razza, come una componente indivisibile; ha in se tanta dignità monosintomatica quanto ne hanno altri [...] solo che – per informare di sé gran parte della vita affettiva dell'israelita e per essere nelle sue manifestazioni espressive (subiettivismo, esclusivismo, egocentrismo) l'epicentro imprescindibile di ogni sua attività psicologica – assume fra gli altri un valore simbolico e reale preminenti<sup>870</sup>.

Lo stesso vale per l'anaffettività tra gli indigeni musulmani: essa “rappresenta pure un segno caratteristico dell'etnoperonalità mussulmana (come l'irrequieta ansietà di quella israelita): è insomma il substrato psicologico nucleare dell'islamismo, il suo vero volto”. E vale ancora di più per l'impulsività: nonostante possa sembrare che per

“segno costante della personalità” debba intendersi l'ipobulia costituzionale e che l'impulsività rappresenti solo un momento temporaneo della costituzione psicofisiologica del musulmano. Ma l'ipobulia è, per sua natura, un segno chiaramente derivato, ed occupa nel segmento volitivo il posto tenuto dalla “fragilità” mentale intellettuale e dall'anaffettività in quello sentimentale, né d'altro lato può chiamarsi patognomonico della razza araba (appartenendo al patrimonio psichico delle razze orientali in genere), mentre l'impulsività, malgrado il carattere accessuale, è troppo chiaramente legata all'indole mussulmana e troppo originale sembra il suo apporto alla costituzione della sua personalità, perché debba essere sottaciuto come

---

<sup>869</sup> V. *Israelitica inquietudo*, p. 6.

<sup>870</sup> *Ivi*, p. 7.

segno differenziale caratteristico. L'impulsività, in altre parole, definisce meglio e caratterizza in maniera più sottile il segmento della volontà nel mussulmano, che non possa da sola l'ipobulia – criterio deficitario generico per la volontà, logica derivazione degli aspetti deficitari degli altri due segmenti della personalità.

Delineati i segni caratteristici che definiscono i temperamenti psichici (come declinazione specifica dell'oggetto neutro “segno”) con le parole di Bravi, è opportuno elencare i caratteri del segno o sintomo in semeiotica: innanzitutto “un segno merita metodicamente tale nome quando risponde ai seguenti requisiti: unità, costanza, uniformità di rilievo, sottile differenziabilità, semplicità formale”; in conseguenza di ciò “lo scheletro architettonico del tipo permane inconfondibile sotto le metastrutture più inaspettate e incoercibili”. Una volta colto il segno poi lo si definisce genericamente per l'utilità che riveste nel campo di osservazione in esame. Afferma Bravi: se “il sintoma (sic) giova alla Clinica come elemento di giudizio, il segno giova alla Psicofisiologia razziale come contributo alla conoscenza dei fattori della personalità [...]. Legato alla razza, ne rappresenta una componente originaria costante, epperò si rivela attraverso tutte le manifestazioni dell'esistenza normale”.

Come componente originaria, costante, unitaria, il “segno” si manifesta sì nell'individuo normale, ma anche, e in maggior misura, nel deviante, che ne è marchiato a un grado amplificato; ossia il segno “presenta due aspetti fondamentali: uno fisiologico, la formazione del carattere e della personalità; l'altro patologico”, la deformazione o deviazione da tale carattere, per eccesso o per “accesso”<sup>871</sup>. Ciò vale sia per l'inquietudine ansiosa negli israeliti – “il *côté* fisiologico-caratteriale da un lato, le conseguenze deliranti e l'inclinazione psicopatica dall'altro” – che per l'anaffettività, la suggestionabilità e l'impulsività nei musulmani, con qualche marcata differenza per quest'ultimo segno. Se “l'anaffettività e la suggestionabilità” come fenomeni di “stato, poss[o]no essere studiati indifferentemente in condizioni fisiologiche come patologiche, sempre ed ovunque”,

---

<sup>871</sup> *Ibidem*.

l'impulsività invece, salvo nell'eccitamento maniacale grave, non ha i caratteri di continuità, non può essere isolata in maniera indifferente, è un segno che va studiato all'occasione ed è più facile a riconoscere nei momenti di minor controllo della componente più evoluta della personalità [segmento volitivo]; tende a confondersi inevitabilmente con il sintoma di uno stato morboso, anche se è ravvisabile come segno di una predisposizione costituzionale affatto fisiologica. V'ha insomma, nella maggior parte dei casi, un criterio d'accessualità che non sta mai disgiunto dal concetto semeiologico di impulsività<sup>872</sup>

Per lo psichiatra, le cui osservazioni servono in ultima analisi a produrre delle diagnosi, a confermare o a escludere un comportamento psicopatologico, è importante tracciare un limite tra la normalità del segno e la sua accessualità, tra la dimensione "naturale" del segno, legata alla formazione religioso-razziale, e la sua portata patogenetica, legata sì al sostrato religioso-razziale (ad un tempo considerato naturale e culturale) ma anche e soprattutto alla deformazione che interviene quando la malattia mentale "devia" i flussi del pensiero normali o i comportamenti consueti.

Premettendo che il seguente elenco per punti viene formulato da Bravi nel saggio sugli israeliti, ci siamo noi permessi, poiché ci pareva coerente con l'impostazione data al paragrafo, di estenderla a entrambi i gruppi considerati, trattandosi di una "metodologia empirica" da adottare in generale per evidenziare "la zona di transfert tra la fisiologia e la patologia psicologica"<sup>873</sup>.

Occorre da un lato definire il campo della psicologia normale, con lo studio della formazione della personalità etnica e affrontare questioni per così dire, di "psicologia generale":

- a) Definizione dei confini fisiologici dei segni.
- b) Tentativo provvisorio di definizione del temperamento, che tenga presente nella reciproca armonia proporzionale i fattori preminenti del temperamento stesso

---

<sup>872</sup> Ivi, pp. 5-6.

<sup>873</sup> In tal senso abbiamo inserito i caratteri musulmani accanto a quelli israelitici per creare un parallelo.

(ansioso, depresso, querulante ed isterico per l'israelita; anaffettivo, abulico, suggestionabile, impulsivo per il musulmano), con eventuali indicazioni approssimative alla divisione per età e per sesso.

c) Studio della componente somatica (neurologica centrale ma soprattutto neurovegetativa) costituzionale, substrato imprescindibile della costituzione psicologica.

d) Analisi delle note fisiologiche dominanti che meglio caratterizzano il temperamento. Così per il musulmano: passività, abulia, rassegnazione, fatalismo, tranquillità, assenza di preoccupazioni, assenza di ambizioni, debolezza della vita affettiva e morale, nonché un certo immobilismo che sarebbe la cifra della vita del musulmano, “cristallizzato nel suo microcosmo psichico dal VII secolo dell'era volgare”, si accompagnano da un lato a “xenofobia e misonismo”, dall'altro agli accessi impulsivi: infatti “l'impulsività trova [...] la sua spiegazione nel quantum negativo rappresentato dall'egocentrismo sprezzante, dall'apatia, dalla povertà delle relazioni affettive”. Così per l'ebreo: “l'egocentrismo, il subiettivismo, l'intransigenza dogmatica [...] portano facilmente agli estremismi (mistico, messianico, positivista, rivoluzionario, anarcoide) [...]; l'oscillabilità dell'umore, l'incostanza del contegno, l'insofferenza di ogni disciplina” – equivalenti individuali, ontologici, di una condizione filogenetica collettiva<sup>874</sup> – “che conducono all'isolamento reale ostinato”<sup>875</sup>.

e) Analisi della fenomenologia psicologica dei rapporti fra le diverse etnie.

Secondariamente i problemi propri dell'“etnopsichiatria speciale” che, innescando un potenziale di dubbio nella “valutazione interpretativa dei dati semeiologici” e quindi nella diagnosi, possono avere effetti anche nel campo clinico:

---

<sup>874</sup> Se il tipo psicologico musulmano è “cristallizzato”, non “si vuole giungere alla conclusione che il tipo psicologico semitico sia alcunché di fisso, ed immutabile: pochi anzi soffrono maggiormente di tanta oscillabilità medianormale, ma ciò che rimane costante è il substrato primitivo, nelle sue leggi fisiologiche fondamentali”: ritroviamo da un lato l'apatia e il misonismo, dall'altro l'irrequietezza e la mobilità.

<sup>875</sup> Bravi fa riferimento esplicito al “dramma della diaspora”.

a) definizione dei confini fra la “formula fisiologica” e la formula “tendenziale psicopatica”<sup>876</sup>, ossia “quanto siano conciliabili, premessa la costituzione etnopsichica”, alcuni comportamenti o idee ricorrenti dell’ebreo o nel musulmano medio “con la formula psicofisiologica cui appartiene”.

b) “definizione delle principali tendenze o disposizioni psicopatiche della razza, con particolare riguardo a quelle endogene e funzionali<sup>877</sup> [...]. Non tanto come proporzione statistica quanto come zona di transfert tra la fisiologia e la patologia psicologica”.

### **Oltre la norma fisiologica e l’eccesso psicopatologico: la criminalità indigena**

Partendo dal dato fisiologico, duplice può essere il grado di deviazione dalla norma: in senso patologico e in senso criminale. Dopo aver definito la soglia, la zona di passaggio tra la fisiologia e la patologia, Bravi accenna – solo per quanto riguarda i musulmani e il loro carattere d’impulsività – alla zona di passaggio tra la deviazione patologica (dalla norma) e la deviazione delinquente (dalla patologia), riflettendo sui “rapporti psicopatologici fra un determinato psicotipo etnico e le sue deviazioni fondamentali in direzione delinquenziale”<sup>878</sup>.

Questa è la catena causale in vigore nel caso dei musulmani: “l’apatico è irrimediabilmente solitario, egoista, asociale: si dimostra poi decisamente antisociale, quando il segno impulsività predomina sul quadro semeiologico generale. Il segno dell’anaffettività, adunque, come ha dei riflessi religiosi, ne presenta pure, di notevole importanza, nel campo sociale”. Ma non solo: “anche nel campo criminologico [...] l’etnopersonalità musulmana costituzionale [...] documenta una tendenza psicodinamica ravvisabile anche fisiologicamente, l’impulsività

---

<sup>876</sup> Nel caso del gruppo israelita: “fra il semplice temperamento ansioso e l’angoscia temporanea con insorgenza d’idee deliranti, fra cui, preminenti, l’idea di autoaccusa, di rovina, di condanna, di malattia, di morte e, nelle sue conseguenze sociali, il delirio religioso, mistico, messianico, scientifico, filosofico. Più semplicemente quanto siano conciliabili, premessa la costituzione etnopsichica d’Israele, alcune idee apparentemente deliranti, ricorrenti nell’ebreo medio, con la formula psicofisiologica cui appartiene”.

<sup>877</sup> Negli ebrei: la frenosi maniaco-depressiva, l’isterismo, la paranoia.

<sup>878</sup> VII. *L’impulsività musulmana*, p. 9.

costituzionale”<sup>879</sup>. Ciò sta a significare che per alcuni delitti “non basta invocare il fatto morboso”, ma “bisogna riconoscere alla personalità, alla base etnocostituzionale, la dignità di prima causa del male”. Per cui è importante tra i crimini compiuti da musulmani, distinguere da un lato la casistica “consuetudinaria [...] per nulla differenziabile da quella europea”, dall’altro quella per così dire “peculiare”, da ascrivere essenzialmente “all’etnopersonalità musulmana costituzionale”.

Su questo terreno – le speculazioni sulla criminalità indigena – Bravi si confronta da un lato con la scuola francese, ovvero l’Ecole d’Alger, che “offre spunti interessantissimi di psicopatologia descrittiva ed analitica, che s’accostano o sfiorano il problema dell’impulsività criminale mussulmana”<sup>880</sup>; dall’altro con uomini di legge italiani, in particolare Cesare Tallarigo e Tancredi Gatti, entrambi in qualche modo coinvolti nell’elaborazione o nel monitoraggio del sistema di istituti di prevenzione e cura nella “quarta sponda”. In effetti negli studi italiani, “il contributo [...] giuridico supera almeno quantitativamente il contributo medico-psicologico ed etnopsicologico puro”. Infatti, pur in un momento di fioritura per gli studi coloniali e africanistici – ormai anche in Italia, non solo in Francia – “il contributo reale all’etnopsicologia africana è più che modesto”<sup>881</sup>, mentre sarebbe di fondamentale importanza, sia in direzione della civilizzazione, che del dominio, che, infine, di un tentativo autentico di comprensione, “approfondire le conoscenze delle caratteristiche etnopsicologiche normali e patologiche delle razze primitive” e comprendere “le cause del meccanismo patogenetico o psicodinamico col quale si manifesta il delitto”<sup>882</sup>.

In merito alla questione dell’impulsività criminale, sebbene tutte le opere dell’*Ecole d’Alger* vi si accostino, quelle che la trattano come tema principale sono la tesi di Don Côme Arrii e i lavori da questi condotti insieme al maestro Porot<sup>883</sup>,

---

<sup>879</sup> *Ibidem*.

<sup>880</sup> *Ivi*, p. 8.

<sup>881</sup> IX. *Etnologia e criminologia*, p. 3.

<sup>882</sup> *Ivi*, p. 4.

<sup>883</sup> Don Côme Arrii, *De l’impulsivité criminelle chez l’indigène algérien*, Thèse Alger 1926; Antoine Porot, Don Côme Arrii, *L’impulsivité criminelle chez l’indigène algérien: ses facteurs*, «Annales médico-psychologiques», 90, 2, 1932, pp. 588-611.

basati sull'analisi di perizie psichiatriche; tendenti a dimostrare la pericolosità intrinseca dell'algerino – già definito “debil mental, inactif, passif” – essi vedono la luce sotto lo stimolo di una circostanza precisa: quando l'emigrazione di lavoratori algerini verso la madrepatria ha inizio, la preoccupazione per i delitti, che ora possono aver luogo sul suolo francese stesso, aumenta. Anche se questa circostanza non si presenta nel caso italiano – certo non negli anni in cui Bravi scrive ma forse nemmeno in seguito, se si considera che l'Italia non è specialmente meta d'immigrazione degli abitanti delle sue ex colonie – la psichiatria coloniale italiana, nondimeno, si interessa a questo aspetto più che agli altri, come vedremo con gli interventi di Tallarigo e Gatti. Bravi ritiene che i risultati delle proprie osservazioni collimino con quelli dell'*Ecole d'Alger* su diversi punti, ovvero :

- a) il profilo particolarmente deficitario, nei suoi segmenti, dell'etnoperpersonalità musulmana;
- b) i dati offerti dall'etnocaratterologia musulmana, come, appunto, quelli che vanno sotto titolo di comportamento sociale;
- c) la conclusione, infine, che tende a conferire all'impulsività costituzionale una figura patologica a parte – anomalia piuttosto che stato morboso – staccata da quei fattori decisamente patologici che sono patrimonio comune di tutte le razze.

L'impulsività farebbe dunque parte dei tratti comuni e diffusi tra la popolazione musulmana, contrappeso alle consuete apatia o abulia; e come tale, pure nella sua deviazione criminale, deve essere considerata: non stato morboso, non necessariamente “figura patologica”, bensì sfondo naturale e esito possibile di una personalità in sé deviante.

Con Tallarigo, procuratore generale del Re presso la Corte d'Appello per la Libia, Bravi ha modo di rapportarsi oltre che sul campo, ossia nei lavori preparatori in vista dell'inaugurazione del manicomio per Libici, anche in occasione del Congresso di Criminologia tenutosi a Roma nel 1938. Qui Bravi presenta una relazione su *L'impulsività criminale nell'indigeno musulmano*, che Tallarigo completa con

una presentazione dei *Reati caratteristici degli indigeni in Libia*<sup>884</sup>. Si tratta del “primo studio di un giurista italiano sul problema criminologico nella popolazione indigena nella nostra colonia mediterranea”. Bravi ne elogia “la nitida perspicuità nell’esposizione statistica [che] appare saggiamente integrata da considerazioni interessantissime, che delineano alcuni aspetti fra i più costanti della manifestazione criminale nell’indigeno libico”, nonché la complementarietà con i propri lavori di psichiatra<sup>885</sup>. Secondo le rilevazioni di Tallarigo i reati più frequenti sarebbero quelli “contro l’amministrazione della giustizia, in ispecial modo le calunnie, ed i reati sessuali”; i primi “troverebbero la loro patogenesi nella natura stessa della personalità musulmana [...] nel contrasto tra il tradizionale schiavismo feudale millenario di queste popolazioni di fronte all’opera illuminata della giustizia italiana, che ha offerto al debole e indifeso un’arma non sempre usata a buon fine: di qui la frode puerile, mal congegnata”. Per i secondi vale lo stesso meccanismo genetico: i reati sessuali sono da imputare alla “personalità sessuale del musulmano” plasmata da condizioni geo-socio-culturali, quali la concezione e la condizione della donna, oggetto passivo di gratificazione sessuale, i viaggi nel deserto con le carovane o i pellegrinaggi, “le stesse condizioni anatomofisiologiche” non meglio identificate. Proprio perché delitti connaturati alla stessa etnoperonalità, alla stessa conformazione fisiologica mentale e anatomica (parafrasando i neologismi che Bravi sovente conia), i reati di violenza o pederastia non rivestono per i musulmani il carattere di delitto, né contro l’individuo colpito né tanto meno contro la morale o il buoncostume; essi quindi “rientrano candidamente nell’ordine naturale delle cose, per queste popolazioni”<sup>886</sup>. Tuttavia, l’“opera civilizzatrice” italiana in Libia mira a eradicare certe pratiche: “l’armonica collaborazione fra l’opera educatrice del Governo nazionale e l’amministrazione della giustizia, contribuiranno efficacemente

---

<sup>884</sup> Cesare Tallarigo, *Reati caratteristici degli indigeni in Libia*, Atti I Congresso internazionale di criminologia, Roma 3-8 ottobre 1938, Tipografia delle Mantellate, Roma.

<sup>885</sup> Quantunque la memoria del Tallarigo abbia chiari intendimenti giuridici, è innegabile che l’esperienza la dottrina e l’elaborazione speculativa hanno condotto l’eminente magistrato a conclusioni non dissimili, talvolta persino identiche, a quelle che l’analisi psicologica indice nello studioso di psicopatologia, VII. *L’impulsività musulmana*, p. 9.

<sup>886</sup> Ivi, p. 12.

all'elevazione progressiva del patrimonio etico e della dirittura morale di queste popolazioni”<sup>887</sup>.

Al *Congresso di medicina legale e delle assicurazioni e di antropologia criminale*, tenutosi a Napoli nel 1941 nell'ambito della mostra triennale per le terre d'Oltremare (durata in realtà appena un mese), Bravi si confronta invece con le opinioni espresse da Tancredi Gatti sugli *Aspetti antropologici, psicologici e statistici della criminalità indigena in Libia*, smontando punto per punto le tesi di questo professore dell'ateneo ferrarese, avvocato e penalista della “scuola positiva” di Enrico Ferri. Dopo una breve frase di elogio della “massa veramente cospicua di dati statistici, il vasto materiale documentario accuratamente raccolto” dal collega, Bravi ritiene “necessario segnalare i punti dubbi”, con una serie di critiche, puntuali e circostanziate, alle tesi e alle affermazioni di Tancredi Gatti che, a differenza di Bravi, vanta solo una “visita” in Libia, durante la quale ha esaminato gli stabilimenti di prevenzione e pena e raccolto “un vasto materiale documentario, fotografico e statistico”<sup>888</sup>. Privo di esperienza sul campo, tra i malati psichiatrici e tra i criminali, enuncia “giudizi, rilievi clinici e psicopatologici che lasciano perplessi”, basati peraltro su “inesattezze di fatto” ancor prima che d'interpretazione, che possono risultare “perniciose per un pubblico non informato del reale stato della nosografia e della epidemiologia libica”<sup>889</sup>.

Agli occhi di Bravi risulta “inutile, quanto meno agli effetti statistici, la distinzione” che Gatti enuncia “fra arabi e berberi”; mentre quella di grande rilievo (“profonda, decisiva, incolmabile” secondo Bravi) tra arabi e israeliti non assume nel testo di Gatti peso sufficiente; in tal senso Bravi rimprovera a Gatti di non aver dato adeguata importanza alla discriminante religiosa (“la teorica e la prassi coranica o talmudica”) che pure – come Bravi ha spiegato a più riprese – è all'origine delle “inclinazioni psicologiche e psicopatiche”. È inoltre impreciso e fuorviante riferirsi alla Libia come un “vero crogiolo di infinite stirpi [...], infinite [...]

---

<sup>887</sup> Ivi, p. 13.

<sup>888</sup> Tancredi Gatti, *Aspetti antropologici, psicologici e statistici della criminalità indigena nella Libia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 429-440 (429).

<sup>889</sup> VII. *L'impulsività musulmana*, p. 9.

infiltrazioni”<sup>890</sup>, soprattutto parlare di commistioni e ibridi, dato il sostanziale antagonismo e chiusura dei due gruppi principali che Bravi rileva.

Passando dal campo dei rilievi etnologici in senso stretto a quello della teoria psicopatologica (anche se Gatti parla qui del “punto di vista antropologico”) e alla sua applicazione al caso specifico del Nord Africa italiano, Bravi critica l’uso impreciso o incongruente di alcune categorie da parte di Gatti. È la leggerezza dell’affermazione di questi sul “profondo stato di degenerazione in cui versa ancora purtroppo la popolazione libica” che fa prendere posizione a Bravi: da un lato, contro la confusione – intervenuta nel testo di Gatti – tra degenerazione e decadimento fisico e morale: infatti il primo sarebbe “un concetto troppo definito ed inconfondibile in psicopatologia (la dottrina degenerativa di Morel)” per essere confuso con un generico “decadimento”<sup>891</sup>; dall’altro contro l’applicazione del criterio degenerativo “alle razze indigene libiche, le quali non meritano, a nessun titolo, di essere definite degenerate”<sup>892</sup>.

Anche per il campo epidemiologico Gatti avrebbe presentato dati vaghi e non verificati: affermando che tra le “tare” che minano la popolazione libica vi sono la tubercolosi, la sifilide, il glaucoma, l’alcolismo, riceve le critiche di Bravi almeno sulle ultime tre: la sifilide non sarebbe “diffusissima e ubiquitaria”, come una “leggenda ormai priva di fondamento” voleva far credere. Invece che al glaucoma Gatti voleva forse fare riferimento al tracoma che, per quanto diffuso, non è da considerarsi una tara, dato il carattere di ereditarietà che quest’ultimo termine comporta, e contro il quale “l’opera del Regime sta combattendo decisamente e integralmente [...] non in quanto tara, ma in quanto manifestazione epidemiologica riducibile coi mezzi profilattici intensivi”. Le intossicazioni alcoliche infine, che Bravi ha avuto modo di osservare, non sarebbero prodotte dal *legghi*, ma dalla *buca*

---

<sup>890</sup> *Ibidem*.

<sup>891</sup> Secondo Gatti, tale degenerazione o decadimento sarebbe causata “dalle condizioni di assoluta incuria e di secolare abbandono in cui [la popolazione] fu lasciata”.

<sup>892</sup> Secondo Bravi, nessuno – né Moreau de Tours, né l’Ecole d’Alger, né altri studiosi nel secolo quasi che separa le *Recherches sur les aliénés en Orient* dalle *Notes de psychiatrie musulmane* – l’ha utilizzato per definire le popolazioni dell’Africa settentrionale; a maggior ragione Bravi, come emerge dal testo, si schiererebbe tra i più tenaci oppositori di una teoria del genere.

che corrisponde grossomodo al “gin per i tossicomani inglesi, l’assenzio per i francesi, la grappa per i nostri montanari veneti”.

Anche per il riferimento vago e senza sostegno statistico ai “numerosi casi di malattie mentali”<sup>893</sup> Bravi è risentito, anche se sa che nemmeno lui è in grado di fornire dati statistici precisi; ma lo è ancor di più – poiché è indice del mancato riconoscimento del suo proprio apporto all’assistenza psichiatrica in Libia – per l’affermazione che “tali infermi vengono *ora* inviati agli ospedali psichiatrici della metropoli”. Infatti ciò non è più vero (almeno per la Tripolitania) quando il congresso napoletano ha luogo, “ché dal novembre del 1937 i libici della Tripolitania vengono studiati e trattenuti, curati e dimessi sul posto, e nient’affatto inviati agli ospedali psichiatrici della metropoli”. Restano invece “sempre vere le parole augurali” pronunciate da Gatti<sup>894</sup> (ma prima di lui da Bravi al II congresso di igiene mentale di Parigi del 1937, in una comunicazione informativa alla società medica bresciana, al Congresso di psichiatria del 1937 e al congresso di Criminologia di Roma del 1938) “per il funzionamento” dell’ospedale psichiatrico di Tripoli.

L’animosità di Bravi è dovuta però maggiormente al fatto che Gatti non fa riferimento alla sua attività all’interno di reparti e strutture e al suo fattivo contributo alla loro creazione e al loro funzionamento, né cita i suoi lavori, gli unici esistenti in materia, ringraziando invece, in apertura della sua relazione, la Procura generale di Tripoli e la direzione degli Istituti di prevenzione e pena. È infatti – scrive Bravi –

profondamente ingiusto dimenticare qual poco che, nelle condizioni fra le più disagiate e fra difficoltà innumerevoli, è stato fatto in oltre cinque anni nel reparto psichiatrico ospedaliero prima e nello ospedale psichiatrico per mussulmani poi. Né va tralasciato l’accento all’opera dell’ambulatorio per le malattie nervose e mentali che ha ospitato, trattato e curato oltre che

---

<sup>893</sup> “Incidentalmente ricorderò la selvaggia pratica di cura e isolamento dei dementi usata dagli arabi, consistente nel calare gli alienati in pozzi asciutti o profonde buche, e ivi lasciarli”, T. Gatti, *Aspetti antropologici*, cit., p. 430.

<sup>894</sup> Secondo Gatti “è sommamente opportuno e urgente l’inizio del funzionamento dell’ospedale psichiatrico per indigeni di Gargaresc”.

catalogato ed archiviato arabi ed israeliti non solo neuro, ma anche psicopatici. [...] Il personale sanitario che s'interessa di psichiatria in Libia non attende "il futuro ospedale psichiatrico per musulmani" per iniziare la sua opera o per coadiuvare: ha già cominciato da oltre un lustro, continua silenziosamente attraverso le istituzioni esistenti, continuerà ancora, malgrado tutte le avversità, e di una sola circostanza si rammarica: di non poter fare, per le difficoltà continue, di più e meglio, pago che i propri studi non rimangano nella stretta cerchia di questi lidi.

Al di là di questi confronti – tra elogi e critiche – Bravi fornisce anche dati che derivano direttamente dalle proprie osservazioni sulla porzione musulmana degli indigeni libici, in particolare su 48 perizie eseguite nella seconda metà degli anni Trenta; si concentra in particolare sui "rilievi d'ordine psico-patologico" e su alcune "considerazioni medico-legali" conseguenti.

La pratica peritale impone di affrontare tali temperamenti al quesito dell'imputabilità. Poiché questi segni dell'etnopersonalità si sono dimostrati attributi costanti della personalità in esame, è sorto spontaneo il problema dell'affronto di tali profili etnopsichici al quesito dell'imputabilità. Non è possibile ancora, le indagini ancora in corso, offrire una soluzione propedeutica a tale problema [...] L'indagine semiologica sottile, i dati offerti dalla clinica, ed i risultati delle ricerche peritali, diranno quali di tali problemi ora formulati possono trovare una soluzione nella dottrina e nella pratica.

Il criminale musulmano, imputato o condannato, manifesta in sede di interrogatorio peritale alcuni atteggiamenti che derivano direttamente dal "trinomio deficitario oligofrenia-anaffettività-ipobulia"; questi sono:

- a) l'indifferenza postuma per il crimine [...]
- b) l'indifferenza per l'ulteriore destino dell'imputato [...]
- c) l'assenza di ogni tentativo di valutazione etica retrospettiva del reato [...]
- d) la tendenza all'esteriorizzazione etiologica della responsabilità [...]

e) l'insensibilità tenace, quasi generalizzata, per ogni tentativo di penetrazione e d'interessamento da parte del [...] perito.

Mai traspaiono sentimenti di “rimorso, raccapriccio, sdegno, vergogna o terrore per il delitto commesso [...] accenni a resipiscenza o mesta rassegnazione”. Questa indifferenza deve essere considerata come “connaturata” con la personalità musulmana e valutata a questo titolo, senza trasporre cioè la manifestazione di un segno costitutivo-fisiologico nel campo dei sintomi psicopatologici, senza cedere all'idea che un tale atteggiamento sia sintomatico di una psicopatologia, bensì legandolo alla “limitazione etica” e alla “povertà intellettuale” propri dei soggetti appartenenti al gruppo etnico in questione. Se in un individuo europeo “limitazione etica” e “povertà intellettuale” portano ad assimilarlo alla categoria dei frenastenici<sup>895</sup>, tali caratteristiche nel musulmano sono da considerarsi naturali, comuni, diffuse, fisiologiche; la *débilite mentale* o oligofrenia sarebbe dunque la norma del segmento intellettuale nel musulmano<sup>896</sup>. Nuovamente è invocata la deficienza del segmento intellettuale a giustificare l'assenza di ogni elaborazione logica e valutazione etica dell'evento a posteriori; ma non solo: si pone qui un problema ulteriore di deficienza morale. Rispetto a tale atteggiamento s'impone al perito di eseguire “la diagnosi differenziale tra deficit critico e scotoma etico”. Si tratta quindi di deficienza intellettuale, assenza di critica o di cecità morale, insensibilità etica? “Si può parlare di ‘moral insanity’ nella razza araba?” si chiede Bravi. Si delineerebbe così un'ulteriore segno (o sintomo) della fisiologia araba, oltre ai già visti “oligofrenia, anaffettività, ipobulia”<sup>897</sup> questa volta legato al segmento etico. Bravi lascia in sospeso la questione.

Legata all'interpretazione fatalistica degli eventi e all'annientamento della volontà umana di fronte a Dio è l'indifferenza per il proprio destino di imputato:

---

<sup>895</sup> “La limitazione intellettuale e la povertà etica lo pongono sullo stesso piano – se così fosse lecito dire – del frenastenico europeo (frenastenico genuino senza venature imbecilloidi) che in buona fede chiede più con gli sguardi che con le parole al perito, il perché di tanta ostinazione, di tanta insistenza nell'interrogarlo”, VII. *L'impulsività musulmana*, p. 14.

<sup>896</sup> Così scrive Bravi: “Non sempre ci troviamo di fronte ad oligofrenici ad a débiles mentales, per quanto questa sia la regola”, *ivi*, p. 15.

<sup>897</sup> Da notare che le triadi dei segni dominanti variano spesso: mancano qui suggestionabilità, impulsività; altrove si collegano diversamente.

Allah è invocato come giudice supremo e non si notano sentimenti di preoccupazione in merito alle umane decisioni. Anche l'ascrivere responsabilità dei propri gesti a "demoni" esteriori è da mettere in relazione all'annientamento della volontà: l'imputato attribuisce "la colpa a persone, a esseri che non si debbono confondere con lui ma che agiscono in lui", attraverso un "meccanismo demonologico" che, anche una volta smontato, non lascia intervenire la logica razionale.

Il dato dell'impenetrabilità psicologica, come costante del rapporto medico-paziente, si ripropone quando lo psichiatra indossa le vesti del perito: questi si trova di fronte una barriera che impedisce ogni comunicazione, ed è visto come "un intruso, una persona perfettamente inutile che infastidisce con troppe domande" alle quali, per le svariate ragioni esposte sopra, e non ultima l'estraneità dell'europeo "infedele", l'imputato evita di dare risposta.

Le considerazioni di ordine medico-legale non sono rigide, non suonano come conclusioni indiscutibili; una certa dose di empirismo dovrà essere applicata caso per caso, tenendo ben presente che se "l'impulsività criminale è una "componente in campo criminologico dell'impulsività costituzionale propria dell'etnopersonalità musulmana, un appannaggio insomma della sua costituzione psichica, è chiaro che parliamo di anomalia del carattere e non di malattie vera e propria". Ma proprio qui, in questo terreno sdruciolevole tra la norma, l'anomalia, la patologia, il compito dello psichiatra o del perito si fa più complesso: infatti egli può utilizzare criteri di giudizio analoghi a quelli usati per gli imputati europei quando "può essere riconosciuta in via diretta o mediata una derivazione patogenetica da una causa ben definita di natura patologica endogena o esogena". Ma quando l'origine non è patologica, bensì "naturalmente" legata ai segni caratteristici della personalità media, diventa più difficile per il perito stabilire il ruolo della normale personalità e l'influenza di un eventuale deviazione morbosa: "il punto cruciale e drammatico rimane la forma pura d'impulsività costituzionale, per l'esatta determinazione d'interdipendenza segmentaria; nei casi puri e più gravi per la diagnosi differenziale con la così detta pazzia morale".

Se “le difficoltà sono ancora troppo vive e la documentazione è ancor troppo insufficiente perché si possa, allo stato attuale delle nostre conoscenze, parlare di tutto questo”, tracciare “confini” e pronunciare “verità”, alcuni dati restano fermi e indiscutibili: secondo Bravi nella personalità musulmana, un carattere proprio del segmento volitivo, è l’impulsività; dato costituzionale quindi, naturale, che nel campo criminologico – restando “separato da metastrutture patologiche” – si manifesta come altrettanto naturale, non inficiato da stati morbosi. Differenzia i due segni – l’impulsività normale e quella criminale – più l’esito delle azioni che le veicolano, che la causa che le motiva, collocandosi quest’ultima in un sostrato razziale-religioso che si può esprimere ad intensità diverse.

### **L’appello di Bravi “a quanti si occupano di Psichiatria Coloniale”**

In occasione del II Congresso internazionale d’igiene mentale tenutosi a Parigi nel 1937, cui partecipa con una relazione su *L’assistance psychiatrique aux indigènes libyens*, Bravi lancia “un caldo appello a tutti coloro che si interessano, da lungo tempo o nell’ora attuale, alla Psichiatria Coloniale soprattutto nell’Africa del Nord francese al fine di coordinare in futuro gli sforzi clinici statistici e profilattici, per organizzare le ricerche e i risultati in un insieme armonico”. Si tratta, prosegue Bravi di “una coordinazione [...] molto utile per l’intima comprensione di questa parte della Psichiatria clinica, ancora oggi quasi ignota”<sup>898</sup>.

Sarà lui a mettere per primo in atto questa coordinazione, al fine di produrre un quadro comparato *in tema di assistenza psichiatrica agl’indigeni africani mediterranei*<sup>899</sup>. Sebbene l’obiettivo sia limitato e nessun altro sforzo in tal senso sarà intrapreso successivamente, traspare da questa iniziativa la volontà di Bravi di sviluppare il filone della psichiatria coloniale attraverso la collaborazione e lo scambio tra

---

<sup>898</sup> XV. *L’assistance psychiatrique aux indigènes libyens*, p. 4.

<sup>899</sup> XVI. *In tema di assistenza psichiatrica agl’indigeni africani mediterranei. I risultati di un’inchiesta, Comunicazione alla società medico-chirurgica bresciana il 21 settembre 1937*. Nella raccolta dei Venti Frammenti il contributo si interrompe bruscamente a p. 26, nel senso che sono state tagliate erroneamente da chi ha curato l’antologia le pagine conclusive del contributo estratto probabilmente dal «Bollettino della società medico-chirurgica bresciana» dove occupava le pp. 13-26.

psichiatri di nazionalità diversa, collocati in diversi oltremare, senza passare per la madrepatria, dove l'attenzione a questa branca della psichiatria non era precipua. Data la "lacuna nella nostra conoscenza sullo stato attuale dell'assistenza stessa agl'indigeni in quelle regioni", Bravi ha inviato ai colleghi dell'Egitto e di Algeria, Tunisia e Marocco "un brevissimo, scheletrico questionario, che consentisse di offrire uno sguardo panoramico sull'assistenza psichiatrica nordafricana"<sup>900</sup>. Nell'intervento che riassume le risposte ottenute<sup>901</sup> tracciando con dovizia di particolari la storia recente dell'assistenza psichiatrica nei territori vicini alla Libia, sono rinvenibili alcune costanti della psichiatria coloniale nel Nord Africa, sebbene Bravi non le enunci esplicitamente in quanto tali.

Estintasi la tradizione araba dell'assistenza ai malati di mente, che pure era fiorente in quell'area, Bravi rileva che "la ripresa dell'attività assistenziale coincide con l'occupazione da parte degli Europei, non immediatamente, ma nella fase di assestamento e di ordinamento civile", che per la Libia corrisponderebbe al governatorato di Balbo. In Libia inoltre il lavoro dell'alienista parte da una *tabula rasa*: mai i turchi si sarebbero occupati della questione in quell'area remota dell'Impero.

Sottolinea poi che il "rapporto fra criminalità, alienazione mentale, disordini civili e sociali è un *leitmotiv* più volte ripetuto, in tema di assistenza psichiatrica coloniale"; il riferimento è all'alta percentuale degli alienati criminali in Egitto e alle osservazioni di Lwoff e Sérieux in ambito marocchino sui mentecatti che "ingrossano le file dei ribelli, dei mestatori dell'ordine, delle piccole rivolte fra i souks delle città nordafricane [...], vivono sulle banchine dei porti, nei rigagnoli delle viuzze della città vecchia, biascicando preghiere sulla porta delle moschee, oziando insomma per ogni dove"<sup>902</sup>. A tale proposito non vengono fatti riferimenti *en passant* al caso della Libia: si preferisce infatti dedicare al tema interventi specifici,

---

<sup>900</sup> Queste le domande rivolte ai colleghi: "Quando iniziò uno studio ed un'assistenza psichiatrica agl'indigeni? Qual è attualmente lo stato della questione? Quali sono attualmente gli stabilimenti in funzione? Quale ne è l'organizzazione? Quali sono gli studii più perseguiti? Quali cure più frequentemente adottate? Quali si possono considerare gli orientamenti per l'avvenire?", *ivi*, p. 14.

<sup>901</sup> Ringrazia "tutti coloro, primo fra tutti il Prof. Porot della Facoltà di Algeri, che m'aiutarono, per la cortesia con la quale, con lettere e pubblicazioni, hanno risposto alla mia inchiesta, offrendomi un ausilio decisivo all'enunciazione dei risultati", *ivi*, p. 13.

<sup>902</sup> *Ivi*, p. 17.

legati alla criminalità indigena, mentre in nessun luogo Bravi parlerà dei disordini civili e sociali alimentati dagli alienati o da individui pretestuosamente tacciabili come tali nel contesto tripolino da lui conosciuto. Quello della delinquenza e dei disordini in cui sono coinvolti i maghrebini resterà un tema importante specialmente nella psichiatria coloniale francese, soprattutto nella fase in cui la preoccupazione si sposta dal suolo delle colonie per “invadere” quello della madrepatria: con l’immigrazione in Francia quelli che fino a quel momento erano stati definiti tratti specifici – in una costruzione razziale-razzistica – di una personalità “nordafricana” divengono oggetto di timore, di un possibile contagio delle strutture sociali della madrepatria. Per la “quarta sponda” italiana la preoccupazione per la criminalità indigena è viva negli ultimi anni del fascismo, quando si intende promuovere “un’opera di profilassi diretta a migliorare l’individuo e a bonificare l’ambiente, attraverso l’eliminazione di tutto il complesso di abitudini e di tradizioni che possano comunque favorire lo sviluppo di azioni di carattere delittuoso”<sup>903</sup> e si salutano positivamente “gli studi di antropologia criminale nelle Terre dell’Impero [...] diretti a ricercare anzitutto le cause del delitto in rapporto ai caratteri nelle diverse razze ed alle speciali caratteristiche mentali, ed in rapporto al contrasto tra tendenze, abitudini, consuetudini locali e le nuove norme di vita sociale, che s’impongono nell’interesse stesso della loro civilizzazione, che deve riguardare sia la vita materiale che spirituale”<sup>904</sup>.

Infine dal punto di vista dell’organizzazione dell’assistenza psichiatrica, si è perseguita l’impostazione su due linee, quella di soccorso ai casi acuti, con l’istituzione dei reparti ospedalieri e il successivo ampliamento del servizio grazie ai dispensari e agli ambulatori, e quella di assistenza ai cronici, negli ospedali psichiatrici. Questa impostazione viene lanciata da Porot e applaudita e imitata da Bravi quando si trova ad avere in mano di fatto l’organizzazione dei servizi psichiatrici nella Libia di Balbo. Nel nome che si intende dare all’ospedale per pazienti psichiatrici di Tripoli c’è un’affinità tra Bravi e Porot: si chiamerà “Ospedale psichiatrico” e non “manicomio”, in linea con “la tendenza dello

---

<sup>903</sup> Benigno Di Tullio, *Per l’incremento degli studi di antropologia criminale in Italia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 1-16.

<sup>904</sup> Ivi, p. 14.

psichiatra moderno a essere soprattutto e anzitutto un medico, e non un custode di pazzi”<sup>905</sup>. Già Porot nel 1933, all’epoca della costruzione dell’Ospedale psichiatrico di Blida in Algeria, insisteva su questo punto con le seguenti parole: “Teniamo al nome di Ospedale psichiatrico [...] perché il vecchio nome di Asile d’aliénés evoca una concezione falsa e superata dell’Assistenza a questa categoria di malati”<sup>906</sup>. Ma sarebbe fuorviante limitare la corrente di scambio e comune approvazione di questa tendenza a Porot e a Bravi: Toulouse in Francia e Leonardo Bianchi e altri in Italia lavoravano da oltre un decennio sul problema dei “cronicari” e della stigmatizzazione dei loro internati. Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, Bravi mutua da Porot anche spunti teorici che sviluppa nei suoi *Frammenti*. È su questo terreno che Bravi vorrebbe una più stretta collaborazione, per approfondire lo studio comparato della fenomenologia psicologica e psicopatologica delle popolazioni maghrebine. Riprendendo le caratteristiche attribuite da Porot ai musulmani<sup>907</sup> – suggestionabilità, impulsività, anaffettività – compara quella che chiama l’etnoperpersonalità musulmana all’israelita, caratterizzando gli ebrei del nord Africa come irrequieti, ansiosi, affettivi. È dunque nello studio comparato della fenomenologia psicologica e psicopatologica delle etnie che abitano il Maghreb, che Bravi segue il collega che opera in Algeria, ed è su questo che lo invita – insieme agli altri psichiatri coloniali dell’area – a una più stretta cooperazione. Di fatto in Libia Bravi è da solo ad occuparsi di questi temi: gestisce l’ospedale psichiatrico per Libici, il reparto psichiatrico ospedaliero, il dispensario; fa il perito ed il consulente; non ha assistenti né collaboratori, non può contare su strutture universitarie né ha colleghi con cui condividere l’argomento. In Bravi non c’è nessuna volontà di perseguire un disegno autarchico<sup>908</sup>, di primeggiare tra i colleghi stranieri, o di esaltare la scienza o le realizzazioni italiane, come il clima che si respira in quegli anni nell’Italia fascista poteva lasciar pensare. Il suo intendimento è bensì quello di sviluppare una scienza

---

<sup>905</sup> XX. *L’ospedale psichiatrico per libici*, p. 27.

<sup>906</sup> A. Porot, *L’assistance psychiatrique en Algérie et le futur Hôpital psychiatrique de Blida*, «L’Algérie médicale», 65, 1933, p. 86-92.

<sup>907</sup> A. Porot, *Notes de psychiatrie musulmane*, cit.

<sup>908</sup> Nel discorso pronunciato da Emilio Padovani, segretario della società italiana di psichiatria, al congresso napoletano del 1937, il raffronto della situazione della psichiatria in Libia e nel Maghreb francese trova spazio all’interno di una retorica nazionalistica. Cfr. il paragrafo successivo del presente lavoro.

autonoma, una branca – è vero – della psichiatria, ma che possa alimentarsi grazie ai contributi di psichiatri attivi, come lui, nelle colonie, mirando a costituire un network di clinici e teorici “periferici”, rispetto alle metropoli, e rispetto ai temi che più stavano a cuore alla psichiatria metropolitana, anche se è noto come il tema della “razza” fosse sempre più centrale in Italia, e quello della “delinquenza maghrebina” in Francia.

## 2.5. Tra anni Trenta e Quaranta: l'assistenza psichiatrica in loco

### L'organizzazione psichiatrica libica al Congresso italiano di psichiatria del 1937

In occasione del XXI Congresso della Società italiana di Psichiatria, tenutosi a Napoli nel 1937 (22-25 aprile), il segretario della Società, dottor Emilio Padovani, allora direttore dell'Ospedale psichiatrico di Rovigo, presenta una breve relazione su *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d'Africa*<sup>909</sup>, ove si sofferma in particolare sulla colonia libica, sui progetti di assistenza psichiatrica per essa contemplati (ma nel 1937 non ancora realizzati) e infine sul ruolo lì ricoperto nel campo psichiatrico dal dottor Angelo Bravi. Queste le parole di Padovani:

Per il momento il problema è più urgente per la Colonia Libica<sup>910</sup>, che ha oramai raggiunto una completa organizzazione civile e politica. Il Governo ha già avvistato il problema e la sua importanza, prima incaricando il Prof. Agostini per lo studio di esso e per i provvedimenti da prendere, poi incaricando della stessa bisogna anche il Prof. Boschi di Ferrara, che ha potuto presentare a S. E. il Governatore Balbo un completo progetto di assistenza dei malati di mente<sup>911</sup>.

L'obiettivo è di impiantare un sistema capillare e differenziato sul territorio e i medici coloniali, militari e civili, dovranno perciò avere una preparazione specifica anche in campo psichiatrico:

---

<sup>909</sup> Emilio Padovani, *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d'Africa*, in Id. (a cura di), *Atti del XXI congresso della società italiana di psichiatria, Napoli 22-25 aprile 1937*, Poligrafia reggiana, Reggio Emilia, 1938, pp. 621-623.

<sup>910</sup> Si intende rispetto all'Africa Orientale Italiana, per cui il problema sarebbe meno urgente: "Analogo potrà essere la soluzione del problema assistenziale psichiatrico per l'Africa O. I. che per ora, in attesa di una più profonda organizzazione civile e politica, può essere svolto con capacità dalle organizzazioni ospedaliere civili e militari esistenti", *ibidem*.

<sup>911</sup> *Ibidem*.

Occorre cioè istituire nei due principali centri della Libia – Tripoli e Bengasi – dei centri psichiatrici, forniti di un centro ospedaliero proprio costituito sull'esempio degli Ospedali Psichiatrici metropolitani, e irraggiare tutta una rete di piccoli servizi di profilassi mentale e di depistamento dei malati di mente nei centri minori più o meno lontani, al caso dotando i più lontani di piccole sezioni ospedaliere di isolamento e cura dei malati acuti, in attesa, per quelli che non guariscono con una breve degenza, della possibilità del trasporto negli ospedali regionali maggiori. Occorre perciò dotare anche i medici, sieno civili o militari, di una maggiore conoscenza delle affezioni mentali, che sappiamo per prova non essere di solito troppo profonda, al caso richiedendo come titolo un servizio ospedaliero psichiatrico sia pure della durata di qualche mese.

Nella sua breve relazione, Padovani non manca di fare riferimento alla Francia, la “sorella latina” che Scabia aveva elogiato nel 1912 per la presunta maggiore umanità verso i malati mentali indigeni e per la sollecitudine nel trattare il problema psichiatrico nelle sue colonie, riferendosi a quella data all'inaugurazione dell'ospedale psichiatrico di Tunisi<sup>912</sup>; lo fa però criticandola, con una retorica nazionalista che non rispecchia la realtà dei fatti, servendosi di espressioni quali “Non sono tutte rose quelle che colà fioriscono” o ancora “il sistema si è dimostrato assolutamente insufficiente e noi dobbiamo fare tesoro della esperienza francese per non ripeterne gli errori”. La Francia funge quindi da modello in negativo, da esempio da superare, per fornire un servizio efficiente di assistenza psichiatrica, evitando che la maggior parte dei casi psichiatrici sfugga all'internamento e scongiurando altresì il trasferimento in madrepatria di un numero eccessivo di pazienti indigeni. Secondo Padovani infatti

Se guardiamo quanto ha fatto la Francia per le vicinissime colonie di Algeria e di Tunisia, vediamo, seguendo un rapporto presentato dal Dott. Porot alla seduta del 25 maggio 1936 della Società medico-Psicologica di Parigi, che [...] fino al 1911 non c'era in Tunisia nessun Ospedale Psichiatrico specializzato: un piccolo padiglione cominciò a funzionare nel

---

<sup>912</sup> L. Scabia, *Alcuni cenni storici*, cit., p. 22.

1912 presso l'Ospedale francese di Tunisi. Poi le cose vennero alquanto migliorate; con tutto ciò, benché le formalità d'ammissione fossero ridotte al minimo, il Porot ritiene che i 4/5 dei malati di mente tunisini sfuggano all'internamento.

Prosegue riferendosi all'“ancor più lamentevole” caso dell'Algeria, dove “non vi sono che una sessantina di cosiddette camere di isolamento, ripartite negli ospedali delle città più importanti, che accolgono i malati di mente algerini, in attesa che possano essere evacuati nei manicomi metropolitani, quando questi possano accoglierli. Il numero di tali malati evacuati è giunto a 1500”. Le parole di Padovani mostrano un'inclinazione nazionalistica, insieme al tono denigratorio che supera l'approvazione per le opere compiute dagli psichiatri francesi nelle colonie del Nord Africa.

Ben diverso è l'atteggiamento di Bravi nei confronti di Porot e della sua attività, alla quale lo psichiatra italiano affermerà a più riprese di ispirarsi. Come abbiamo visto, c'è anzi un desiderio di far sbocciare la “psichiatria coloniale” come “etnopsichiatria” o psichiatria comparata, che, per essere davvero comparata e il più possibile completa, deve implicare un'unione delle forze degli psichiatri impegnati su questo fronte.

L'intervento presentato da Padovani di fronte al Congresso della Società italiana di Psichiatria – nell'anno successivo alla cruciale e tormentata “fondazione dell'impero africano” da parte di un'Italia assillata dal bisogno di prestigio e di autarchia, di grandezza e affermazione a diverse latitudini – si conclude con un riconoscimento dell'opera di Bravi. Padovani ha avuto occasione di conoscerlo proprio in relazione a questa sua comunicazione al congresso<sup>913</sup> e di accostare, tra i primissimi lettori, i suoi *Frammenti di psichiatria coloniale*, volume dal “titolo troppo modesto” in cui Bravi ha raccolto i suoi studi, e volume, allo stesso tempo, dalla circolazione troppo circoscritta: anche se non siamo in grado di valutare quante copie ne avesse stampate la tipografia bresciana nel 1937, né come la distribuzione

---

<sup>913</sup> La “comunicazione preventiva” di Padovani è breve e si ferma in superficie, proprio in ragione del fatto che “il problema psichiatrico coloniale è stato da Bravi approfondito in ogni sua parte” nei *Frammenti*.

avesse avuto luogo, privilegiando quali destinatari (riviste specialistiche, italiane o estere, che ne avrebbero poi prodotte delle recensioni, biblioteche di manicomi, professionisti psichiatri o alienisti), possiamo ad oggi affermare che Antoine Porot, a capo dell'*Ecole d'Alger*, ne ricevette una copia, redigendo una recensione elogiativa, anche se di dimensioni ridotte, sugli «Annales médico-psychologiques»; altre copie furono ricevute e recensite da Tommaso Senise, medico presso la Clinica neuropsichiatrica dell'Università di Napoli sotto la guida di Onofrio Fragnito; da Ettore Patini, psichiatra napoletano allievo di Leonardo Bianchi, poi docente presso l'Istituto di psicologia di Firenze<sup>914</sup>; da Raffaele Onorato, ex direttore dell'Ospedale coloniale "Vittorio Emanuele III" di Tripoli e fondatore dell'«Archivio italiano di scienze mediche coloniali». Possiamo altresì affermare che i *Frammenti di psichiatria coloniale*, non presenti nel catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale, sono conservati, a mia conoscenza, solo presso due biblioteche in tutto il panorama delle biblioteche italiane (quella degli Spedali Civili di Brescia: Bravi compose tale opera proprio a Brescia nell'anno in cui lavorò al manicomio di quella città; e quella del Collegio Ghislieri di Pavia, con il quale Bravi, per affetto e riconoscenza verso l'istituzione e il suo direttore, prof. Pietro Ciapessoni, rimase sempre in contatto)<sup>915</sup>; il che fa pensare ad una circolazione estremamente ridotta, forse perché ristretta era la cerchia dei potenziali interessati, forse perché la materia non riscuoteva interesse "scientifico" tra gli psichiatri e gli alienisti che lavoravano negli ospedali e nei manicomi del Regno, per i quali i problemi più urgenti erano altri.

---

<sup>914</sup> Cfr. Patrizia Guarnieri, *Senza Cattedra. L'Istituto di Psicologia dell'Università di Firenze tra Idealismo e Fascismo*, Firenze University Press, Firenze 2012.

<sup>915</sup> Va qui ricordato che quasi tutti gli Ospedali psichiatrici del Regno possedevano una biblioteca; non è da escludere che taluna di esse possedesse (o possieda tuttora) il volume dei *Frammenti* di Bravi. Non tutte le collezioni librarie e di periodici possedute dai diversi istituti sono state recuperate, non tutte sono state catalogate, oppure gli eventuali cataloghi non sono disponibili. La Biblioteca dell'ex Manicomio Leonardo Bianchi, ad esempio, è molto ricca, ma rimane un tesoro nascosto e sconosciuto, difficilmente accessibile e perciò scarsamente sfruttato.

## **Gli istituti di prevenzione e pena e l'Ospedale psichiatrico**

Se nel capitolo sugli esordi dell'assistenza psichiatrica in Libia abbiamo visto come si fossero mossi i medici e gli amministratori appena giunti in Tripolitania per tentare d'impiantarvi un servizio di assistenza psichiatrica – rinunciandovi di fatto, scegliendo di inviare i pazienti, indigeni e nazionali, all'Ospedale di Palermo – proviamo nelle pagine che seguono a individuare altri momenti salienti della storia della psichiatria nella colonia libica. Ci aiuteranno in questo gli scritti di Angelo Bravi, attivo in Libia nella seconda metà degli anni Trenta, mosso da forte interesse scientifico e curiosità, volontà di ricostruzione storico-critica di quanto ha preceduto il suo arrivo nonché di costruzione ex novo di un sistema di assistenza psichiatrica degno della cosiddetta missione civilizzatrice proclamata e agita dal colonizzatore europeo, nel cui quadro anche l'impresa libica – a maggior ragione nella sua fase “ordinata” e “strutturata” del governatorato di Balbo – si inserisce a pieno titolo.

Secondo la ricostruzione di Bravi, “nel 1911 non risulta vi fossero reparti di osservazione per malattie mentali nell'Ospedale civile di Tripoli e, malgrado le ricerche bibliografiche non fu possibile rintracciare elementi o spunti di elementi sull'assistenza psichiatrica in Libia”; noi sappiamo che vi lavorarono Placido Consiglio e Luigi Scabia nel 1912, ma senza ottenere i risultati sperati e, come pare evidente anche dalle parole di Bravi, senza lasciare un segno duraturo e incisivo della loro seppur breve attività. Trascurati il campo assistenziale e quello clinico, certo non ci si poteva attendere che in quegli anni i medici si dedicassero a raccogliere dati di sorta sulle pratiche terapeutiche in uso presso gli indigeni: “Alcuno – afferma Bravi – ha lasciato indicazioni attendibili sull'organizzazione empirica, esercitata dai libici nelle famose fosse dove venivano tenuti in reale segregazione i malati più clamorosi”. Lo psichiatra lombardo porrà invece una certa attenzione agli usi locali, sia in chiave comparata (concezioni e tecniche europee/indigene; concezioni e tecniche musulmane e israelitiche) sia come pura curiosità antropologica in grado di aggiungere elementi per spiegare le diverse concezioni della malattia mentale, in una scala discendente che dalla scientificità muove verso la superstizione, dove il culmine è rappresentato dalla disciplina psichiatrica e dalla tecnica manicomiale

europea. Negli anni che hanno preceduto il suo arrivo in Libia, tutto ai suoi occhi mancava: “Organizzazione scientifica no; organizzazione clinica nemmeno; organizzazione empirica, ignorata dalle autorità, non studiata dai medici, perduta nel silenzio delle tradizioni locali, senza un tentativo di ripresa o d’ascesa purchessia”.

Se non vi era nessuna figura – di medico, antropologo o amministratore – che si fosse data da fare in vista di uno studio etnologico “sul campo” delle concezioni e degli usi indigeni rispetto alla malattia mentale e se, a livello di organizzazione sanitaria, non si può dire che la questione dell’assistenza psichiatrica riscuotesse grande interesse presso la direzione dei servizi sanitari del municipio di Tripoli (visto che già nel 1912 venne stabilito di trasferire pazienti “indigeni” e “nazionali” al manicomio di Palermo), si dovette attendere che l’istanza di custodia e cura dei pazienti psichiatrici venisse da un’istituzione di altro tipo: ovvero dalla Direzione superiore degli Istituti di prevenzione e pena. È infatti nell’ambito latamente giudiziario e di ordine pubblico prima che in quello sanitario e di assistenza alle popolazioni che dobbiamo ricercare le origini e le motivazioni dell’attivazione di una specifica assistenza psichiatrica in loco.

Nel 1932 il direttore degli Istituti di prevenzione e pena della Libia, Francesco De Sisti, propone l’istituzione di un Ospedale psichiatrico che ricopra essenzialmente la funzione di luogo di custodia per pazzi criminali indigeni. Relativamente a questi primi propositi non abbiamo *purtroppo* reperito alcun documento da cui trarre maggiori informazioni: né sulla concezione di un tale progetto, sui contenuti precisi e sugli obiettivi che esso intendeva portare avanti, ovvero a quali finalità e urgenze intendesse rispondere, né sulle discussioni – chiuse e strettamente amministrative o magari più aperte a un pubblico di esperti (direttori di carceri, giuristi, psichiatri) – che potevano essere sorte, in Italia e in Libia, intorno ad esso.

Tale indirizzo è promosso a partire dal 1934 anche dal procuratore generale della Libia, Cesare Tallarigo. Scrive Bravi:

È senza dubbio grazie all'attuale procuratore generale del re per la Libia Tallarigo che la questione è stata presentata nella sua essenza al governo e che per ragioni legate ai costumi, alla religione, all'alimentazione, è stata avanzata e fatta valere la necessità di istituire e costruire un'istituzione psichiatrica per gli indigeni libici, costruita secondo la concezione dell'ospedale moderno e che comprende una sezione d'osservazione, una sezione per criminali e le divisioni classiche dei manicomi<sup>916</sup>.

L'idea di creare un manicomio per indigeni si colloca all'interno di un piano ben più vasto che contempla diverse tipologie di "Istituti di prevenzione e pena", dal carcere, al centro di rieducazione per minori, al manicomio. Un saggio dei criteri allora in voga per questo genere di istituzioni è esposto in una breve ma efficace descrizione del "Carcere giudiziario di Tripoli"; nel nuovo carcere, ultimato nel 1935, spiccano i parametri della divisione (per genere, generazione, razza, ascrizione al mondo civile o militare) o del "decentramento". La prigione era:

un vasto edificio (20.000 metri quadri di superficie), costruito con criteri moderni e rispondente alle più ampie esigenze, [...] sorto in pochi mesi. Esso è diviso in quattordici padiglioni, alcuni congiunti da corridoi, altri isolati da cortili. Questi ultimi sono quelli che costituiscono la sezione per minorenni, quella femminile, quella per metropolitani, quella per ebrei, quella per militari e ciò in omaggio al criterio del decentramento, generalizzato ormai al campo delle costruzioni ospedaliere e di quelle carcerarie che tendono entrambe alla profilassi, alla terapia e alla bonifica sociale<sup>917</sup>.

Analoghi saranno i criteri adoperati per concepire e costruire l'Ospedale psichiatrico per Libici con annessa sezione criminale, come vedremo nelle descrizioni che di esso forniscono Angelo Bravi, Francesco De Sisti e Tancredi Gatti. Tale manicomio, "normale" e "giudiziario", fa parte a sua volta di un

---

<sup>916</sup> XV. *L'assistance psychiatrique aux indigènes libyens*, p. 3.

<sup>917</sup> Tancredi Gatti, *I nostri stabilimenti. Gli istituti di prevenzione e di pena della Libia*, «Rivista di diritto penitenziario», 1941, pp. 417-428.

sottoinsieme nella vasta organizzazione degli Istituti di prevenzione e pena: esso è infatti affiancato da altri due istituti con cui condivide l'area edificata in località Gargaresch, alla periferia occidentale di Tripoli, ed alcuni servizi centralizzati.

L'iniziale progetto De Sisti per l'organizzazione dell'articolato piano delle strutture di prevenzione e pena viene approvato, nelle sue linee generali, dal direttore del manicomio di Ferrara, Gaetano Boschi, chiamato nel 1935 dal governatore Italo Balbo in veste di consulente su questioni di sua precipua competenza<sup>918</sup> che “contribuì sia a livello di ispirazione teorica che di progetto concreto”<sup>919</sup>. Secondo la ricostruzione di Bravi, Boschi ritenne “di dover estendere ai civili i vantaggi dell'assistenza e della cura psichiatrica, onde il Progetto Boschi contempla appunto un Ospedale psichiatrico per Libici con sezione criminale”, ampliando le funzioni della struttura concepita nel piano De Sisti. Anche su questo punto, ossia sull'intervento di Boschi – cui viene affiancato anche l'allora direttore del manicomio di Perugia Cesare Agostini – non siamo stati *purtroppo* in grado di reperire nessun genere di materiale documentario: né lettere o documentazione presso le famiglie degli eredi Boschi<sup>920</sup> e Agostini, quasi a testimoniare che tale progetto ha costituito una parentesi minima all'interno della loro carriera di alienisti e questo ruolo di consulenti è passato in secondo piano; né progetti o relazioni scritte presso l'Archivio Centrale di Stato o l'Archivio del Ministero degli Affari Esteri, nei fondi frammentari e sparsi del soppresso ministero dell'Africa italiana, a conferma di un interesse scarso, o forse solo di un'attività di scarto effettuata con criteri non limpidi dalla commissione incaricata nel 1956 di riorganizzare le carte del soppresso ministero<sup>921</sup>. Forse documenti utili alla ricostruzione di quest'iter che va

---

<sup>918</sup> Cfr. A. Bravi, XX. *L'ospedale psichiatrico per Libici*. “Nel piano d'organizzazione penitenziaria, il direttore superiore degli istituti di prevenzione e pena, comm. Dr. Desiati (sic), avea posto pure l'istituzione di un ospedale psichiatrico, con funzioni di manicomio giudiziario per Libici, sin dal 1932. A tale istituzione prestò le sue personali cure l'allora Procuratore generale del re, Comm. Dr. Tallarigo, nell'aprile 1935, il professor Gaetano Boschi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Ferrara, chiamato come consulente dal maresciallo Balbo, approvò il progetto, ma ritenne di dover estendere ai civili i vantaggi dell'assistenza e della cura psichiatrica”.

<sup>919</sup> XV. *L'assistance psychiatrique aux indigènes libyens*, p. 3.

<sup>920</sup> La nipote di Gaetano Boschi, Eleonora Farina ricorda che il nonno effettuò con la moglie un viaggio a Tripoli negli anni del Governatorato di Balbo, ma nessun documento è in grado di collocare questo viaggio o di fornirne le precise circostanze.

<sup>921</sup> Cfr. Antonio Maria Morone, *I custodi della memoria. Il Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa*, «Zapruder. Rivista di storia della conflittualità sociale», 23, 2010, pp. 24-38.

dal 1932 al 1939, ricoprendo larga parte degli anni Trenta e soprattutto gli anni di maggior “fervore” imperiale che, seppur proiettato sull’Africa orientale, anche in Libia si concretava nella fase delle grandi opere, sono andati perduti o giacciono in qualche stanza adibita ad archivio dell’ex ospedale psichiatrico per libici che gli italiani hanno inaugurato nel 1939 a Gargaresch, nella primissima periferia di Tripoli, e che tuttora funziona come vero e proprio, miserando e sovraffollato, “manicomio”. Mi permetto un ultimo “*purtroppo*”: anche se era nei miei programmi un viaggio per visitare tale manicomio e consultare il materiale eventualmente ivi conservato, esso non ha potuto essere effettuato per ragioni di instabilità politica del paese, a pochi mesi dalla morte di Gheddafi e poche settimane prima delle elezioni politiche del luglio 2012. Non è detto che presso il manicomio, come mi è invece stato ventilato da uno psichiatra vi lavora, le carte del periodo italiano esistano tuttora; se esse ci fossero, tuttavia, ci permetterebbero una ricostruzione più precisa dei passaggi che portano alla costruzione del manicomio, ma soprattutto, esulando dalle vicende di “progettazione” e “inaugurazione” della struttura, ci consentirebbero di gettare lo sguardo sulla vita dei pazienti, attraverso le cartelle cliniche, i dossier amministrativi di ciascuno di essi, per ricostruirne le traiettorie e per meglio penetrare i criteri, le tecniche e le scelte di cura e custodia di volta in volta perseguite dagli psichiatri e dagli infermieri.

### **La direzione del reparto psichiatrico ospedaliero per nazionali e il manicomio per libici**

Alla metà degli anni Trenta dunque, mentre il progetto per l’ospedale psichiatrico per Libici viene perfezionato e si inizia la costruzione di tale struttura manicomiale, “per i nazionali veniva iniziata una costruzione separata dall’Ospedale coloniale principale che avrebbe dovuto servire per l’osservazione di 23 nazionali”<sup>922</sup>; si tratta del reparto psichiatrico ospedaliero che entrò in funzione nel

---

<sup>922</sup> XX. *L’Ospedale psichiatrico per Libici*.

novembre 1936, accogliendo in realtà, in attesa dell'ultimazione del manicomio per indigeni a Gargaresch, sia libici che nazionali, in un numero ben superiore a quello previsto, giungendo a ospitare un centinaio di pazienti a metà del 1939<sup>923</sup>.

Nel 1935 il *Governo della Libia* – non è chiaro in quale delle sue diramazioni amministrative<sup>924</sup> – aveva sottoposto al Ministero delle colonie una proposta di strutturazione dell'organigramma dell'Ospedale coloniale principale di Tripoli. Tale assetto comportava un direttore (per cui un concorso era già stato bandito nel 1932), quattro primari e quattro “aiuti” con la denominazione di “medici capi reparto”, incaricati di dirigere il reparto delle malattie infettive, quello otorinolaringoiatrico, quello radiologico e quello dermoceltico. Alla proposta del Governo della Libia, la *Direzione Generale per l'Africa settentrionale* – una delle dieci Direzioni di cui si componeva il Ministero delle Colonie e suddivisa a sua volta in tre uffici: affari politici, affari generali e amministrativi, affari economici e finanziari – “ha ritenuto opportuno aggiungere un medico capo reparto per malattie nervose e mentali, già richiesto a suo tempo ed indispensabile soprattutto in casi di accertamenti medico legali sullo stato mentale di determinati soggetti”<sup>925</sup>. Non è chiaro a quale occasione faccia riferimento l'espressione “già richiesto a suo tempo”: chi avrebbe avanzato la richiesta di creare o rinnovare un reparto nervosi mettendovi a capo uno specialista in malattie neuropsichiatriche, e quando tale esigenza sarebbe stata espressa? Più chiara invece l'istanza relativa alla presenza di una figura in grado di fornire perizie legali su taluni soggetti, più coerente con le

---

<sup>923</sup> “La parte indigena si deve come ideazione primitiva, al Procuratore generale del Re per la Libia, Tallarigo, mentre per la parte nazionale, si deve al direttore dell'Ospedale coloniale di Tripoli l'organizzazione della sezione manicomiale per nazionali”, XVI. *In tema di assistenza psichiatrica agli indigeni africani mediterranei*, p. 25.

<sup>924</sup> Anche se sappiamo che di lì a pochi mesi, nel dicembre 1935, si andarono definendo i ruoli e i compiti delle autorità sanitarie, con l'istituzione di un Consiglio Coloniale di Sanità e un Ufficio Centrale di Sanità. Cfr. Relazione del Ministero delle Colonie - Direzione generale Africa settentrionale - Uff. II Affari Civili, con oggetto: *Regio Decreto concernente la regolamentazione del servizio sanitario presso il Regio Governo e i Commissariati provinciali della Libia*.

<sup>925</sup> Cfr. anche il testo del parere del Consiglio Superiore Coloniale: “L'organizzazione dell'ospedale [...] secondo le proposte del Governo della Libia, modificate dal Ministero, consisterebbe in un posto di Direttore, quattro posti di primario e sei di aiuto con la denominazione di capo reparto e cioè quattro proposti dal Governo della Libia (malattie infettive, otorinolaringoiatrico, radiologico e dermoceltico) a cui il Ministero ha ritenuto opportuno aggiungere un medico capo reparto per malattie nervose e mentali ed uno per reparto di ricovero dei tubercolotici”, ASDMAE, Fondo Ministero Africa Italiana, Consiglio Superiore Coloniale, b. 21.

esigenze di ordine pubblico, in un contesto, come quello coloniale, dove il sistema giuridico importato faticava ad imbrigliare quello locale e dove il giudizio di valore o etico su determinati episodi di violenza o follia poteva essere diverso da quello unanimemente condiviso in un contesto occidentale, o ancora dove il crinale tra normalità e anormalità, tra appropriatezza dei comportamenti ed atteggiamenti o gesti folli poteva avere interpretazioni e risvolti non pacifici da comporre.

Il capo dell'Ufficio del personale del Ministero delle colonie proponeva dunque al ministro – Mussolini stesso il 16 gennaio 1935 aveva assunto la direzione del ministero, così centrale nel momento preparatorio dell'attacco all'Etiopia – gli schemi dei bandi, che saranno in seguito sottoposti al parere del Consiglio Superiore coloniale, per i concorsi – in deroga al contratto-tipo<sup>926</sup> – per ricoprire i sei posti di medico capo reparto, in base ad alcuni criteri cardine:

Limite massimo di 40 anni di età salvo i prolungamenti di legge; almeno cinque anni di esercizio professionale; tre anni di lodevole servizio in un posto di ruolo conseguito per pubblico concorso presso un Regio Istituto clinico universitario od altro pubblico istituto clinico sanitario con oltre 100 letti, in un reparto corrispondente al servizio per cui è bandito il concorso.

Nella fattispecie, al concorso per il posto di “medico capo reparto neuropsichiatrico”, potevano partecipare “tutti i sanitari che con i documenti presentati dimostrino di non aver superato l'età di anni 40 alla data del presente decreto<sup>927</sup>; di aver conseguito la laurea di medicina e chirurgia in una delle Regie università del Regno; di avere un periodo di esercizio professionale non inferiore ad anni 5 e di avere prestato servizio, [...] presso una regia clinica neuropsichiatrica o presso un manicomio del Regno”. Nel testo del bando si afferma inoltre che “la

---

<sup>926</sup> Nel caso del capo reparto neurologico a questo proposito il preambolo del bando così recita: “Considerato che, trattandosi di tecnico che deve disimpegnare funzioni di particolare responsabilità ed importanza, si rende necessario provvedere alla sua nomina mediante scelta da effettuarsi per mezzo di pubblico concorso ed a particolari condizioni, in deroga alle norme vigenti per la assunzione del personale a contratto, giusta quanto previsto dall'art. 22 del contratto tipo, approvato col citato decreto 30 aprile 1929, n. 129”.

<sup>927</sup> Vi è una deroga a tale limite “per coloro che risultino regolarmente iscritti ai fasci di combattimento senza interruzione da data anteriore al 28 ottobre 1922” e per “i medici coloniali che abbiano prestato servizio effettivo per almeno sei anni negli ospedali o nelle infermerie coloniali”.

nomina sarà fatta per un sessennio, ma il primo anno di servizio verrà considerato a titolo di prova<sup>928</sup>; il vincitore sarà iscritto al grado sesto del personale, con la possibilità di aumenti periodici come previsti dal contratto tipo; lo stipendio iniziale è di 16.700 lire, cui va aggiunta “un’indennità di servizio attivo di 3.700 lire”, nonché “un’indennità coloniale nella stessa misura di quella concessa agli impiegati di ruolo della Colonia”; al vincitore sarà “consentito il libero esercizio professionale, compatibilmente con le necessità del servizio”. La commissione esaminatrice sarà presieduta dal segretario generale di colonia e costituita da due funzionari della carriera direttiva coloniale, dal funzionario della sanità pubblica capo del servizio sanitario del Ministero delle Colonie, da un ufficiale superiore medico del Regio Esercito, da due docenti della specialità presso una delle facoltà mediche Universitarie del Regno.

La documentazione da cui ho tratto le citazioni che precedono, relativa ai concorsi per i sanitari da inviare nella “Quarta sponda” nella fase riorganizzativa inaugurata dal governatorato di Balbo, è conservata presso l’Ufficio storico diplomatico del Ministero degli Affari Esteri, nel fondo del Consiglio Superiore Coloniale<sup>929</sup>. Purtroppo in tale fondo non sono conservate le pratiche relative ai

---

<sup>928</sup> “A tutti gli effetti dell’art. 2 del contratto tipo”.

<sup>929</sup> “Il Consiglio Superiore Coloniale fu istituito presso il Ministero delle Colonie con R.D. 3 dicembre 1922, n. 1817, che gli attribuì, a partire dal primo gennaio 1923, tutte le funzioni fino allora esplicate dal “Consiglio coloniale per gli affari dell’Eritrea e della Somalia” e del “Comitato superiore amministrativo per la Tripolitania e la Cirenaica”, i quali vennero soppressi. Quale massimo organo consultivo, il Consiglio Superiore Coloniale doveva esprimere il parere su tutti i provvedimenti, compresi gli atti di Governo, riferentisi all’amministrazione dei territori coloniali. Inizialmente era composto dal Sottosegretario di Stato alle colonie in qualità di Presidente e da 18 membri rappresentanti rispettivamente il Parlamento (2 per ciascuna Assemblea legislativa), il Consiglio di Stato (2), la Corte dei Conti (1), l’Avvocatura generale erariale (1), il Consiglio superiore dei Lavori Pubblici (1), il Ministero degli Affari Esteri (1), il Ministero delle Finanze (1) e il Ministero delle Colonie (3) con l’aggiunta di esperti estranei all’Amministrazione (4). Con decreti successivi al 1930 il numero dei membri venne aumentato con l’immissione dei rappresentanti di altri Ministeri e amministrazioni statali, lasciando sostanzialmente inalterato il numero iniziale. Il R. D: 7 aprile 1927, n. 467 strutturò il Consiglio Superiore Coloniale in tre sezioni, alle quali fu demandato l’esame delle seguenti materie: I – Affari giuridici ed amministrativi; II – Affari economici e finanziari; III – Affari relativi all’organizzazione militare delle colonie ed affari vari non compresi nella competenza delle prime due sezioni. Contemporaneamente venne costituito l’Archivio. Il Consiglio Superiore Coloniale terminò di operare nel settembre del 1939, avendo il R.D.L. 6 febbraio 1939, n. 478 istituito la “Sezione consultiva del Consiglio di Stato per gli affari relativi all’Amministrazione dell’Africa Italiana”, che ne assorbì le competenze. L’archivio rimase presso il ministero dell’Africa Italiana, del quale seguì le vicissitudini sia durante il periodo bellico, sia in epoca posteriore. Dopo la soppressione del Ministero dell’Africa Italiana (L. 29 aprile 1953, n.

concorsi (il materiale inviato dai candidati, i pareri della commissione, il risultato finale) ma solamente i testi dei bandi ed eventuali pareri di modifica da parte del Consiglio Superiore Coloniale; ugualmente, nel fondo della Direzione del personale del Ministero dell’Africa italiana, conservato in maniera frammentaria presso l’Archivio centrale di Stato, non è stato possibile rinvenire le pratiche relative al concorso in oggetto. Un’indicazione utile ci giunge però dalle pratiche relative a un altro concorso, quello per medici “specialisti per l’A.O.I.” del 1937; la documentazione ad esso relativa è conservata presso l’Archivio centrale di Stato, nel fondo “Ministero Africa Italiana, Direzione generale AA.CC., Ispettorato sanità”<sup>930</sup>. Tra i tre “specialisti malattie nervose” che partecipano al concorso del 1937 per prestare servizio nella neonata Africa Orientale Italiana<sup>931</sup>, “il dottor Broggi aveva presentato istanza per partecipare al concorso di medico Capo Reparto Neuropsichiatrico nell’ospedale coloniale principale di Tripoli, *concorso rinviato*; e riproduce la domanda per assunzione quale medico capo reparto interino o incaricato per lo stesso ospedale e fino ad espletamento del concorso”<sup>932</sup>. Quest’annotazione nel dossier relativo al neuropsichiatra di scuola senese che, fallita l’ipotesi di lavoro nell’ospedale di Tripoli, è ora pronto a partire per l’Africa orientale, ci rende noto che il concorso per il posto di “medico capo reparto neuropsichiatrico” dell’ospedale coloniale principale di Tripoli – il cui bando era già pronto nell’estate del 1935 – non ebbe mai luogo, o meglio si ritenne di “rinviarlo”. Esso fu in una certa misura – vedremo tra poco in che modo e per quali ragioni – sostituito da un concorso successivo, la cui documentazione preparatoria (dell’estate 1937) è anch’essa conservata nel fondo del Consiglio Superiore Coloniale, presso il Ministero degli Affari Esteri. Si tratta del “Concorso a posto di medico psichiatrico direttore del manicomio per indigeni con annessa sezione criminale e dell’istituto carcerario per minorati fisici e psichici per il Governo della Libia”; il vincitore di tale

---

430), l’Archivio del Consiglio Superiore Coloniale, insieme all’Archivio Storico del cessato Dicastero e ad altri fondi archivistici ex Africa, venne trasferito presso la sede dell’Archivio Storico del Ministero degli Affari Esteri ove ha organica e definitiva sistemazione”. Questa descrizione, chiara e succinta, è stata integralmente tratta dall’“Avvertenza” che introduce la sistemazione archivistica di tale fondo, nonché le indicazioni archivistiche e l’indice.

<sup>930</sup> ACS, Fondo Ministero Africa Italiana, Direzione generale AA.CC., Ispettorato sanità, b. 83.

<sup>931</sup> Si tratta di Gaetano Renzetti, Aldo Pirisi ed Eldo Broggi.

<sup>932</sup> ACS, Fondo Ministero Africa Italiana, Direzione generale AA.CC., Ispettorato sanità, b. 83.

concorso avrebbe ricoperto anche l'“incarico della direzione del Reparto Ospedaliero di Tripoli per dementi metropolitani, da ritenersi una funzione accessoria”<sup>933</sup>. Non è chiaro quindi se il concorso per specialista neuropsichiatra da mettere a capo del reparto per “nazionali” all'interno dell'Ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli ebbe luogo o meno: Angelo Bravi ricoprì quell'incarico tra l'ottobre 1935 e il novembre 1936 senza che ciò avvenisse per concorso, ma poiché Bravi si trovava a Tripoli per espletare il servizio militare; durante la sua assenza è il dottor Gian Giocondo Maraini a dirigere il reparto psichiatrico, ma non sappiamo se vi giunga tramite concorso o altri meccanismi, se fosse già un medico dell'ospedale coloniale; riguardo il suo ritorno ai primi del 1938, Bravi non fa mai menzione di concorsi, o meglio, specifica che la sua assegnazione al reparto ha luogo “senza concorso”, ovvero “in base ai titoli, alle pubblicazioni, alle relazioni della mia attività in ospedale nel primo semestre 38”<sup>934</sup>. Medico specialista nel contesto ospedaliero per i pazienti “nazionali”, direttore dell'ambulatorio e dell'ospedale psichiatrico per indigeni nonché perito neuropsichiatra per valutare i casi con risvolti giuridico-penali, Bravi è il protagonista indiscusso della psichiatria in Libia. Bravi manterrà l'incarico di capo reparto neuropsichiatrico presso l'ospedale principale di Tripoli a partire dall'ottobre 1935 (con una pausa tra il novembre 1936 e il gennaio 1938) e a partire dal primo luglio 1939 e sino alla sua morte avvenuta in colonia nel febbraio 1943, anche quello di direttore del manicomio per indigeni con annessa sezione criminale.

---

<sup>933</sup> “Per la quale l'amministrazione ospedaliera di Tripoli accorderebbe, in aumento al trattamento economico del grado, un assegno annuo di lire 5.000 al lordo delle riduzioni e delle ritenute stabilite per legge”.

<sup>934</sup> Lettera di Bravi a Ciapessoni del luglio 1938, da Tripoli.

## **Il manicomio per Libici: “quanto di più perfetto la scienza psichiatrica suggerisce”**

Nel suo breve volume sull’Ospedale psichiatrico per Libici, redatto nel 1941 e dato alle stampe a Tripoli, Bravi ci informa che

nel 1939 la situazione di sovrappopolazione psichiatrica nel Reparto psichiatrico ospedaliero era giunta a tal punto che in un reparto costruito per 23 posti letto, e portato con fatica a 30 posti, venivano ospitati...96 malati mentali (la cifra è quella del giorno 22 maggio 1939), cioè la media del 300 per cento della capacità in posti letto: ed ognuno sa che il posto-letto per un malato mentale, anche in semplice osservazione, non è nulla, ma occorrerebbe precisare il “posto manicomiale”, con la sua proporzione di giardini cortili ergoterapia svaghi e così via. Di quei 96 malati, 44 erano militari, 35 erano mussulmani e solo 27 erano nazionali civili, gli unici in definitiva che avessero diritto a risiedere nel minuscolo reparto loro assegnato. Una simile situazione [...] diveniva intollerabile per i servizi, e tragica per la promiscuità di malati tanto pericolosi a sé ed agli altri<sup>935</sup>.

I provvedimenti tecnico-legislativi che permisero l’apertura del manicomio per Libici, resasi sempre più necessaria per il sovraffollamento e la promiscuità, nocivi alla cura e a un trattamento adeguato, dovettero attendere l’estate del 1939. Esattamente due anni prima, “Il Governo della Libia comunica[va] che è in corso di ultimazione nei pressi del Fortino B di Tripoli un edificio ad uso manicomio per il ricovero dei dementi indigeni di tutta la Libia, con annessa sezione criminale”; “in analogia alle disposizioni vigenti nel Regno” il Governo della Libia prevedeva di affidare la direzione di tale struttura “a un medico alienista”<sup>936</sup>.

---

<sup>935</sup> XX. *L’Ospedale psichiatrico per Libici*.

<sup>936</sup> Tramite assunzione a contratto speciale mediante pubblico concorso, in deroga alle norme vigenti per il contratto-tipo. Le clausole del bando sono molto simili a quelle citate dal bando del 1935 (concorso a posto di capo reparto neuropsichiatrico che mai si svolse); come in quel caso, la Commissione valuterà i titoli secondo l’ordine seguente: titoli che comprovino i servizi fatti nelle specialità per cui è bandito il concorso; docenza in neuropsichiatria; specializzazione in neuropsichiatria; altre docenze; altre specializzazioni; titoli comprovanti altri servizi prestati. Sono inoltre titoli preferenziali a parità di merito “il servizio prestato in colonia e la libera docenza in

Resta ignota la data di ultimazione di lavori del grande complesso di Gargaresch (area Fortino B) che comprendeva il Manicomio per libici con annessa sezione criminale, il Centro di rieducazione per minorenni e la Casa di cura per minorati fisici e psichici; sappiamo tuttavia che a stabilirne l'apertura furono il decreto governatoriale del 20 giugno 1939, "che istituiva provvisoriamente il funzionamento dell'Ospedale psichiatrico per libici col 1° luglio", nonché la "lettera del Comando Superiore delle Forze Armate", sempre del 20 giugno, che "avviava i militari neurologici ed isteroepilettici al Reparto neurologico dell'ospedale militare" della Busetta, in un'altra area della città di Tripoli.

Senza essere dunque in grado di fornire una ricostruzione storica delle istanze e dei passaggi che portano alla costruzione del manicomio per Libici – per la carenza di fonti cui ho accennato sopra – mi limiterò a riportare ed interpretare le descrizioni che di questa struttura hanno fornito alcuni personaggi implicati nell'ideazione e nel funzionamento della stessa. Il direttore degli Istituti di prevenzione e pena della Libia Francesco de Sisti se ne occupa succintamente nell'articolo *Gli istituti di prevenzione e pena in Libia* pubblicato nel 1938 negli «Annali dell'Africa italiana»<sup>937</sup>; Tancredi Gatti lo fa nell'articolo *I nostri stabilimenti. Gli istituti di prevenzione e di pena della Libia*, pubblicato nel 1941 nella «Rivista di diritto penitenziario»<sup>938</sup> ed immediatamente seguito da un ulteriore intervento sugli *Aspetti antropologici e statistici della criminalità indigena in Libia*<sup>939</sup>; infine Angelo Bravi descrive

---

medicina ed igiene coloniale". Oltre a comprovare l'iscrizione al Partito Fascista, il candidato deve presentare un certificato medico dal quale risulti "che l'aspirante è di sana e robusta costituzione che permetta di affrontare qualsiasi clima, avere l'attitudine fisica a disimpegnare convenientemente il servizio in Colonia e non avere imperfezioni fisiche visibili, a meno che queste non derivino da ragioni di guerra e non siano di impedimento all'esercizio delle funzioni cui aspira". Presentato dalla Direzione generale del personale (Direzione terza) del Ministero delle colonie e approvata dal Consiglio superiore coloniale, il concorso non sappiamo né se so tenne, né quando, né se il posto di direttore fu effettivamente ottenuto da Angelo Bravi per concorso.

<sup>937</sup> Francesco De Sisti, *Gli istituti di prevenzione e di pena in Libia*, «Annali dell'Africa italiana», 3-4, 1938, pp. 943-952.

<sup>938</sup> Tancredi Gatti, *L'organizzazione degli istituti di prevenzione e di pena della Libia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 418-428.

<sup>939</sup> Id., *Aspetti antropologici, psicologici e statistici della criminalità indigena in Libia*, ivi, pp. 429-440.

diffusamente il neonato manicomio nel volumetto *L'ospedale psichiatrico per libici, nota d'igiene mentale* pubblicato a Tripoli nel 1941<sup>940</sup>.

Tancredi Gatti scrive sugli stabilimenti di prevenzione e pena della Libia quando l'ospedale psichiatrico per indigeni non è ancora “entrato in attività per non essere ultimate le pratiche burocratiche relative”; ricorda, “per incidenza, che in mancanza di esso attualmente i malati di mente indigeni devono per necessità venire avviati agli ospedali per metropolitani”, secondo un uso che, come abbiamo visto, era iniziato esattamente un anno dopo lo sbarco delle truppe italiane in Tripolitania e non aveva subito mutamenti sino alla costruzione del frenocomio per libici. Questa continuità, quest'assenza di innovazioni nelle pratiche di assistenza e custodia per un lungo lasso di tempo, contribuisce a spiegare il vuoto di documenti e informazioni che diano ragguagli rispetto a quanto succede, nell'ambito dell'assistenza psichiatrica, dalla seconda metà degli anni Dieci alla seconda metà degli anni Trenta. Questa continuità spiega al contempo un adagiarsi delle autorità su una modalità di presa in carico della questione psichiatrica che, pur implicando costi di trasferimento fisico – navi che trasportavano i malati da Tripoli a Siracusa e treni da lì a Palermo – non sembrava richiedere un'imminente messa in discussione della pratica stessa, in vista di altre soluzioni.

A proposito del manicomio per Libici, Gatti scrive che

l'istituto è quanto di più perfetto e moderno la scienza psichiatrica suggerisce in materia, previ sempre i necessari adattamenti alle caratteristiche della vita di colonia. [...] Per la sua costruzione e per la sua attrezzatura interna ed esterna, curata fin nei minimi particolari [...] secondo i più moderni dettami della scienza e della tecnica psichiatrica [...] rappresenta una organizzazione che potrebbe figurare degnamente in una città della metropoli<sup>941</sup>.

---

<sup>940</sup> A. Bravi, *L'ospedale psichiatrico per Libici. Nota d'igiene mentale*, Maggi, Tripoli 1941; inserito poi come frammento XX nell'edizione postuma dei *Frammenti di psichiatria coloniale*.

<sup>941</sup> T. Gatti, *L'organizzazione degli istituti*, cit.

Secondo la medesima linea elogiativa De Sisti così conclude la sua descrizione delle strutture carcerarie, rieducative e psichiatriche: “gli istituti di prevenzione e pena della Tripolitania sono oggetto di continue visite da parte di Autorità, psichiatri e giornalisti nazionali ed internazionali che hanno tributato lodi ed espresso il loro più vivo compiacimento”<sup>942</sup>.

Angelo Bravi – artefice in larga parte e attore principale del funzionamento sia del reparto psichiatrico ospedaliero che dell’ospedale psichiatrico per libici – con parole di elogio e soddisfazione presenta la grande opera, tecnica, scientifica ed umanitaria, che dotava la colonia libica di un frenocomio degno di quelli metropolitani:

Col 1° luglio 1939 adunque, in virtù del soprannominato Decreto Governatoriale, ebbe vita l’Ospedale psichiatrico per Libici con sezione criminale, il primo di tutta la Libia, ed il solo che, per gl’intendimenti clinici scientifici ed umanitarii possa offrire ai malati mentali nativi, mussulmani ed israeliti, la sede sicura per uno studio accurato, per una terapia congrua, un’assistenza proporzionata alle esigenze prassiche coraniche e religiose di queste popolazioni.

L’Ospedale psichiatrico per Libici accoglie musulmani ed israeliti, interrompendo così il flusso di pazienti indigeni verso l’Ospedale psichiatrico di Palermo. È pronto, apparentemente, a ricevere anche i libici che sino a quella data erano stati ricoverati a Palermo, ma non è davvero in grado di garantire da subito il rimpatrio dei libici degenti in Sicilia, nonostante l’ampiezza degli spazi a disposizione.

I libici mentali che ancora si trovano in Italia, negli Ospedali psichiatrici civili, soprattutto quello di Palermo ed in quelli criminali, non hanno ancora potuto essere trasferiti per ragioni contingenti legate allo stato di

---

<sup>942</sup> F. De Sisti, *Gli istituti di prevenzione*, cit., p. 953.

emergenza. Ma, è bene subito precisare, esistono già i posti letto ed i mezzi per curarli, ove questo trasferimento si renda attuabile<sup>943</sup>.

Non per tutti costoro vi sarà un ritorno, né tanto meno esso sarà immediato: l'ultimo gruppo di pazienti verrà trasferito in massa, dal manicomio di Palermo al manicomio di Tripoli, il 22 giugno del 1952, solo dopo la proclamazione d'indipendenza della Libia, per ragioni diplomatiche ancor prima che "umanitarie".

Vi sono sezioni separate per maschi e femmine; per civili e per militari; per tranquilli e cronici; mancano però un laboratorio analisi e una biblioteca. Per darci un'idea dei numeri, Bravi afferma che nel 1940 sono stati ricoverati 115 pazienti indigeni; un decimo di questi è deceduto – una percentuale elevata se paragonata a quella dei morti nel reparto ospedaliero, ma che si spiega facilmente se si tenga conto che i pazienti indigeni vengono ricoverati "all'ultimo stadio della malattia, che spesso non è solo mentale ma ha già gravemente interessato il soma sino allo stato di decadimento terminale e cachettico". Consta inoltre di una Sezione criminale, che a sua volta trattiene in Libia i pazienti che prima erano inviati a Barcellona Pozzo di Gotto, e prevede per i criminali "le provvidenze, l'assistenza e le cure specifiche adottate per i civili". Il primo ottobre 1940 viene istituito altresì il reparto osservazione all'interno del manicomio stesso, per cui gli indigeni sono ricevuti in misura sempre minore presso il reparto psichiatrico ospedaliero concepito per i metropolitani e vengono invece indirizzati al manicomio di Gargaresch. Esiste inoltre un reparto clinoterapico, per il riposo coercitivo a letto, ancora in costruzione nel 1940.

---

<sup>943</sup> XX. *L'Ospedale psichiatrico*, pp. 9-10. Nel dossier di Slima bent Aiad conservato a Palermo c'è una missiva del padre al direttore del manicomio di Palermo. Scritta da Giado il 10 febbraio 1940, la lettera chiede il trasferimento della paziente al manicomio di Tripoli: "Gent. Sig. direttore dell'OP di Palermo. È da molto che non ricevo notizie riguardanti mia figlia Slima bent Aiad. Con la presente Vi prego volermi informare sulle condizioni e sulla salute, e se occorre che faccio domanda perché posso fare domanda per farla venire a quello di Tripoli, nuova creazione e se per caso questa fosse guarita, faccio identica per farla rientrare. In attesa di un cortese interessamento, ringrazia. Attende risposta. Vostro Aiad ben Soliman, cabila Giado (Giado) Tripoli".

## Verso un'assistenza psichiatrica capillare: il reparto ospedaliero e il dispensario

Quando viene inaugurato l'Ospedale psichiatrico per Libici, l'assetto dell'assistenza psichiatrica a Tripoli è più complesso: in base a quella "soluzione tipicamente coloniale" cui fa riferimento Bravi<sup>944</sup>, esistono anche il reparto psichiatrico ospedaliero e l'ambulatorio per le malattie nervose e mentali presso il reparto stesso. Il reparto psichiatrico viene istituito presso l'Ospedale coloniale alla fine del 1937, con una disponibilità di 23 posti letto; esso era d'altronde già previsto nel progetto d'organizzazione assistenziale psichiatrica formulato dal professor Boschi di Ferrara nell'aprile 1935, con il nome di "Sezione manicomiale per metropolitani tranquilli". Si tratta di un reparto osservazione, per tutti, e di cura, per i tranquilli (mentre gli altri casi vengono ancora inviati a Palermo). Prima della creazione del reparto ospedaliero vero e proprio esisteva solo un Reparto osservazione psichiatrica<sup>945</sup>, del quale Bravi scrive nell'estate nel 1936: "l'attuale reparto è orribile come locale; ne stanno costruendo uno nuovo"<sup>946</sup>. Il medesimo progetto Boschi prevede altresì un servizio profilattico per malati mentali: nel febbraio del 1938, in corrispondenza del ritorno di Bravi in Libia dopo l'anno bresciano, verrà organizzato il dispensario, "nel piccolo edificio antistante il Reparto psichiatrico, dal quale rimane separato da un piccolo giardino, costantemente sgombro da malati, perché la separazione dei due servizi, clinico ed ambulatoriale, sia rispettata". Già tra il 1935 e il 1936 – il primo anno in cui Bravi è in Libia come ufficiale medico – hanno luogo "alcune consultazioni neurologiche e psichiatriche, pei ricoverati dell'ospedale, per gli esterni, provenienti da altri ambulatorii o malati dimessi dall'allora Reparto osservazione psichiatrica", anche se non si può parlare del funzionamento di un vero e proprio dispensario: le consultazioni sono saltuarie,

---

<sup>944</sup> XVI. *In tema di assistenza psichiatrica agl'indigeni africani mediterranei*, p. 25.

<sup>945</sup> Non si tratta più, sia chiaro, del reparto di Scabia e Consiglio, poiché nel 1923 l'ospedale aveva cambiato sede: "Con decreto governatoriale del 1° giugno 1923, l'Ospedale Civile veniva soppresso e trasferito nei locali dell'ospedale Militare, situato assai lungi dalla città, col quale si è fuso, assumendo il nome di Ospedale Coloniale", Giuseppe Sanarelli, *L'assistenza ospedaliera*, in Angelo Piccioli (a cura di) *La rinascita della Tripolitania. Memorie e studi sui quattro anni di governo del Conte Giuseppe Volpi di Misurata*, Monadori, Milano 1926, p. 388.

<sup>946</sup> Lettera di Bravi a Ciapessoni del 25 luglio 1936, da Tripoli.

mancano “periodicità costante” e “organizzazione riconosciuta”, la sede è “misera ed inadeguata”. In ogni caso le basi sono gettate per un servizio ambulatoriale. Quello promosso da Bravi e sostenuto dal direttore dell’ospedale coloniale, Alberto Ciotola, costituisce “il primo ambulatorio neuropsichiatrico italiano di razze miste” e dunque un osservatorio privilegiato per gli studi “etnopsichiatrici” cari a Bravi; rappresenta inoltre per Tripoli e per la Libia “il primo nucleo per un Dispensario d’Igiene mentale, a coronamento dell’organizzazione profilattica per le malattie mentali nell’Africa Settentrionale Italiana”<sup>947</sup> e in previsione di un’assistenza capillare in tema di patologie psichiatriche. La creazione dell’ambulatorio è legata “all’aumento della popolazione neuropsichiatrica libica, alla maggiore sensibilità sociale verso i malati mentali e all’introduzione dello strumento legale della dimissione in prova”<sup>948</sup>, circostanze tutte di cui Bravi rende conto alla Società medica della Libia nella seduta dell’11 giugno 1939, presentando il dispensario nel suo primo anno di vita.

Il reparto psichiatrico ospedaliero vede ricoverati nel 1938 198 pazienti; 110 sono militari (il numero elevato va messo in relazione all’affluenza dei contingenti del Corpo d’Armata)<sup>949</sup>; dei restanti 88 civili, 32 sono metropolitani (si consideri il concomitante arrivo dei Ventimila)<sup>950</sup> e 56 indigeni che, in attesa dell’apertura dell’ospedale psichiatrico ad essi dedicato, sono ospitati nel reparto ospedaliero. Il numero elevato di questi ultimi va messo in relazione innanzitutto alla maggiore “sensibilità sociale verso il malato mentale o anche solo psicopatico” legata al “progredire della civiltà” ed in secondo luogo alla “sensibilità diagnostica più raffinata da parte del medico di fronte ai sospetti psicopatici nativi”, sensibilità che

---

<sup>947</sup> XVII. *L’ambulatorio neurologico di Tripoli.*

<sup>948</sup> La dimissione in prova, prevista dalla legge sugli alienati e i manicomi del 1904 (art. 66 del Regolamento del 1909) viene introdotta in Libia solo nel 1938, quando Bravi si installa in maniera stabile alla guida del reparto psichiatrico ospedaliero. Questo strumento, attraverso cui i parenti dell’alienato possono richiederne l’uscita dall’ospedale assicurando condizioni congrue di assistenza domestica, impone un maggiore controllo sui malati dimessi, consentendo di allargare le maglie della competenza del Servizio sanitario in direzione di un sistema “aperto”, complesso e stratificato di assistenza psichiatrica.

<sup>949</sup> “Dal 20 giugno 1939 i militari neurologici ed isteroepilettici saranno ricoverati al reparto neurologico dell’Ospedale militare, mentre i mentali continuano ad essere ricevuti nel reparto psichiatrico dell’Ospedale civile”, XVIII. *L’assistenza psichiatrica in Libia nel 1940.*

<sup>950</sup> Cfr. Federico Cresti, *Non desiderare la terra d’altri. La colonizzazione italiana in Libia*, Carocci, Roma 2011.

ha avuto modo di svilupparsi proprio in ragione delle osservazioni plurime e confrontabili, allo studio della letteratura esistente, messa alla prova dall'esperienza quotidiana in reparto e in ambulatorio.

Dal 12 novembre 1939 passa formalmente alle dirette dipendenze dell'Ispettorato della Sanità, annullando il legame di dipendenza dall'Ospedale coloniale<sup>951</sup>; a partire dal novembre successivo, in ragione della situazione politica della Cirenaica, dove prima irrompe la guerra, il reparto psichiatrico ospedaliero ospita anche pazienti provenienti dalla Cirenaica, metropolitani e nativi. Con l'aumento della popolazione del reparto psichiatrico ospedaliero che, si ricordi, nasce per ospitare 23 pazienti, si presenta la necessità di ampliarlo (ma non sappiamo se tale ampliamento ebbe luogo), e di creare delle sezioni poiché non è buona norma accostare un contingente di malati tanto disomogeneo: sempre di più sono i militari (165 nel 1940), meno sono invece i nativi, che anche per l'osservazione, dall'ottobre del '40, sono ricevuti al manicomio per indigeni; qualche criminale; diverse donne (38 nel 1940); inoltre sono affiancati pazienti colpiti da patologie completamente differenti, neurologiche o psichiatriche.

All'ambulatorio complessivamente nel primo anno del suo funzionamento (dal febbraio 1938) sono state effettuate 802 consultazioni: 231 prime consultazioni e 571 consultazioni successive, con una media settimanale di 4 o 5 prime consultazioni e 11 successive. La prima consultazione comporta un esame neurologico, la redazione della relazione medica su cartelle prestampate e la registrazione degli estremi del paziente in apposite rubriche e può pertanto durare un'ora o persino due, mentre i tempi si accorciano per le visite successive. Tra i pazienti che frequentano più assiduamente l'ambulatorio si distinguono i metropolitani ("quattro quinti per le prime consultazioni, più della metà per le successive"). Tra gli indigeni, gli israeliti usufruiscono in misura maggiore del servizio, con "zelo e costanza", e soprattutto il contingente femminile. I musulmani invece, pur costituendo la percentuale più elevata della popolazione cittadina, si sono presentati solo in 17 (per 41 consultazioni successive). Ciò è dovuto –

---

<sup>951</sup> Come è chiaro dal timbro riportato sulle cartelle cliniche dei pazienti provenienti da Tripoli, giunti al manicomio di Napoli il 21 settembre 1941.

argomenta Bravi – “alla reazione cosciente che essi dimostrano per le vicende del loro soma e, peggio ancora, della loro macchina mentale”, è legato alla “loro personalità psicologica” che lo psichiatra ha schematicamente illustrato in alcuni dei suoi frammenti (anaffettività, suggestionabilità, fatalismo).

### **La “Occupied enemy territory administration” e il neuropsichiatra Mario Felici**

La morte di Bravi e la consegna di Tripoli al generale Montgomery avvengono nel giro di poche settimane, all’inizio del 1943. Il lavoro portato avanti da Bravi si interrompe bruscamente, mentre un altro specialista neuropsichiatra italiano si installerà stabilmente solo nel 1947. Si tratta del dottor Mario Felici (1908-1989), assistente della Clinica di malattie nervose e mentali dell’Università di Roma tra il 1934 e il 1941, accanto a Cerletti e a Bini. Felici si trova già in Libia nel 1941: parte volontario, col grado di sottotenente medico di complemento della Divisione Trieste, assegnato all’ospedale militare della Busetta, lo stesso dove in quei mesi di guerra prestava servizio anche Mario Tobino. Come testimonia un suo articolo redatto il primo dicembre 1943, Felici prende il posto di Bravi a capo del reparto neuropsichiatrico dell’ospedale coloniale di Tripoli, ma l’esperienza è breve. Probabilmente ai primi del ’44, finisce come molti altri – soldati e funzionari<sup>952</sup> – nei campi di concentramento inglesi: è rinchiuso nel campo egiziano di Al Qantara, dove viene impiegato come medico. Nel 1947 è liberato, non fa ritorno in Italia dove vivono la moglie e i due figli, ma si installa a Tripoli. Lì dirige il manicomio nel quartiere di Fesclum, che sotto la British Military Administration ha sostituito quello di Gargaresch, “costruito dall’Amministrazione italiana e destinato ad altro uso” fino al 1963<sup>953</sup>. Contemporaneamente è primario presso il reparto neuropsichiatrico

---

<sup>952</sup> Si veda Alberto Denti di Pirajno, *La mia seconda educazione inglese*, Longanesi, Milano 1971.

<sup>953</sup> Fondo Africa III, b. 107, ASDMAE (dattiloscritto): “il servizio sanitario in Tripolitania durante/dopo l’occupazione britannica (esclusa dal testo Bucco): nella carpetta: organizzazione sanitaria (S. E. Felsani); redatto da Alberto Ciotola, 5 pp.: “Altre opere sanitarie sorgevano (anche) per iniziativa della Autorità britanniche, sempre affidate a medici italiani: alcune create a scopo

dell'Ospedale coloniale che negli anni tra la morte di Bravi, la presa di Tripoli, la sua sostituzione per pochi mesi da parte di Felici, da un lato e il ritorno di Felici nel 1947 dall'altro, non ha smesso di funzionare, ma non sappiamo chi lo abbia diretto in quel lasso di tempo, se un medico inglese o italiano, se uno specialista o meno. In ogni caso le cartelle cliniche furono compilate e conservate e ciò emerge dall'uso che ne può fare Felici nei suoi studi. Sin dal suo arrivo a Tripoli infatti il medico romano pubblica diversi articoli sul «Bollettino sanitario della Tripolitania», pubblicato dalla Direzione di Sanità della British Military Administration e stampato dalla Government Press<sup>954</sup>.

Prendendo in esame le cartelle del sessennio 1944-1949, Felici può riferire di 932 pazienti transitati per il reparto neuropsichiatrico dell'ospedale coloniale. “Durante tale periodo si sono avuti tre anni di vita bellica e post-bellica e quindi le difficoltà di accettazione e ricovero degli ammalati sono state maggiori. Inoltre il reparto funzionò come reparto ‘aperto’ sino a tutto il 1943”<sup>955</sup> secondo l'impostazione di Bravi, “e questo spiega la differenza fra i ricoveri totali del 1947-1948 [205 in ciascuno dei due anni] ed il 1949 [114] quando il reparto venne ‘chiuso’

---

politico (scopi contingenti) più che dettate da vera necessità, e precisamente: [...] Il manicomio al Fesclum in sostituzione dell'Ospedale psichiatrico costruito dall'Amministrazione italiana e destinato ad altro uso con circa 200 posti letto. Esso si è dimostrato insufficiente e sono in corso i lavori per riattare il vecchio Ospedale Psichiatrico nella zona di Gargaresch”. Ciò che ho riportato tra parentesi è emendato o aggiunto a matita nel testo originale.

<sup>954</sup> Così nello stesso dattiloscritto: “L'ispettorato di Sanità verso la fine del 1943 propose ed ottenne dal P. M. O. [Principal Medical Officer] l'autorizzazione alla pubblicazione di un «Bollettino Sanitario della Tripolitania». Superando difficoltà sia di ordine pratico che di ordine contingente e politico uscirono i primi numeri ciclostilati e firmati dal P. M. O. e dall'Ispettore di Sanità. Nel 1944 fu pubblicato un numero a stampa mediante un contributo del Conte Danilo De Micheli e successivamente la stessa Amministrazione Britannica ne assunse le spese. Ogni numero che portava come sotto titolo “Pubblicazione periodica a cura dell'Ispettorato della Sanità Pubblica (Ufficio del P. M. O.)” conteneva articoli originali compilati dai Sanitari locali ed un'ampia rassegna della letteratura medica anglo-sassone. Detta pubblicazione è proseguita ininterrotta fino alla costituzione del Regno Libico, dimostrando la preparazione e la capacità culturale e scientifica del personale sanitario italiano”. La rivista nasceva anche nella contingenza, lamentata da Bravi e da me ricordata nella sua ricostruzione biografica attraverso il rapporto epistolare con Ciapessoni, dell'assenza di riviste specialistiche: “i medici italiani erano rimasti privi di qualsiasi rapporto scientifico circa il progresso della medicina e le nuove acquisizioni terapeutiche (si era all'epoca della scoperta degli antibiotici) per la mancanza di riviste e giornali di scienza medica, perché era possibile ottenere soltanto qualche rivista inglese o americana attraverso contatti personali e pochi sanitari potevano leggerle per l'ignoranza della lingua”.

<sup>955</sup> “Reparto aperto” ovvero con la possibilità di dimissione in prova e quindi la circolazione dei pazienti tra il reparto (quando ricoverati) e l'ambulatorio (quando affidati alle famiglie ma ugualmente in cura).

a norma della legge italiana sugli alienati del 14 febbraio 1904” tornando ad accogliere una media di 120 pazienti all’anno<sup>956</sup>.

Nei lavori di Felici emerge un’impostazione molto diversa da quella di Bravi: innanzitutto lo psichiatra romano preferisce parlare di psichiatria comparata, negando qualsiasi valore euristico all’espressione psichiatria coloniale che, in ambito italiano, era stata di fatto coniata da Bravi, ma soprattutto consapevole di una fase “coloniale” appunto, ormai conclusa. Molto più forte è l’accento sull’incomunicabilità tra due mondi: quello europeo civile e moralizzante e quello genericamente primitivo dell’indigeno; mentre in Bravi affiorava una volontà di penetrazione più curiosa, meno pregiudiziale, nella “macchina mentale” dell’indigeno libico. Ha poco senso paragonare due figure di medici, soprattutto se per uno dei due l’analisi è basata su cinque articoli apparsi nel corso di un quinquennio, mentre per l’altro si sono potuti leggere documenti personali, oltre a una produzione scientifica più ampia; ma è solo per rendere la diversa attitudine che si respira leggendo le pagine dell’uno e dell’altro. Vero è, altresì, che una guerra separa i due periodi di attività: l’entusiasmo di Bravi è legato anche al momento “costruttore” che viveva nella “quarta sponda” nella seconda metà degli anni Trenta; va messo in relazione, *a contrario*, all’insoddisfazione di cui il giovane milanese era vittima nel campo universitario (nessuna clinica lo chiamava come assistente) e soprattutto nell’esercizio dell’attività di alienista al manicomio di Brescia, che lo allontanava dalla famiglia e dagli studi (anche se è proprio in quel periodo che stende i *Frammenti*). Per Felici la situazione è diversa: lui lascia la clinica di malattie nervose di Roma dove nel 1938 aveva premuto il bottone del primo elettroshock e, sebbene parta volontario per il fronte mediterraneo, vede solo la Libia in guerra o occupata dagli inglesi; torna a Tripoli dopo la prigionia nei campi inglesi in Egitto e trova una città da ricostruire. Le idealità del decennio precedente si sono rarefatte, resta semmai la volontà di esportare una tecnica che stava rendendo il suo maestro famoso nel mondo, tra gli alienisti e non; e restano le

---

<sup>956</sup> D’altronde quando Felici lo definisce un “reparto capace di circa 120 posti letto” si riferisce necessariamente alla capacità media annuale, e non al numero di letti (che nel 1937, all’apertura del reparto, erano 23).

rigidità di un certo paradigma evolucionista che il lato organicista dell'alienismo certo non aveva scalfito.

Il primo articolo che Felici pubblica sul Bollettino sanitario della Tripolitania è scritto alla fine del 1943 e rende conto di un'attività esercitata nel corso di quell'anno: si tratta dell'applicazione della *Terapia convulsivante con l'elettro-shock*<sup>957</sup> ai pazienti indigeni e nazionali presenti nel reparto psichiatrico. Trentuno sono i pazienti sottoposti a questo trattamento (28 degenti in reparto e 3 in cura ambulatoriale): 11 in stato depressivo o depressivo-ansioso; 3 sindromi amenziali; 2 casi di arresto psico-motorio; 7 casi di schizofrenia; 6 in stato di eccitamento; un paranoico ansioso e un neurastenico ansioso. A ciascuno di essi vengono “praticati due elettroshock alla settimana secondo la tecnica originale di Cerletti e Bini”, sospendendo le applicazioni non appena si ottiene un “consolidamento dei risultati terapeutici”, non ottemperando in tal modo alla “regola” formulata dai due maestri della clinica romana di “prolungare il trattamento anche dopo un notevole e deciso miglioramento”. Nonostante alcuni strappi alla regola o modifiche al protocollo<sup>958</sup> per adattare il metodo all'ambiente e alle sue ristrettezze, “in nessuno dei 31 casi trattati avemmo a lamentare, servendoci di una tecnica siffatta, il minimo accidente”. Anzi, gli accessi convulsivi si presentano immediatamente con la scossa, ed è proprio questo aspetto che rende l'elettroshock preferibile rispetto ad altre terapie: “questo dettaglio di tecnica è molto importante in quanto che tutti i vantaggi che l'elettroshock presenta rispetto agli altri metodi (nessuna sensazione spiacevole, nessun ricordo post-accessuale, immediatezza e compiutezza dell'accesso convulsivo) sono strettamente legati ad un più che ottimo passaggio della corrente elettrica attraverso la testa del soggetto”. Diversi sono i vantaggi che l'elettroshock

---

<sup>957</sup> Mario Felici, *La terapia convulsiva con elettroshock*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», marzo 1944.

<sup>958</sup> Se vengono “praticati tutti i più comuni esami di laboratorio prima di iniziare il trattamento convulsivante” ossia la puntura lombare per l'esame del liquido cefalo-rachidiano, “così da rilevare la eventualità di stati morbosi latenti e privi di segni clinici”, non è possibile però verificare attraverso l'elettrocardiogramma altre variabili in gioco, “come sarebbe stato desiderabile ai fini di un'assoluta sicurezza del metodo”. La pasta da strofinare sulle tempie per agevolare il contatto tra cute ed elettrodi è sostituita da un impacco di acqua e sale sulla cute rasata; infine un cuscino posizionato sotto al colonna toracica permette al paziente di essere già in iperestensione per ricevere il passaggio di corrente.

presenta; già rilevati a Roma, essi sono confermati nell'esperienza tripolina, condotta lontano dai maestri ma nella loro scia:

gli stati ansiosi, depressivi e di arresto psico-motorio sono quelli nettamente e benevolmente influenzati, tanto da ritenere indispensabile l'uso dell'elettroshock in queste forme; [...] questo metodo di cura permette dimissioni precoci con vantaggio notevole dell'andamento del reparto e dell'amministrazione ospedaliera; [...] anche nei casi gravi e cronici si può, con l'uso dell'elettroshock ottenere un miglioramento del contegno e del comportamento con grande beneficio per l'ammalato e con notevole sgravio dell'assistenza ospedaliera; [...] il metodo dell'elettroshock può anche, in casi di forza maggiore, essere attuato con il semplice dispositivo descritto in questo lavoro, purché sia preventivamente eseguita una accurata cernita dei malati da sottoporre al trattamento e si abbia cura di osservare i canoni fondamentali enunciati da Celetti e Bini nella attuazione di una siffatta metodologia.

In questo lavoro si tratta di confermare la bontà di un metodo, applicandolo in condizioni ambientali diverse da quelle originali, ma dove esse non influenzino il risultato terapeutico: si tratta di condizioni puramente tecniche; quelle "umane" – ovvero la provenienza, la "razza" e la condizione sociale degli individui sottoposti al trattamento – non sono variabili che contino in tale procedimento elettrico.

In altri articoli invece la metodologia propria della psichiatria comparata fa la sua comparsa; così Felici motiva il ricorso alla comparazione, strumento euristicamente più decisivo rispetto alla riduttiva definizione del campo di studi, prima di Bravi e ora suo, come semplice declinazione "coloniale" della psichiatria:

Il presente lavoro vuol essere un saggio di psichiatria comparata, convinto com'è l'Autore che non esista una psichiatria "coloniale" ma che i diversi elementi della vita psichica dell'uomo vengano solo a modificarsi a secondo dell'individuo e delle necessità ambientali così come una qualsiasi funzione si adatta e si trasforma nelle diverse specie, pur rimanendo sempre la stessa rispetto alle proprie finalità. In questo senso quindi l'osservazione ed il

riconoscimento dei diversi quadri psichiatrici in individui ed ambienti assai diversi da quello nei quali essi quadri furono tracciati dovrà portare, attraverso il paragone e l'analisi del sintoma, ad una conoscenza e valutazione delle funzioni psichiche sempre più esatta e tale da cancellare oscurità ed incertezze diagnostiche. [...] Il lavoro di raffronto – attraverso una psichiatria comparata – permetterà di sceverare l'assoluto dal relativo, l'essenziale dall'accessorio in modo da semplificare e rendere deciso il giudizio clinico, [...] sottoponendo una sindrome clinica determinata a successivi raffronti riuscirà a renderla propria e definitiva. Questo bisogno di revisione del patrimonio psichiatrico così come è stato costruito da europei nelle nazioni europee è, secondo l'Autore, tanto più sentito oggi che particolari condizioni di vita hanno posto ad intimo contatto gli esseri umani più lontani e più disparati tra loro, che eventi eccezionali hanno sottoposto l'umanità ad una usura terribile della vita psichica.

Il primo studio effettuato e pubblicato al ritorno di Felici in Tripolitania, *Aspetto clinico-statistico della sifilide nervosa nell'arabo libico*<sup>959</sup>, analizza 21 casi di soggetti colpiti da paralisi progressiva, tabe-paralisi, lues cerebri, psicosi in luetici. Si tratta di “soggetti a mentalità elementare contadini o pastori [...], di un commerciante che aveva vissuto molto a lungo in Italia [...], di un ex sciumbasci del Corpo Coloniale di Truppe Libiche”: se nei primi (colpiti da paralisi progressiva o da tabe-paralisi) “il quadro psichico fu sempre rappresentato da apatia profonda con grave decadimento della personalità dei soggetti fino a ridurli alla pura vita vegetativa”, nei due soggetti “che per grado di cultura ed attività professionale potevano raffrontarsi all'individuo europeo medio si riscontrarono eccitamento, con logorrea e fuga delle idee, idee di grandezza”. Dunque una vicinanza maggiore all'europeo medio nelle abitudini della vita quotidiana, porta a un'analogia somiglianza ad esso nella natura delle forme mentali, mentre “l'aspetto semplice della forma nell'arabo libico sarebbe dovuto alla qualità dei soggetti quasi sempre a mentalità primitiva e non evoluta”. Così argomenta il dottor Felici:

---

<sup>959</sup> Mario Felici, *Aspetto clinico-statistico della sifilide nervosa nell'arabo libico*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», gennaio-giugno 1947.

il coincidere di siffatto diverso comportamento del quadro psichico morboso con la diversa evoluzione mentale degli individui (poiché la maggioranza non evoluta non presentò che forme apatiche con rapido scadimento della personalità) suggerisce che evidentemente il processo anatomo-patologico della paralisi progressiva qualora non trovi ostacolo in un ricco simbolismo di una corteccia filogeneticamente matura non dia quei quadri caratteristici (euforia, idee di grandezza) nei quali si è soliti considerarla.

Conclusioni invece maggiormente attinenti all'annoso dibattito sulla neurosifilide nelle razze extraeuropee, che anche Bravi aveva trattato, sono quelle che confermano la presenza di forme nervose di neuroleue nell'indigeno libico (nel musulmano, ma non nell'israelita) e portano la percentuale di casi riscontrati ad eguagliare "quella dei paesi europei" (il 5% dei ricoverati lo è per casi di neuroleue; sono molto più numerosi i maschi delle femmine, con un rapporto di 10 a 1).

In una *Nota statistica, clinica e nosografica* Felici tratta poi la questione delle *Sindromi affettive nell'arabo libico*<sup>960</sup> con fenomenologie di eccitamento, depressione e ansia. Il suo studio si basa sull'analisi delle cartelle cliniche dei sei anni tra il 1944 e il 1949 compreso, considerando come criteri validanti i singoli casi, ai fini del calcolo statistico, "l'esistenza di una cartella clinica organizzata e completa di chiaro esame psichico; l'esistenza di diagnosi di stato evidente e non in contrasto con i dati clinici". Tuttavia la cartella presenta un problema di completezza, legato alla povertà dei contenuti relativi all'anamnesi forniti dal paziente e dai familiari; analogamente gli interrogatori sono difficili e spesso con risultati scarsi. Felici rileva questa "mancanza di dati anamnestici", dato comune a tutta la nosografia locale (ma in psichiatria più pregnante), come una "condizione che porta lo psichiatra a lavorare ed osservare in condizioni particolarmente difficili ai fini della valutazione prognostica". Ciò che rende problematico il lavoro del clinico in rilievi come questo è, per dirlo con Felici,

---

<sup>960</sup> Mario Felici, *Le sindromi affettive dell'arabo libico*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», fasc. 1-2, 1950.

la mancanza, quasi costante ed assoluta, di qualsiasi psicoanamnesi. Infatti o ci si trova di fronte al deserto concettuale più assoluto, sia nel soggetto che nei familiari, per cui gli interrogati rispondono con un 'non so' oppure non rispondono affatto, o s'incontra una generica affermazione religiosa che tutto è avvenuto per volontà di Dio, quando non è addirittura l'elemento magico e superstizioso che fa riferire l'inizio della malattia ad uno 'spavento', ad una 'frattura' (più rara). Impossibile stabilire con precisione la data d'inizio: 'forse un mese', 'forse più', 'forse meno', queste in genere le risposte che si ottengono. Tale imprecisione vale anche per gli arabi dei grossi centri abitati sebbene per questi riesca più agevole stabilire l'inizio dei sintomi. In genere bisogna adoperare l'unico materiale anamnesticamente efficiente e cioè cercare di stabilire – sempre con approssimazione – l'inizio del disturbo esteriore e cioè il manifestarsi palese del disturbo della condotta. Tenendo però presente che per la massima parte si tratta di soggetti agricoltori o pastori che vivono sotto la tenda è opportuno cercare di dare risalto, nell'indagine anamnesticamente, ai disturbi a carico della vita vegetativa i quali con facilità colpiscono l'osservazione dell'ambiente circostante. In siffatta maniera i precedenti anamnesticamente si riducono in genere a pochi giorni d'insonnia e di agitazione. Quando compare quest'ultima, in genere a spese del vasellame domestico, i familiari si decidono quasi sempre a ricorrere all'opera del medico condotto che provvede al ricovero.

Su un totale di 932 ricoveri<sup>961</sup> i casi di sindromi affettive sono 175, ossia ne è colpito un quinto dei pazienti; tali sindromi colpirebbero gli uomini in misura doppia rispetto alle donne (ma è vero, a tale proposito, che gli uomini sono internati in misura doppia rispetto alle donne, per cui l'incidenza delle sindromi affettive è pressoché identica per i due sessi, aggirandosi in entrambi i casi poco al di sotto del 20%). “Complessivamente i 175 ricoveri per sindromi affettive furono clinicamente così suddivisi: 92 forme di eccitamento; 48 forme di depressione; 35 forme di ansia”; tali sindromi si verificano con maggiore frequenza nei soggetti giovani e

---

<sup>961</sup> 1944: 125 (90 uomini, 35 donne); 1945: 122 (95 uomini, 27 donne); 1946: 161 (111 uomini, 50 donne); 1947: 205 (149 uomini, 56 donne); 1948: 205 (135 uomini, 70 donne); 1949: 114 (65 uomini, 49 donne).

“nell’arabo libico sono a breve decorso ed a prognosi buona”<sup>962</sup>. La brevità del ricovero va però messa in relazione all’effetto dell’elettroshock, come ci ricorda Felici: gli stati ansiosi e di depressione “rispondono in modo eccellente” a questa terapia, mentre nei casi di eccitamento maniaco la terapia rimane “senza effetto”. I quadri hanno ovviamente caratteristiche che li differenziano, e sono note: “il quadro depressivo si manifesta di solito con forme di inibizione pressoché completa”, una profonda apatia e un atteggiamento passivo: i malati stanno immobili, non si nutrono, non prestano attenzione all’ambiente circostante. Nel tipo ansioso “prevalgono le manifestazioni mimiche ed espressive di paura”. Nelle forme di eccitamento il malato è in preda a intensa ma lucida agitazione, compie “movimenti automatici e stereotipati, impulsivi e coatti”, “si contorce, straccia camicia lenzuoli e stuoie, canta per lo più in forma di cantilena” o si dondola “per ore ed ore”. Con la “scarsa efficienza del simbolismo e perciò della ideazione” di cui l’indigeno è dotato, mancano a questi agitati “i caratteri della varietà e ricchezza associativa” che caratterizzano le forme ciclotimiche nel paziente europeo. I tre quadri così descritti sono accomunati da una breve durata delle manifestazioni tipiche e da una rapida prognosi, nonché da una scarsa differenziazione, da una “assoluta amorfa genericità”, per essere frutto di “uno psichismo quanto mai elementare e povero”.

Più rare – in assoluto ma soprattutto nel trattamento ospedaliero-manicomiale – sono le “vere forme di depressione o di eccitamento della psicosi maniaco-depressiva”: questa è la patologia da cui è colpito tipicamente “il tipo che circondato da ragazzi e da sfaccendati fa ‘fantasia’ per le strade o nel mezzo della cabila, e che viene considerato ‘marabutto’ cioè investito da un riflesso della divinità e capace quindi di fare miracoli”. Secondo Felici “tali forme maniacali si dovrebbero ricoverare con frequenza assai maggiore”. Tuttavia ciò non accade per una serie di ragioni che abbiamo già viste annoverate da diversi autori: il folle è considerato un favorito della divinità, per questo ammirato e assistito; la sua cura è affidata a una rete di sostegno indigena che prevede figure di terapeuti specializzati che applicano terapie specifiche, che lo psichiatra così descrive: “preferibilmente si conduce il folle

---

<sup>962</sup> Infatti nei tre quarti dei casi la durata del ricovero non oltrepassa i 15-30 giorni; solo in 23 casi l’ospedalizzazione dura più di sei mesi; solo due pazienti hanno subito un ricovero definitivo.

ad altro riconosciuto marabutto che dopo avergli praticato una 'shmalà' col ferro rovente provvederà a calarlo nel pozzo acciocché lo spirito maligno sia costretto ad andarsene". Quando non vi è l'elemento magico-divino prevalgono forme di "egocentrismo che arieggia alquanto alla querulomania dei nostri oligofrenici". Dalle sue osservazioni e classificazioni, Felici deduce un "tripode concettuale rappresentato da 'Divinità-Io-Paura' quale summa di tutta la clinica delle sindromi ansiose" a conferma dell'"aspetto primordiale dello psichismo di massa dell'arabo libico". Questa primordialità emerge in rapporto allo sviluppo raggiunto dallo psichismo dell'uomo occidentale e la fenomenologia indifferenziata, piatta e "di massa" delle sindromi nell'arabo libico va vista "in comparazione" con le manifestazioni ricche e varie dell'"individuo" europeo.

La comparazione con le sindromi affettive così come furono descritte nell'uomo occidentale con le sindromi affettive osservate nell'arabo libico porta a riconoscere che nelle prime l'estrema differenziazione dello psichismo superiore dà a tali forme un carattere proprio ed esclusivo quasi che anche nel patologico lo psichismo bianco, occidentale, riconfermasse quel suo particolare genio che lo ha condotto all'avanguardia di ogni progresso umano. Quando si esce da esso si trova soltanto lo psichismo elementare che né i millenni né i contatti con la civiltà occidentale sono riusciti a modificare.

L'essere umano bianco è altamente differenziato ed ha valore in sé come individuo. L'indigeno si confonde nella massa, non ha possibilità di emersione (se non grazie al contatto con il mondo civilizzato), vive un'esistenza piatta legata alla materialità del quotidiano, ai bisogni concreti, a una religiosità immanente e incapace di astrazione, razionalità e trascendenza. Persino nella malattia vi è una caratterizzazione positiva del primo e negativa del secondo; proprio perché la malattia mentale, molto più di quella fisica, è direttamente frutto di uno sviluppo psico-fisico misurabile (i dati antropometrici, le proporzioni delle diverse parti del corpo, le dimensioni del cervello, lo spessore della corteccia, oltre che le circostanze ambientali) in essa si estrinseca il nucleo forte del confronto che diventa giudizio:

nel funzionamento della macchina mentale l'appartenenza a una "razza" – con le relative declinazioni psichiche e fisiche – diviene variabile dirimente ed alimenta l'incommensurabilità di due modi di vita, proprio attraverso la "psichiatria comparata", veicolo del pregiudizio razziale che essa stessa alimenta e conferma.

La comparazione applicata alle manifestazioni affettive (eccitamento, ansia, depressione) "porta ad individuare nell'elemento sottocorticale e precisamente nei centri diencefalici, l'elemento primario delle nevrosi e della psicosi maniaco-depressiva. [...] Più l'individuo è primitivo e più la sindrome affettiva ha l'aspetto della crisi ansiosa e cioè della reazione da paura. Più l'individuo sarà evoluto e più la sua corticalità maschererà l'ansia". Trattandosi di semplici crisi e quindi di "reazioni" affettive di breve durata – poiché "nello psichismo primordiale la minima alterazione neuro-vegetativa conduce, con estrema facilità, alla crisi affettiva" – Felici invita a non confondere queste crisi, rapide e benigne, che hanno luogo in "individui a mentalità non evoluta" con le forme di "psicosi distimica o di psiconevrosi" che si riscontrano nell'uomo europeo. Ciò anche in ragione del fatto che non si può "adottare una qualunque schematizzazione nosografica di tipo occidentale" innanzitutto perché lo studio dei pazienti osservati "comportava difficoltà notevoli (principalmente per la diversità della lingua)" e in secondo luogo perché una tale interdizione è posta dall'esito dello studio (comparato) stesso: si tratta di due "psichismi" incommensurabili, sia nella salute sia nella patologia. La loro comparazione ha come effetto la conferma della distanza incommensurabile.

Anche in un altro articolo, corollario di un'analisi peritale "eseguita per incarico della Procura Generale di Tripoli", Felici esplicita l'utilità della comparazione in psichiatria e conferma la tesi dell'eterogeneità radicale delle mentalità civilizzate e non civilizzate<sup>963</sup>. Si appoggia agli argomenti dell'*Ecole d'Alger*, ratificandoli, secondo cui nei processi psicologici dell'indigeno nordafricano vi sarebbe l'intervento costante delle rappresentazioni collettive; gli elementi affettivi e le credenze magiche si sostituirebbero all'osservazione oggettiva personale e al ragionamento logico. L'indigeno mostrerebbe indifferenza davanti alla

---

<sup>963</sup> Mario Felici, *Furore omicida in soggetto ansioso*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», novembre 1949.

contraddizione e impermeabilità all'esperienza, non distinguerebbe la percezione reale da quella immaginaria, attribuirebbe al sogno lo stesso valore delle percezioni vigili. La sfera istintuale prevarrebbe su quella intellettuale, il sentimento della natura su una sistematizzazione coerente del mondo percettivo e cognitivo.

Come già scriveva dieci anni prima Henri Aubin, “il primitivismo è responsabile dell'allure discontinua delle psicosi, delle reazioni esplosive, delle tendenze all'onirismo, delle credulità” e l'ansia si manifesta “con illusioni e allucinazioni e sotto forma di onirismo terrificante”<sup>964</sup>. Allo stesso modo la letteratura precedente (a sua volta Aubin cita Delmas e Baruk) afferma che “presso il primitivo, come presso il bambino ci sono accessi brevi e attenuati o che si evolvono con brevi scariche d'eccitazione o ansia, separate da intervalli di calma e lucidità”; Felici riprende alla lettera anche questa tesi e vi aggiunge altre deduzioni (la lucidità del soggetto per tutta la durata dell'azione antisociale, l'offesa contro l'ambiente esterno e non contro di sé derivante dagli stati d'ansia).

La diagnosi differenziale, nel caso del contadino che ha ucciso in maniera efferata il figlio e di cui bisogna stabilire la capacità di intendere e di volere al momento del delitto, porta a concludere che il soggetto fosse in preda a una “condizione ansiosa [...] di natura psicosica” che nel libico tipicamente “si manifesta in forma episodica ed esplosiva ed è spesso iniziata da ‘onirismo terrificante’”. Messaud uccise dunque “durante una crisi distimica la quale attraverso un iniziale onirismo terrifico produsse in lui lo scatenarsi del suo psichismo affatto primordiale e lo condusse attraverso soprannaturale-magia-esorcismo ad una ‘catarsi’ terribilmente sanguinosa”. Felici scrive a conclusione di questo caso che

Il lato più interessante, dal punto di vista della psichiatria comparata, sia quello proprio al furore omicida. Che cioè mentre di regola il depresso, l'ansioso offende se stesso – almeno secondo la clinica psichiatrica costruita dall'uomo civilizzato attraverso l'osservazione dei propri simili – il Messaud fu dalla crisi distimica trascinato al duplice omicidio. Quindi se ne deve

---

<sup>964</sup> Henri Aubin, *Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les noirs*, «Annales médico-psychologiques», 1-2, 1939, pp. 1-29 e 181-213.

concludere che esiste un diverso aspetto dello stato ansioso a seconda che esso si verifichi in un individuo evoluto psichicamente oppure in un individuo a psichismo primordiale. [...] Tale differenza di comportamento è verosimilmente dovuta alla maggiore efficienza dell'istinto di conservazione (in quanto non modificato dalla evoluzione e quindi liberato dai freni inibitori) in uno psichismo permeato ancora da rappresentazioni collettive, sotto forma di credenze magiche di gruppo, e nel quale non si è instaurata la rappresentazione personale, ossia il ragionamento logico.

## 2.6. Un caso clinico: “temperamento paleopsicologico e psicosi di civilizzazione”

Dopo aver illustrato le caratteristiche salienti dei dossier amministrativi e delle cartelle cliniche dei pazienti libici e italiani “manicomiabili” reperite all'ex ospedale psichiatrico di Palermo<sup>965</sup>, ritengo ora opportuno riportare per intero un caso clinico che Bravi ha trattato a Tripoli e ha illustrato nell'articolo *Temperamento paleopsicologico e psicosi di civilizzazione*<sup>966</sup>.

Il titolo racchiude la diagnosi, e pone un problema al “civilizzatore”, peraltro non distante da numerosi dibattiti attuali: è possibile la completa assimilazione di mondi mentali diversi? Oppure essa è impedita, turbata da dinamiche psichiche conflittuali e non risolvibili? Resta, secondo l'autore “in sede teorica, il problema fondamentale: quello dei limiti del potere di penetrazione di una civiltà superiore in un microcosmo impreparato a riceverla”. Inutile sottolineare anche qui la contrapposizione tra la civiltà “superiore” e una, al di sotto, senza ai mezzi per poter beneficiare degli apporti della civilizzazione.

Il caso è interessante da diversi punti di vista. Innanzitutto la protagonista è una donna; una donna libica<sup>967</sup>, istruita, con un'ottima conoscenza della lingua italiana e un'intelligenza superiore alla media, considerandone “età, sesso e razza”. È una donna indigena che ha una relazione *more-uxorio* con un “nazionale”: emerge qui potentemente il tema della relazione fra i sessi in colonia, ovvero dei rapporti tra donne di colore e coloni. Vi è, da un lato, l'aspetto emancipatorio rappresentato, per

---

<sup>965</sup> Cfr. 2.3. *Cartelle cliniche del manicomio di Palermo*.

<sup>966</sup> *Temperamento paleopsicologico e psicosi di civilizzazione. Osservazione personale*. Comunicazione alla Società medica della Libia il 3 dicembre 1939, «Riforma medica», 9, 1940, pp. 292-293; corrisponde al frammento XIV nella raccolta delle opere di Bravi del 1955. Così è riassunto il caso dall'autore: “Una giovane negra è posta a contatto in maniera piuttosto brusca con la civiltà europea, prima attraverso una relazione quasi-coniugale, con un nazionale, poi attraverso la ragione professionale. Il conflitto interiore fra il temperamento ed il progresso della moderna civiltà determina, fase per fase, una forma ansiosa con tendenza suicide: la malata analizza il proprio dramma affettivo e lo riproduce perspicuamente nella sua esposizione. L'interessante caso clinico consentenspunti semeiologico-differenziali con la personalità iserica, magico-dereistica, con la psicosi di civilizzazione, e solleva, per l'Igiene mentale, il problema dei limiti di assimilabilità psichica fra diverse civiltà”.

<sup>967</sup> In realtà non si dice mai che la donna è libica, ma viene definita “negra”.

una donna indigena, da questo tipo di relazione – come si può leggere “tra le righe” del testo di Bravi; dall’altro quello inibitorio, veicolato dalla legislazione razzista. Con la condanna ufficiale operata dal regime con le leggi razziali a qualsiasi “rapporto di indole coniugale” tra italiani e sudditi<sup>968</sup>, si assiste a un riaggiustamento dei rapporti precedenti, a una negoziazione forse, a una rottura, a sensi di colpa o di impotenza. La legge imposta dall’esterno ha quindi un effetto diretto e dirompente sulla vita intima delle persone, sulle scelte, sulle prospettive. La punizione prevista dalla legge fa sì che nonostante il permanere dell’affetto, la vita sessuale sia negata. L’istanza fascista del buon ordine coloniale inscritto nei corpi e nella distanza porta alla scissione “fisica” dei due mondi e, nel caso in esame, alla scissione interiore di almeno uno dei due soggetti. Bravi sottolinea il fatto che la donna non possa comprendere, non si capaciti dell’allontanamento imposto; il medico, che pure nella corrispondenza amministrativa del Reparto psichiatrico ospedaliero si accommiatava con “saluti fascisti”, non si pronuncia sulla legislazione, sul senso che quelle leggi avevano ai suoi occhi. Altro elemento interessante, legato al genere, è quello della professione, o meglio delle opportunità lavorative aperte anche alle donne indigene (con le caratteristiche di cui sopra: istruite, italofone, legate al mondo degli uomini italiani): la paziente di Bravi è “dicitrice alla radio”; e la radio costituirebbe una delle “forme più evolute del mondo moderno”, tali da rendere ancora più “brusco” il contatto con quel mondo. La riservatezza della donna –

---

<sup>968</sup> Il regio decreto 19 aprile 1937 n. 880, *Sanzioni per i rapporti di indole coniugale fra cittadini e sudditi* (convertito in legge il 30 dicembre 1937, n. 2590) punisce le relazioni *more uxorio*, il cosiddetto madamato, con la reclusione da uno a cinque anni. La legge 15 giugno 1939 n. 1004, *Sanzioni penali per la difesa del prestigio di razza di fronte ai nativi dell’Africa Italiana*, rafforza il divieto. Cfr. su questi temi: Giulia Barrera, *Dangerous Liaisons. Colonial Concubinage in Eritrea, 1890-1941*, Program of African Studies Northwestern University Working Papers, n. 1, 1996; Ead., *The Construction of Racial Hierarchies in Colonial Eritrea: The Liberal and Early Fascist Period, 1897-1934*, in Patrizia Palumbo (a cura di), *A Place in the Sun: Africa in Italian Colonial Culture*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2003, pp. 81-115; Ead., *Sex, Citizenship and the State: The Construction of the Public and Private Spheres in Colonial Eritrea*, in Perry Willson (a cura di), *Gender, Family and Sexuality: The Private Sphere in Italy 1860-1945*, New York, Palgrave Macmillan, 2004, pp. 157-172; Nicoletta Poidimani, *Difendere la razza. Identità razziale e politiche sessuali nel progetto imperiale di Mussolini*, Sensibili alle foglie 2009; Gianluca Gabrielli, *La persecuzione delle unioni miste (1937-1940) nei testi delle sentenze pubblicate e nel dibattito giuridico*, «Studi Piacentini», 20, 1996. Tra le più note studiose internazionali dell’intreccio colonialismo-razza-genere-intimità: Ann Laura Stoler, *Carnal Knowledge and Imperial Power: Race and the Intimate in Colonial Rule*, University of California Press, Berkeley 2002; Anne McClintock, *Imperial Leather. Race, Gender and Sexuality in the Colonial Context*, Routledge, London 1995.

portato del mondo da cui proviene, dalla rigida separazione di sfera privata e sfera pubblica – mal si concilia con il clima che vige sul posto di lavoro, e il lavoro, da strumento emancipatorio e di accostamento alla “civiltà superiore”, diventa fonte di disagio, di angoscia, accentua la scissione tra due mondi invece che contribuire ad assimilarli.

Prima di definire con chiarezza la diagnosi – psicosi di civilizzazione che si estrinseca in una “lotta interiore” tra “il vecchio mondo del temperamento ereditario- costituzionale ed il nuovo mondo della cultura e dei costumi acquisiti, ma non sufficientemente assimilati”<sup>969</sup> – Bravi illustra e scarta due ipotesi, da ripercorrere poiché rappresentano due nodi dell’approccio psichiatrico dell’epoca.

Potrebbe esserle, forse più semplicemente, applicata la diagnosi di isteria; ma secondo Bravi non è il caso:

È estremamente semplice, di fronte ad una giovane che si comporta in tale maniera, ricorrere alla diagnosi-base di isterismo e di personalità primitivamente isterica. Non solo non si sono riscontrate le cosiddette stigmate, ma neppure si nota nel passato e nel presente del nostro soggetto, alcunché che possa far pensare ad una componente isterica. Nulla poi della manifestazioni convulsive, convulsiviformi, o degli atteggiamenti propriamente isterosimili.

Oppure la donna potrebbe essere spinta a “sovrapporre il mondo reale con quello mistico” da un’inclinazione tipica delle “popolazioni dell’Impero”, da una limitazione insomma delle facoltà intellettive superiori, confermando in tal caso le osservazioni di Brambilla (che Bravi cita) a proposito degli ascari colpiti dalla “malattia del diavolo”. Ma anche questa seconda ipotesi è negata:

V’ha, nel suo esame, una visione così chiara e distinta della realtà, che contrasta vivamente con l’inclinazione fantasistica degli arabi, è ancor più

---

<sup>969</sup> Nell’introduzione e nell’analisi conclusiva del caso, numerosi sono i riferimenti a André Donnadieu, *Psychose de civilisation*, «Annales médico-psychologiques», 97, 1, 1939, pp. 30-37.

rara nelle donne, e contrasta anche con le operazioni ed i tentativi magici, ch'ella, sia pure per suggerimento altrui, non trascura.

A proposito delle pratiche locali di cura la donna riferisce che è stata visitata da un “santone arabo”. Questo incontro terapeutico avviene nella casa della famiglia della donna; luogo che rappresenta la il mondo tradizionale, da cui la donna ha preso le distanze. Contrasta con questo *milieu*, quello “moderno” che la donna abbraccia sotto diversi punti di vista – la relazione con il “nazionale” e il triste esito causato dalle “leggi”, la Radio e il lavoro “fuori casa”, l’ospedale e il rapporto terapeutico con il medico – soccombendo infine psicologicamente.

Tutti gli elementi che ho cercato di enucleare emergeranno più chiaramente dal testo, insieme a un'altra serie di questioni, che illustro brevemente ora, più legate alla pratica clinica, alla gestione dei dati a disposizione del medico, alla relazione medico-paziente e alle sue modalità.

Quello di Z. bent S. è ovviamente di un caso ricco di dettagli, nell'anamnesi, nell'esame obiettivo e nell'esame psichico; forse un *unicum* in tal senso, ma si ricordi come Bravi teneva alla precisione e all'approfondimento<sup>970</sup>. Anche se i dati anamnestici a disposizione non sono molti, essi permettono a Bravi diverse inferenze. Nel racconto della sua storia, la paziente deve partire dalla vita sessuale, secondo una tradizione psichiatrica che, per quanto riguarda le donne, poneva un'enfasi particolare sul rapporto tra sessualità e condizione psichica – basti pensare alla diagnosi di isteria – in un quadro in cui non poteva essere altro che la vita sessuale e riproduttiva a determinare *in toto* la loro esistenza.

La donna tende ad essere reticente; ma Bravi ha abbastanza elementi per passare in rassegna alcuni aspetti considerati cruciali: le radici sessuali dei conflitti intrapsichici, la presenza di autoerotismo e etero- o omosessualità, la stabilità delle relazioni affettivo-sessuali e, nel caso in esame, la loro “legalità”.

Se Bravi aveva nominato l'incomprensione linguistica, la concezione araba del tempo, la visione fatalistica della vita, la mancanza di introspezione, l'incapacità di rielaborazione critica tra gli elementi che rendono difficile l'approccio e l'efficacia

---

<sup>970</sup> Cfr. la conclusione del capitolo 2.3. *Cartelle cliniche*.

di un rapporto terapeutico con un paziente indigeno, in questo caso non è presente nessuno degli elementi suddetti. La barriera linguistica non c'è, data la dimestichezza della donna con l'italiano; la paziente ha “esatta cognizione del tempo e realistica visione del futuro”, nonché uno “spirito di osservazione analitica profondo”, portato ambivalente del contatto con la civiltà europea.

proprio questa intelligenza, in quanto ha di penetrazione, di approfondimento psicologico, è pur essa fonte indiretta delle sofferenze affettive dell'ammalata: perché le consente di comprendere il contrasto interiore, perché le permette di “rappresentarselo” psichicamente nella sua crudeltà. [...] Proprio questa capacità introspettiva, tanto rara nei nostri ammalati, ed ancor più nel sesso femminile, ha concesso i beni ed i mali della nostra civiltà a questa donna.

Ma vi è di più: lo psichiatra lascia la parola alla paziente. Nella relazione tra medico e paziente in ambito psichiatrico, abbandonato il modello custodialistico e fatto proprio qualche principio della psicanalisi, insieme all'obiettivo terapeutico, la parola assume centralità. Bravi sembra aderire genericamente a questo approccio<sup>971</sup>. Come risulterà evidente dalla lettura del caso clinico, Bravi fa in modo che sintomi, decorso e interpretazioni trapassino “dalle conversazioni, dalla viva voce dell'ammalata stessa”. Per questo il medico riporta “alcuni brani ricavati dalle conversazioni e dagli interrogatorii che fanno parte della cartella psicografica personale”, molto più eloquenti dei “semplici rilievi, standardizzati, sulla natura e le proprietà della sfera volitiva” o dell’“elencazione pura e semplice delle voci comuni del dizionario psicopatologico”. Diciamo che gli schematismi in questo senso, nel

---

<sup>971</sup> Nel saggio III. *Di alcune differenze psicologiche e tendenziali psicopatologiche fra le razze indigene libiche, araba ed israelitica* Bravi scrive: “Si è voluto accennare da ultimo a proposito dell'osservazione psicologica, anche al tentativo psicanalitico, non solo per una ragione d'ordine metodologico, ma per l'interesse che potrebbe rivestire questo interesse in altre razze che non siano quelle propriamente considerate come più evolute: sarebbe semplice, parlando di psicanalisi, rinunciare a qualsiasi speranza, in quanto le limitazioni sinora descritte non sembrano tali da giustificare sottigliezze e ricami d'indagine, là dove il metodo più semplice incontra talora ostacoli insormontabili; non è escluso tuttavia che, caso per caso e , soprattutto fra il contingente israelita, un tentativo simile, periglioso sempre, arditissimo nella fattispecie, possa in soggetti adatti, ottenere soprattutto nel periodo iniziale della psicopatia, qualche risultato apprezzabile”, p. 21.

lavoro di Bravi restano sullo sfondo; una compilazione puramente formale delle cartelle o l'incasellamento in una tabella nosologica a cadenza semestrale, per lui che vuole condurre un'indagine "etnopsicografica" delle popolazioni dell'Impero, non hanno senso.

Con questa sottolineatura della "voce della paziente", non ci stiamo illudendo di fare una "history from below". Tuttavia queste aperture all'interno della produzione discorsiva coloniale e di quella psichiatrica – o nell'area della loro sovrapposizione – meritano di essere segnalate, perché indicano pratiche che resterebbero altrimenti ignote (alcuni "momenti" della psichiatria coloniale), interazioni raramente illustrate (medico-paziente); mostrano una "tecnica" (un approccio psichiatrico) mentre mettono in luce svolgimenti ed esiti, in chiave soggettiva, di "fatti storici" (le leggi razziali).

Z. bent S., negra, nata e domiciliata a Tripoli, di anni 32, nubile.

*Anamnesi.* Come avviene quasi di regola in questi casi, non si hanno gli elementi per costruire un albero genealogico, in quanto i parenti sono digiuni di notizie circa il proprio gentilizio come la paziente stessa. Si può risalire, al massimo, sino ai genitori, dei quali si può conoscere che il padre era sonatore di «danka», ma la paziente lo perse di vista, perché lasciò la famiglia, così che attualmente non se ne sa più nulla. E la madre è descritta come un soggetto somaticamente abbastanza sano, che non avrebbe sofferto malattie di sorta, senza caratteristiche psicopatologiche o costituzione neuropatica. Una sorella e due fratelli sarebbero sani, ed hanno vissuto completamente al di fuori del dramma che ha colpito la paziente. In definitiva il gentilizio sembra apparentemente immune da tare neuromentali.

Sarebbe nata da gravidanza e da parto normali, non rammenta di avere mai sentito parlare di malattie durante la sua infanzia. Avrebbe frequentato la scuola italo-araba, apprendendo l'italiano correttamente bene. Rimase in casa a lavorare, e non ebbe contatti frequenti con il mondo durante questo periodo. Ed in genere non si possono citare vere malattie in tutta la sua vita che trascorre in

condizioni somatiche e fisiologiche buone. Ebbe la prima mestruazione verso l'età di 13 anni, e le successive furono normali per ritmo, senza deviazioni quantitative, senza eccessive sofferenze.

Per quanto riguarda lo sviluppo psichico, non abbiamo elementi sufficienti per poterne stabilire le tappe e le caratteristiche fondamentali: risulta chiaro tuttavia che, in confronto della media delle fanciulle della sua età, la Z. avrebbe presentato una relativa precocità mentale, dimostratasi a scuola, col più rapido apprendimento della lingua italiana, in breve periodo di tempo. Riesce più difficile stabilire con certezza se mai vi furono episodi o spunti psicopatologici come accenno a fughe nell'adolescenza, allucinazioni, atteggiamenti mistici, impulsi erotici deviati, trasporti affettivi esagerati o veri e propri fatti convulsivi o pitiatici. Secondo quanto riferisce la paziente, nulla di tutto ciò si sarebbe verificato; nessun disturbo avrebbe incrinato la continuità del suo sviluppo.

(è superfluo insistere sull'intrinseca insufficienza di questi appunti informativi che, per quanto risultino la sintesi di una lunga serie di interrogatori, di domande e di conversazioni, non giungono mai ad approfondire sufficientemente le tappe e gli aspetti d'una personalità in fieri. Per quanto il grado d'intelligenza della paziente sia di non indifferente ausilio, vi sono elementi che possono sfuggire anche alla sua analisi, e vi sono fatti, che per ragioni di ritegno religioso, la paziente preferisce sottacere).

Lo studio più interessante e più difficile riguarda la vita sessuale della paziente. Difficile, per quelle ragioni che sono comuni a simili narrazioni da parte di qualsiasi donna, ed, in particolare, di quelle che, per ragioni di razza e di religione, conoscono solo una sede, per parlare di questi argomenti, il silenzio discreto dell'appartamento femminile della casa. Non si può dire neppure che la paziente abbia dimostrato una reale ostilità, una vera antipatia a parlarne, ma, ad ogni modo, sia pure con sfumature diverse, non si possono raccogliere dati certi e notizie ben delimitate. Molto difficile riesce poi stabilire l'età approssimativa, alla quale si sarebbero indovate, per la prima volta, le prime aspirazioni sentimentali o

decisamente sessuali. Che vi sia stato un periodo di autoerotismo, appare pressoché indubbio, ma non dev'essere stato né esagerato, né eccessivamente precoce. A quale età poi si sia manifestata l'attrazione erosentimentale o decisamente sessuale per l'altro sesso, è ancora più difficile. È invece certo che la giovane non avrebbe mai presentato segni di attrazione verso il proprio sesso né avrebbe mai praticato l'omosessualità.

Circa i rapporti con l'altro sesso, essi appaiono piuttosto oscuri: dato il silenzio completo sugli inizi, dobbiamo riferirci necessariamente alla relazione più documentata, quella che la paziente contrasse con un nazionale, molti anni prima della promulgazione della Legge sulla difesa della razza. Questi rapporti, assunsero ben presto le caratteristiche di una vita coniugale, e l'affettuosità della piccola Z. bent S. acquistò tonalità diverse dall'intensità sentimentale alla passionalità esclusiva e gelosa. Il contatto con il nazionale non riuscì indifferente alla formazione della personalità della giovane: per quanto da parte dell'italiano vi fosse tutta la buona volontà per adeguarsi alle sue condizioni di vita e di civiltà e nessuna pretesa che la paziente lasciasse o trascurasse la sua prassi religiosa o confessionale – il soggetto cercò tuttavia di partecipare alla vita dell'uomo col quale conviveva e si accostò alla vita europea più di quanto ella stessa non immaginasse. Questo periodo di vita quasi coniugale trascorse in perfetta armonia e fu contraddistinto da una normalità psicofisiologica, che non può essere posta in dubbio. È vero altresì che a tale forma, seppure illegale, di unione, la giovinetta non aveva opposto alcuna obiezione sostanziale, pur considerando le nozze come un rito non semplicemente formale ma necessario alla stabilizzazione della propria situazione anche in sede religiosa. Non consta tuttavia che tale argomento abbia rappresentato di per sé una forza sufficiente per incrinare, in qualche modo, la serenità della sua esistenza, anche perché nell'affetto del compagno e nella vita relativamente agiata, la Z. bent S. avrebbe trovato l'equilibrio sentimentale ed etico nel campo sessuale.

Il dramma inizia appunto al tempo della promulgazione della Legge sulla difesa della razza. Sembra che, preavvertito di tali disposizioni, egli troncò bruscamente i rapporti con la paziente, e si ritirò ufficialmente dalla scena della sua vita. Legato d'affetto per lei, riuscì tuttavia a farle pervenire con periodica regolarità i mezzi per vivere.

Il nazionale, interrogato espressamente, ha dichiarato più volte che, dopo il distacco, non avrebbe più avuto alcun rapporto con la Z., ed anche se andò a trovarla qualche volta e si interessò affettuosamente di lei, ogni vincolo strettamente sessuale fu abolito. Non si conoscono i particolari della reazione presentata dal soggetto ad una simile situazione che di norma avrebbe dovuto superare le sue normali capacità di comprensione. Ad ogni modo, sembra che il dolore sia stato piuttosto profondo, e riesce appunto sommamente difficile precisare se fu il trauma psichico a determinare una reazione particolarmente incresciosa – primo spunto apparente di una inclinazione psicopatica. Apparentemente, no. Perché il nazionale ammette di averla trovata sempre tranquilla, sino a quando avrebbe cominciato a partecipare alle radiotrasmissioni. Questo brusco contatto con il mondo esterno non può non aver influito sulla mente della giovane, per quanto, all'inizio, ella fosse contenta di partecipare a questa vita. Il compito che le era assegnato fu ben presto assolto, perché la giovane sembra possieda naturalmente le doti richieste: una voce adatta per i canti arabi, la cadenza necessaria, la tonalità nostalgica che si dimostra utile in tali specie di canti. Sembra anzi che fosse molto apprezzata per queste sue doti, almeno in un primo tempo. Il primo dramma avrebbe avuto inizio durante una trasmissione. La paziente sembra ricordare distintamente che l'orchestra, lungi dall'accompagnarla nel suo canto, non la seguiva, o decisamente cercava di confonderla. Faticosamente e col pianto alla gola, avrebbe cercato di arrivare sino alla fine, ma, al termine dello sforzo, avrebbe presentato una crisi "di nervi", com'ella dice, così grave da dover essere trasportata a domicilio. Ecco la sua interpretazione del fatto: *“Ho sempre cercato, mentre mi trovavo alla Radio,*

*di non dare confidenza a nessuno, e mi sono accorta che i componenti dell'orchestra araba e gli altri arabi colà impiegati si comportavano in maniera piuttosto libera con le altre ragazze che cantavano come me. A lungo andare, questa mia riservatezza dev'essere loro spiaciuta e, per quanto non me ne abbiano fatto parola, immagino che abbiano cercato di impedirmi di cantare per farmi licenziare. Ho protestato con il Vice-direttore, e mi aveva assicurato che tale fatto non si sarebbe ripetuto. Purtroppo, io non ne ero certa ed avevo un terribile timore che non potessi più cantare. Mi avviai il giorno successivo con la morte nel cuore. Ma poi un terribile terrore mi assalse: se l'orchestra non mi avesse seguito, se, improvvisamente, mi fossi sentita sola con la mia voce, oppure contrastata...".*

Le ore libere dalle radio-trasmissioni trascorrevano in uno stato d'incubo incessante e continuo, attraverso il quale non riusciva possibile quasi parlare con la paziente: periodi di lungo silenzio, di estremi timori, che si traducevano addirittura in veri tremori generalizzati, periodi apparentemente allucinatori. Il soggetto trascorse così una settimana circa, peggiorando, sempre più sino a giungere a veri atti insani e terribili, come quello di tentar d'appiccicare il fuoco alla casa, per il terrore delle voci che tentavano di insultarla e ferirla. Con alternative varie, ella giunse al punto di dover rinunciare alla sua professione ed a ritirarsi completamente in casa. Poiché i genitori se ne disinteressavano ella ebbe le cure soltanto da parte di quel nazionale che le stava accanto.

Il periodo che segue è decisamente psicopatologico. Ho potuto visitare la paziente in questo periodo della malattia e, per quanto l'esame somatico e quello neurologico siano stati sostanzialmente negativi, come mostrerà la parte ad essi dedicata, anche sullo stato nettamente psicologico, i dati non apparivano del tutto chiari e completi. L'interrogatorio ad esempio rivelava bensì delle ombre nelle manifestazioni più elevate del suo pensiero e, soprattutto, del suo sentimento: v'era un timor panico, una paura inespressa, un'impressione costante di terrore, quasi un allarme continuo per i piccoli rumori sospetti ma, con tutto ciò, il racconto della sua esistenza fluiva naturalmente in buon italiano, senza interruzioni e senza reali lacune. Le riserve cominciavano quando si

passava all'interpretazione dei fatti, in quanto la Z. era disposta a dare una interpretazione piuttosto magica degli eventi, ed, accorgendosi di parlare con un europeo era od appariva trattenuta da questioni pregiudiziali d'ordine religioso, e da una sorta di verecondia verso un infedele. Più oscura ancora appariva la descrizione per quanto riguardava, come si è avuto occasione di dire più volte, i rapporti quasi-coniugali e la rottura del vincolo con il nazionale di cui si è già parlato. Quanto alla sintomatologia soggettiva, questa appariva vaga ed incostante: su questo punto ella si esprimeva così: *“Mi sento continuamente invasa da sensazioni di tortura, trafittura in tutte le parti del corpo, talvolta mi colpisce un grande calore al cervello e non trovo più pace. Oppure mi sembra che delle persone mi vengano a prendere e mi vogliano uccidere: non sempre sono le stesse persone, ma so che sono i miei nemici, gli stessi che non mi hanno lasciato in pace, che mi hanno dannato”*. La tendenza alla fantasmagoria allucinatoria domina talvolta il racconto della nostra paziente: *“Un giorno sono entrati in casa mia, mia madre ed un santone arabo. Io ho sentito distintamente che questo santone veniva per farmi liberare dagli spiriti maligni. Egli mi ha interrogato gentilmente ed ha voluto conoscere tutta la mia storia. Poi mi ha applicato le pratiche magiche, ed ho sentito che mi liberavo davvero. Quando era uscito dalla mia casa, mi sembrava che fossi stata sollevata dall'incubo. Ma questa impressione durò molto poco. Poche ore dopo, mi sentivo ancora male”*. È importante la circostanza che, dopo l'inizio forse un po' ritroso e discretamente faticoso, il soggetto abbia chiarito sempre più il proprio pensiero, e siano apparsi perspicuamente gli elementi che caratterizzano la macchina mentale nei suoi diversi segmenti. Così, almeno apparentemente, il segmento intellettuale se non proprio salvo appare relativamente rispettato in quanto la memoria e l'intelligenza non sembrano decisamente compromesse: anche la critica permane, per lo meno per i fatti meno decisamente legati al dramma particolare vissuto dal soggetto. Sembra invece compromesso il segmento affettivo, che presenta una carica esagerata, un'inclinazione decisamente depressiva per non dire melanconica, un'esaltazione di determinati affetti in una formula quasi passionale. La volontà come tale, come capacità autonoma di

azione, come potere personale d'iniziativa, non può non risentire delle procelle del segmento affettivo e viverne per la propria parte le conseguenze. Ma, come sempre avviene, più che il semplice interrogatorio, più che l'esame ambulatorio, poteva l'osservazione indiretta: e qui, la persona che l'assisteva poté far molto meglio agli effetti della comprensione del soggetto. Così, mentre di fronte ad estranei, la malata si comportava entro i limiti della correttezza apparente, nella solitudine della casa, il suo contegno era diverso.

I fatti più importanti si riassumono nei due elementi psicopatologici, la fuga, ed i tentativi di suicidio. Le fughe, come tali, non dovevano neppure essere tanto nuove nella sua vita, ma la loro frequenza, il loro aspetto strano ed inusitato, l'ora insolita (tentò di fuggire da casa alle 5 del mattino), l'assenza d'una meta determinata, conferivano ad esse una configurazione chiaramente patologica. I tentativi di suicidio erano ancora più gravi: una volta tentò di farsi ardere dalla fiamma, cospargendosi di petrolio e fu salvata per caso, un'altra volta, scomparsa di casa, si gettò in un pozzo: e per questo ultimo episodio, fu ricoverata nel Reparto Osservazione psichiatrica. Si potrà obiettare come mai non sia stata ricoverata prima, ma la ragione è semplice, perché durante il suo peggioramento, le pratiche per il ricovero subirono inceppamenti determinati dalla situazione familiare: i parenti stessi non se ne volevano interessare, ed il nazionale che l'assisteva non aveva la veste e la possibilità di provvedere al suo ricovero. In tutti i modi, apparentemente almeno, fu un tentativo di suicidio inevaso a porre la malata sotto osservazione diretta. L'interpretazione di tale episodio racchiude la spiegazione di tutte le stranezze del contegno, dimostrate dalla paziente: *“Io vivo – ella narra con tutta tranquillità – in una situazione insostenibile. I miei con mia mamma, non si vogliono interessare di me. Ho perso il posto alla radio ed ho anche poche speranze di poter ritornare ad occuparmi in qualche modo. Sono legata d'affetto profondo a quest'uomo che sta con me, ma non può sposarmi. Gli ho proposto di abiurare alla religione cristiana, di farsi maomettano e di sposarmi secondo il nostro rito. Egli dice di non potere. Sono decisa a lasciare religione dei miei padri, a farmi cristiana, a patto che mi sposi.*

*Ma mi dice che il mio sacrificio sarebbe inutile in quanto le Leggi sulla difesa della razza gli impediscono assolutamente di sposare una donna non ariana. Io sono disperata: vorrei legarmi a lui come una donna europea, essergli fedele, non staccarmi mai, giurare una parola eterna, e non posso farlo. Ecco perché la disperazione mi ha condotto a togliermi la vita. Sento di essere infelice e non riesco a trovare una soluzione che riesca a sollevarmi da questa infelicità*”. Non si esclude che il soggetto abbia attraversato una fase di erotismo esaltato, invano attenuato dai tentativi persuasivi e che il contrasto troppo stridente fra una condizione agognata ed irraggiungibile e la realtà dura, fatta di rinunce in tema sessuale – rinuncia male compresa – l’abbia posta dinanzi ad un dilemma per lei atroce: rinunciare alla persona amata e tentare di tornare alla condizione di araba casalinga in attesa di pretendente secondo la formula rituale. Episodi successivi, come del resto tutto il passato, dimostrano ch’ella tendeva sostanzialmente alla prima e non alla seconda ipotesi. Basti dire che uscita dal Reparto in condizioni notevolmente migliori e ritornata in seno alla famiglia, non riuscì a rimanervi a lungo ma, dopo una sola settimana, era di nuovo tornata in casa dell’uomo da lei scelto. Lo studio diretto e l’osservazione diretta, e l’ulteriore analisi, diranno più che non la semplice anamnesi, lo stato reale della macchina mentale della paziente.

Dall’anamnesi, che per ragioni ovvie è soprattutto una psicoanamnesi, risulta in sostanza quanto segue: una giovane negra vive nella propria famiglia ed acquista una cultura superiore alla norma delle ragazze della sua e della sua condizione. Riesce a legarsi con rapporti stabili con un uomo europeo tanto da condurre con questo, in completa comunanza di affetti e di comprensione, una vita quasi-coniugale. La raffica delle Leggi razziali la pone dinnanzi al distacco del quale soffre. Il contatto è brusco col mondo moderno, rappresentato da una delle forme più evolute, la Radio. Non resiste a lungo perché il suo contegno corretto da un lato, la sua apparentemente limitata sociabilità le nuocciono sino al punto da scatenare un delirio persecutorio alimentato da illusioni e vere allucinazioni. La sindrome si rende sempre più grave, ed il conflitto drammatico si delinea sempre più evidente fra il desiderio puro – istinto – di avere de facto e de jure l’uomo scelto, superando le convenienze e le Leggi, e la realtà d’una rinuncia sessuale che supera le sue capacità – fra la formula primitiva del raggiungimento erotico-sentimentale, e la cultura posticcia, la metastruttura intellettualistica male digerita che impedisce

qualsiasi valutazione del dramma nella sua sostanza. A tale contrasto ideologico-affettivo, la giovane negra non regge: le allucinazioni, gl'incubi, le fughe ed i tentati suicidii documentano le tappe del dramma affettivo. È chiaro tuttavia che il soggetto, il quale non manca di spirito di osservazione analitica profonda, non riesce a risolvere il dilemma, non sa superare la difficoltà del proprio mondo sentimentale: non sa insomma rinunciare all'Ego antico, eredo-costituzionale, per adattarsi all'Ego moderno, civile, europeo: la paleopsiche lotta con la neopsiche, senza che l'una prevalga sull'altra. Ed il conflitto fra i due mondi sbocca negli eccessi di un vero *raptus melancholicus* – quale appunto deve apparire, con le riserve della componente funzionale – il tentativo di suicidio, soprattutto quello ultimo, più grave.

L'esame obiettivo, in un caso simile, può dire ben poco. Le caratteristiche proprie della razza, in sede antropologica, non richiedono una particolare descrizione. Biotipologicamente si tratta di una costituzione longilinea armonica, senza fatti disendocrini apparenti. All'esame del soma, mentre il volto presenta profonde le caratteristiche della razza, soprattutto il prognatismo spiccato, i denti sporgenti e l'aspetto sgraziato, il corpo conserva un'armonia di linea ed una compostezza di rapporti anatomici che si conciliano con l'apparente salute fisica e con l'interesse sessuale ch'ella può avere suscitato. Non si notano ad ogni modo fatti degni di menzione a carico dei vari organi ed apparati. Il polso durante i diversi esami appare modicamente frequente.

Anche l'esame del sistema nervoso dimostra pochi dati che si possono ben presto riassumere: pupille abbastanza ampie, bene reagenti alla luce, forse un po' lente. Facies ora ardente, ora depressa. Lingua lievemente tremula. Ipermimia incostante. Tremore lieve ed incostante alle dita delle mani a braccia protese. La sensibilità si dimostra correttissima in tutte le prove anche le più delicate. All'esame dei riflessi, i plantari risultano piuttosto vivaci, gli addominali ed i rotulei presenti, gli achillei deboli; i riflessi tendineoperiosteali agli arti superiori pure presenti; non si notano riflessi patologici, le zone isterogene non sono chiaramente eccitabili. All'esame dell'equilibrio, la stazione eretta appare bene conservata ad occhi chiusi; deambulazione normale. Nelle prove della coordinazione, la riposta appare corretta, eumetrica, anche quando si tratta di prove delicate. L'esame del linguaggio dimostra: parola parlata, anche in lingua italiana, senz'accenno a disartria, senza incertezze, senza titubanze di sorta. Le risposte sono chiare e precise.

L'esame psichico, come tale, non si vale soltanto dell'indagine psicoanamnestica, dell'esame funzionale analitico e dell'osservazione psichiatrica, ma soprattutto dagli elementi sino ad ora raccolti e agli interrogatorii successivamente espletati. Ha un interesse relativo precisare che il segmento intellettuale appare, negli intervalli di calma, poco compromesso (epperò precisare che, sempre nello stesso periodo, la coscienza sembra integra, l'attenzione vivace, la percezione pronta, il patrimonio ideativo ricco, florido, bene conservato, la logica valida e persino la critica attiva). Ma è più importante che ciò appaia dalle conversazioni, dalla viva voce dell'ammalata stessa. Così la nuda documentazione – sulla quale gl'istinti primitivi giocano una parte decisiva nella macchina affettiva, l'umore è variabile, più spesso depresso, i sentimenti superiori sono, non solo presenti, ma particolarmente esaltati, e non appaiono, anche nella forma, solo in funzione paleopsichica ma risentono della metastruttura civile – dice ancora poco sui sentimenti reali e sui contrasti che torturano la personalità della giovane, e spiegano, essi soli, le fonti reali della malattia, le sue caratteristiche inconfondibili, e conferiscono alla sfumatura, il valore di reale comprensione del suo io. E modesti sarebbero i semplici rilievi, standardizzati, sulla natura e le proprietà della sfera volitiva, che appare indubbiamente documentata meglio dai discorsi, dal contegno e dagli atti stessi della paziente. Epperò, al semplice esame analitico funzionale, od alla elencazione pura e semplice delle voci comuni del dizionario psicopatologico, preferiamo segnalare alcuni brani ricavati dalle conversazioni e dagli interrogatorii che fanno parte della cartella psicografica personale: *“La mia vita non è differente da quella di tante altre fanciulle della mia età e della mia condizione. Ho pensato tante volte che avrei potuto essere felice, veramente e completamente felice, nel caso in cui fossi rimasta nella mia povera condizione di nativa, senza nulla pretendere, senza ambire i risultati ed i doni della civiltà europea. La buona volontà e la comprensione prima, un certo orgoglio poi, mi hanno indotto ad accostarmi ad essa per naturale simpatia. Quando conobbi questo uomo, dedimai a lui tutte energie e tutte le aspirazioni sentimentali. Su questo punto, per quanto egli non mi abbia mai risparmiato le spiegazioni necessarie, io non ho potuto aderire alle ragioni che l'hanno indotto ad abbandonarmi. E, per quanto sia chiaro alla mia mente, che egli deve seguire le leggi del suo Paese, è troppo crudele ed inumano ch'egli non sia il mio sposo. Avrei sacrificato tutto per questo scopo, anche la religione dei miei, pur di legarmi definitivamente con lui, ma non è stato possibile. Questo ostacolo, che io non arrivo a comprendere, mi ha perduto, mi ha completamente dannato. Io non posso continuare una vita piena di contraddizioni: non resisto a questa ossessione*

*del dovere della rinuncia, al quale vorrei effettivamente accostarmi, e la passione che porto a quest'uomo. Sento che in lui perderei anche i beni di quella vita europea che ho provato a seguire, che mi attira intellettualmente ma che non so se merito. Sento anche che ogni tentativo per vincere questo dissidio purtroppo fallisce e, di fronte a queste difficoltà, mi sento profondamente debole. Quando lo scoramento mi prende, non riesco a dominarmi, ed il pianto è per me un naturale sfogo. Ma non basta: talvolta, le figure vecchie dei miei sogni e dei miei fantasmi popolano la mia mente, e mi condannano irrevocabilmente. Invano cerco di sottrarmi ad essi. Sono più forti di me; ed io li temo, li temo sempre di più".*

Abbiamo insistito sulla natura ed i caratteri delle allucinazioni: appare evidente che, almeno nei periodi di tranquillità, il soggetto riesce abbastanza a criticarle, ad analizzarle e, sino ad un certo punto, a considerarle sotto una luce tipicamente ed inconfondibilmente patologica: *"Ora mi domina il rimorso di avere mancato alla mia religione, ora sento tutta la poesia del mio sacrificio e dell'offerta fatta su di un altare più elevato. Ora strani incubi mi assalgono, e racconti dell'infanzia mi assalgono soprattutto quando son sola"*. Ci siamo preoccupati di conoscere se qualche tentativo di conversione religiosa si era spontaneamente determinato nel suo animo oppure era stato tentato dall'esterno: ma sembra che ciò non sia mai avvenuto. Abbiamo tentato di stabilire se, al fondo del tentativo di suicidio si nascondeva una componente isterica. L'ammalata ha dato le sue giustificazioni con la massima chiarezza: *"Mi sento come in una torre, come prigioniera. Sto vicino ad un uomo che non può essere mio marito. Non posso sposarmi con lui, come vorrei, non posso sposarmi con nessuno. Vorrei andare con il mio sposo lontano dal mondo ed egli mi dice che ciò non è possibile. Egli si sacrificerebbe per me, e mi lascerebbe presso mia madre, solo che volessi, perché si potesse presentare qualche pretendente della mia razza e della mia religione; ho tentato anche questo, e non ci sono riuscita. In queste condizioni, non potendo raggiungere quello che ambisco, non potendo avere nulla dalla vita, mi sento perduta; desidero solo la morte. Ho tentato due volte: una volta ho cercato di farmi ardere viva, mi hanno allontanata in tempo. Un'altra volta, fuggita di notte mi sono gettata in un pozzo arabo, ma non ho trovato la morte. Sono ancora qui a soffrire"*. Dal che appare, come sopra si commentava nell'anamnesi, che i due tentativi sono la risultante d'una lunga, interminabile lotta interna, nel campo affettivo, non regolata, ma ancora controllata dalla ragione, come dimostrerebbe la chiara rievocazione mnemonica. È doveroso preoccuparsi della componente funzionale di tali manifestazioni: tutta questa potrebbe essere una mess'inscena diretta a qualche scopo oppure decisamente diretta a nessuno scopo, impiantata solamente per impressionare le persone

circostanti, oppure il suo compagno. In realtà, una simile ipotesi non può essere sostenuta, dopo quanto è stato raccolto. Il primo episodio decisamente patologico, il dolore tipico espresso dallo psicotrauma del distacco viene descritto d'ambo le parti come sincero. Il secondo episodio, più clamoroso, che consiste nel suo contrasto professionale alla Radio, è troppo definito, troppo decisamente chiaro alla sua ed alla nostra mente, per lasciare dubbii sull'intrinseca verità del fatto e attendibilità dell'interpretazione offertane: chi scrive, ha potuto visitare, come si disse, l'ammalata piuttosto presto, dopo l'episodio stesso, per cui difficilmente si può ammettere che vi sia stata esagerazione pitiatca; l'ammalata era ancora sotto l'influenza diretta del trauma, presentava cioè, chiaramente, i segni ansiosi ed ossessivi, prevalentemente se non proprio esclusivamente sul tema di cui sopra si è parlato. E, relativamente presto, subito dopo il tentato suicidio, la giovane fu ricoverata, onde se ne poté raccogliere la confessione senza periodi intervallari. Troppo evidente è la conservazione intellettiva e la manifesta carica affettiva, troppo profondi sono i segni proprii della distimia, perché si possa introdurre la componente funzionale a far parte dello stato psicopatologico. Epperò anche l'episodio culminante rientra in una manifestazione ansiosa, in un vero raptus, originato dai dissidi mai placati del suo io cosciente. [...] Sarebbe facile, in un caso simile, introdurre la metodologia psicoanalitica, per trovare una spiegazione al conflitto in esame, in quanto lo sfondo sul quale si è sviluppata la psicopatia è di natura erotica. Ma è doveroso precisare immediatamente che il contrasto psichico nella paziente è abbastanza ben chiaramente delineato, si svolge su un piano relativamente armonico. In definitiva, spogliata della metastruttura superficiale, la lotta interiore della nostra malata si dimostra in un contrasto di sentimenti bene definiti: il vecchio mondo del temperamento eredo-costituzionale ed il nuovo mondo della cultura e dei costumi acquisiti, ma non sufficientemente assimilati. Non si può negare un accento di verità alle seguenti parole, spesso ripetute dall'ammalata: *“Perché debbo soffrire così? Cosa ho fatto? Perché sono condannata a queste eterne pene? Perché il destino non mi ha risparmiato queste torture? Perché ha voluto che conoscessi un bene a me ignoto perché poi mi doveva essere negato, quando mi sembrava di averlo raggiunto? Io non ho fatto nulla – ripeteva a volte fra il pianto – nulla ho fatto che mi debba rimproverare, eppure la mia vita è seminata di ostacoli, di fantasmi, di rimorsi. Io non odio, non ho mai odiato le mie compagne, le mie correligionarie, eppure la mia condotta mi ha resa invisita loro. Io non ho mai odiato gli europei, eppure ora mi trovo a dover piangere il mio affetto verso un europeo, perché le Leggi m'impediscono di sposarlo. Potevo*

*essere felice con poco, solo avessi voluto; ed anche ora, non chiederei al compagno della mia vita che poco: quel poco che ogni donna desidera quando è fedele; eppure sono disperata, debbo rimanere sola. Ho tentato, hanno tentato di rimettermi nel mio mondo, accanto a mia madre, nella mia casa; eppure non ci posso rimanere, debbo fuggire e ritornare ai miei mali. Che ho mai fatto di male, per dover soffrire così? Mi trovo come sospesa, senza punto d'appoggio, senza pace: i miei non mi vogliono, né i nuovi mi possono accogliere. Sono rejeta da tutti: e nessuno comprende la mia passione, il mio dolore, la mia pena?.*

## Conclusioni

Anche nell'ambito del colonialismo italiano, sebbene più limitato, nel tempo e nello spazio, rispetto a quelli delle potenze inglese e francese, si sviluppò un interesse per le forme di alienazione che si riscontravano nelle popolazioni soggette, nonché nei militari e nei coloni. Tale interesse aveva risvolti pratici e teorici: gli amministratori dei governi coloniali, in connessione con il governo centrale e le sue diramazioni create ad hoc nella fase di espansione coloniale e di successiva organizzazione civile dei territori occupati, si interrogavano sull'utilità e sulle forme dell'organizzazione di un'assistenza per i malati di mente nelle terre conquistate; i medici – di passaggio al seguito di truppe militari, alla guida di ospedali da campo, oppure impiegati in ambulatori isolati, o ancora strutturati all'interno di ospedali coloniali – trovandosi di fronte soggetti con disturbi psichici, prospettavano soluzioni per il loro trattamento, ma spesso le autorità restavano sorde ai loro appelli.

Se, nel 1906, nella colonia primigenia non s'era ancora “sentito il bisogno di uno stabilimento per il ricovero di alienati, sia per lo scarsissimo numero di pazzi, sia per le forme di alienazione mentale poco moleste e men pericolose alla società”, negli anni successivi tale bisogno fu espresso, ma non accolto dalle autorità. Basti ricordare in questo senso la proposta caduta nel vuoto di Alberto Mochi, medico della ferrovia eritrea, che intendeva creare villaggi per gli alienati, con beneficio per gli stessi e per le finanze coloniali (1916); la necessità, invocata da Luigi Cabitto, di costituire un centro di cure psichiatriche in ciascun governatorato dell'Africa Orientale Italiana, cui non seguì alcuna realizzazione (1938); ed infine, lo scoramento espresso da Alfredo Lombardi che, a colonialismo tramontato, ricorda della promessa non mantenuta di creare un “ospedale psichiatrico per nativi che risponderebbe ad una necessità” (1947). Così le colonie dell'Africa Orientale non disporranno di enti specificamente concepiti per i malati mentali: per i “nazionali”, per i quali si conia – in linea con i manuali di medicina tropicale prodotti in quegli anni in tutti i paesi in espansione – la diagnosi di “nevrastenia tropicale”, è previsto il ricovero nei reparti manicomiali degli ospedali coloniali principali ed il rimpatrio sul manicomio di Napoli, almeno per gli anni dell’“Impero”.

Su quali siano i provvedimenti presi per gli indigeni “alienati” non sono molti i dati a nostra disposizione. Certo è che vengono osservati nelle loro manifestazioni psichiche peculiari, rispetto alle quali la separazione tra fisiologia e patologia è mobile, con tendenza a considerare la fisiologia – il funzionamento normale – molto vicina alla patologia, ovvero in sé “deviante” rispetto a una norma definita naturalmente dall’osservatore. Gli alienati indigeni vengono ricevuti nelle strutture mediche facenti parte della “colonizzazione sanitaria” e calcolati, talvolta come gruppo distinto, ovvero gli affetti dai *morbi mentis*, nelle relazioni mensili; probabilmente molti sfuggono ai calcoli, anche se la statistica non pare una priorità per gli amministratori e i medici coloniali italiani, mentre sembra aver maggior peso per gli inglesi e i francesi, che promuovono studi – inchieste di terreno e lavori di tesi – finalizzati a provvedimenti pratici (ad esempio la proclamazione della necessità di costruire manicomi, di aggiungere posti letto, di sorvegliare l’attività dei guaritori locali). Nelle colonie dell’Africa orientale italiana sembra che sia lasciata alle popolazioni una certa libertà nella gestione dei malati mentali: ovvero, sebbene si tenti di spiegare con gli strumenti della psichiatria manifestazioni spesso non interamente riferibili a disturbi mentali, si prendono in considerazione – ma non sempre seriamente (Cabitto 1938) – i rimedi proposti dalle tradizioni locali. È interessante a questo proposito il caso di Angelini (1936), che dopo aver concesso l’applicazione di un rimedio indigeno, rimane stupito per la sparizioni dei sintomi di alterazione psicofisica nel paziente. Inoltre è probabile che la gestione degli alienati venisse lasciata alla famiglie e alle comunità, come si può inferire anche da quanto la Gran Bretagna andava facendo nelle sue colonie dell’Africa equatoriale. Ma ugualmente si può pensare che, in assenza di “manicomi” e luoghi di cura specialmente pensati per gli alienati indigeni, questi ultimi fossero facilmente ospiti di prigionieri locali, secondo l’assimilazione dell’alienato al prigioniero, quanto meno per il trattamento che doveva accomunarli, ovvero la privazione della libertà, per evitare “il pericolo per sé e per gli altri”, per parafrasare la legge italiana sugli alienati del 1904. In tal senso è significativo che alla fine degli anni Quaranta, ad Asmara, i nativi sono rimasti “alloggiati nelle Carceri Centrali in due celle con un corridoio” (Lombardi 1947). Anche ad Addis Abeba, cuore dell’Impero, un’altra logica aveva

prevalso, quella segregazionista: nessuna struttura per i malati mentali, ma una rigorosa “zonizzazione etnica”, con ospedali per europei e ospedali per indigeni. Sarà proprio l’ospedale Amanuel, nell’area riservata dagli italiani ai nativi, ad essere trasformato in ospedale psichiatrico dopo la “cacciata” degli italiani.

Nei primi mesi dell’occupazione della Libia, o meglio della Tripolitania, la questione dell’assistenza psichiatrica sembra una priorità: il conflitto italo-turco aveva mostrato come la guerra potesse produrre nevrosi, che si tendeva a ricondurre alla predisposizione, semmai alla commozione e raramente all’emozione. Quest’ultima tesi, sebbene emersa, fu messa a tacere, esattamente come accadde nei primi anni della Grande Guerra. I soldati andavano trattati, messi a riposo per poter essere reimpiegati o, nei casi più gravi, dovevano essere rimpatriati per guarire da forme psichiatriche latenti (o provocate) dalla guerra. È lo psichiatra militare Placido Consiglio a interessarsi della gestione dell’alienazione tra i militari nella guerra di Libia, e la sua riflessione sull’“anormalità” nei soldati che proseguirà durante i due conflitti mondiali, sarà segnata da questa esperienza di “guerra coloniale”.

Da subito in Libia ci si preoccupa anche dei civili, degli indigeni ancor prima che dei nazionali. Il direttore del manicomio di Volterra si offre di partire per il suolo libico, al fine di proporre al governo soluzioni pratiche per l’organizzazione psichiatrica. La sua missione sarà un fallimento: la soluzione che meno di tutte sembrava percorribile – l’invio dei pazienti indigeni in un manicomio del Regno – verrà adottata, con l’accordo del governo centrale e di quello libico ed estremo disappunto di Luigi Scabia e degli alienisti che seguivano la vicenda dalle testate psichiatriche italiane. Per gli anni successivi, come scriverà Angelo Bravi, non si registreranno sviluppi: “Organizzazione scientifica no; organizzazione clinica nemmeno; organizzazione empirica, ignorata dalle autorità, non studiata dai medici, perduta nel silenzio delle tradizioni locali, senza un tentativo di ripresa o d’ascesa purchessia”; continuerà invece la pratica del trasferimento dei pazienti, indigeni e nazionali, a Palermo.

Solo negli anni Trenta e in particolare con il governatorato di Balbo, si tornerà a discutere l'opportunità di un'assistenza psichiatrica in loco – sebbene inizialmente inscindibilmente legata alla riforma degli istituti di prevenzione (la profilassi, la bonifica umana) e pena (la giustizia oltremare) – e solo alla fine del decennio si vedranno operative le prime istituzioni create in tal senso. Un ruolo preminente è giocato da Angelo Bravi, tanto nel campo istituzionale quanto in quello delle elaborazioni teoriche.

Solo lui, nel panorama italiano, scrive di “psichiatria coloniale”: solo negli anni della sua permanenza in Libia infatti, coincidenti con l'Impero, si può forse parlare di psichiatria propriamente coloniale; e questo non senza ragioni. Si noti a tale proposito l'andamento degli appellativi che assume questa branca della psichiatria che si occupa della “pazzia fuori dall'Europa”, come ebbe a scrivere Selvatico Estense in un testo che abbiamo ritenuto in qualche modo fondativo di questo filone si studi. Se il medico padovano nel 1906 parla di “psichiatria etnografica”, ciò è sintomatico da un lato di uno sguardo da etnografo, mosso da curiosità, non ancora da volontà classificatoria, e dall'altro dall'assenza del focus sulle colonie italiane, proprio perché a quell'epoca la mobilitazione delle coscienze in tal senso non era accentuata. Solo due anni prima, Kraepelin aveva proposto un testo di “psichiatra comparata”, nel suo tentativo di non lasciare inesplorata nessuna patologia, di classificarne quante più possibile, al fine di rendere completo il suo manuale di nosografia, che doveva comprendere tutte le possibili manifestazioni mentali, a tutte le latitudini. Al di là del contesto internazionale, e di questo testo considerato alla base degli sviluppi della psichiatria coloniale prima e dell'etnopsichiatria poi, troviamo negli stessi anni in Italia anche i fautori di una “psichiatria razziale”, dove antropometria e miti di superiorità fondati biologicamente sostenevano la volontà di supremazia del bianco. Si registra un vuoto negli anni successivi nella produzione di testi che si rifacciano a queste categorie, a branche facilmente sovrapponibili della disciplina psichiatrica. A partire dalla seconda metà degli anni Trenta ci sarà una nuova fioritura: Bravi parlerà di “psichiatra coloniale” – in anni in cui si poteva effettivamente parlare di colonie; Brambilla porterà avanti i suoi studi di “psichiatria razziale” aderenti al razzismo

fascista; Felici, in Libia sotto l'amministrazione inglese, tornerà a parlare di psichiatra comparata. Infine il suffisso etno- si ripresenterà quando alla psichiatria di stampo coloniale-colonialista in via di rinnovamento – ovvero di pulizia dalla categoria di razza – si aggiungeranno l'antropologia e la psicologia, anch'esse con nuovi connotati e consapevolezze, a produrre quell'amalgama interdisciplinare che è l'etnopsichiatria. Sono insomma impostazioni che convivono (l'accento sulla comparazione, l'accento sul dato biologico e il costrutto razziale, l'indagine della "psicofisiologia razziale" e dell'"etnopatologia psichiatrica"), tra le quali spicca – per originalità, per centralità cronologica e, va detto, per la sua limitatezza temporale e spaziale – la psichiatria coloniale. Spicca nella nostra ricostruzione ma, in base alle ricerche svolte e ai materiali analizzati, non si può dire che giochi un ruolo di primo piano né rispetto alla disciplina psichiatrica della madrepatria che, nelle sue riviste e nei suoi congressi, si limita a brevi cenni a quanto accadeva oltremare (le *Notizie* dei «Quaderni di psichiatria» nel 1912, l'intervento di Padovani al congresso della Società italiana di Psichiatria nel 1937, anche se aumenta l'interesse in tema di criminologia etnica a cavallo tra anni Trenta e Quaranta) né rispetto al colonialismo nei suoi aspetti di organizzazione istituzionale, o di propaganda presso i nativi – probabilmente, ad esempio, le sedute di vaccinazioni riuscirono ad avere un maggiore impatto, non solo perché interessavano un numero maggiore di individui, ma anche per l'"efficacia" più palese che promettevano.

Certo è che la psichiatria ha avuto un ruolo di rilievo all'interno dell'ampio bacino costituito dalle "scienze coloniali", eterogenee nei metodi e negli oggetti, ma asservite a un medesimo obiettivo: la sottomissione, la valorizzazione e la bonifica di terre e popolazioni. In questo senso si può affermare, con Paolo Francesco Peloso, che – anche nel caso italiano – essa abbia assunto "una posizione di protagonista nella costruzione dell'ideologia coloniale"<sup>972</sup>. Protagonista dunque, insieme ad altri saperi, di un'impresa la cui legittimazione, nel concreto e nella teoria, si reggeva su un circolo vizioso: la superiorità del colonizzatore (culturale, intellettuale, somatica, biologica, razziale) era un presupposto, da cui ogni discorso muoveva per farvi ritorno. Così è successo anche per la psichiatria coloniale: avvalendosi

---

<sup>972</sup> Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro*, cit., p. 128.

dell'osservazione, più o meno approfondita, degli individui e dei gruppi umani, essa ha confermato in ogni fase, l'ideologia del proprio tempo, aggiungendovi dati quantitativi e qualitativi, di ordine più etnografico o strettamente medico.

È importante sottolineare infine che non è facile ricondurre la psichiatria coloniale italiana a un insieme coerente; per alcune fasi, nella ricostruzione, ci siamo accontentati di tracce (la situazione nel Corno d'Africa); per altre le tracce sono state difficili da seguire (gli anni tra l'occupazione della Tripolitania e l'arrivo di Balbo in Libia). In alcuni casi abbiamo seguito delle biografie di psichiatri, legate ciascuna a precisi momenti della colonizzazione italiana o della psichiatria italiana: la fugace permanenza di Scabia in Libia per curarsi di un aspetto che in realtà interessava poco le autorità, la dedizione di Bravi che nell'incalzare del secondo conflitto mondiale afferma "qualunque cosa avvenga, pensate che ho sempre sognato dedicarmi alla psichiatria coloniale"; l'esportazione in Libia con Felici della tecnica dell'elettroshock, sebbene in forma rudimentale. In altri casi abbiamo fornito dei quadri relativi, per così dire, a dei sottoinsiemi del campo della psichiatria coloniale: la questione della patologia mentale tra i militari (i soldati italiani nella guerra di Libia e gli indigeni nella guerra d'Etiopia) e tra i coloni (la nevrastenia tropicale come diagnosi *passé partout*). Infine abbiamo presentato dei documenti che mostrassero, sebbene filtrata dalla scrittura dei medici, dalle maglie dell'amministrazione e dai muri delle istituzioni psichiatriche, anche la parte giocata, o subita, dagli "alienati".

## Fonti e bibliografia

### *Archivi pubblici*

Archivio Centrale dello Stato, Roma

Ministero Africa Italiana, Ispettorato di Sanità, bb. 80, 81, 82, 83, 85

Archivio Collegio Ghislieri, Pavia

Corrispondenza Angelo Bravi - Pietro Ciapessoni

Archivio ex Ospedale psichiatrico, Palermo

Cartelle cliniche, dossier amministrativi e registri

Archivio ex Ospedale psichiatrico, Napoli

Cartelle cliniche, dossier amministrativi e registri

Archivio storico della Provincia di Brescia, Brescia

Archivio della Provincia di Brescia 1860-1960, b. 1029, fasc. 06, Personale dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale

Archivio storico dell'Università di Pavia, Pavia

Fascicoli docenti, fascicolo di Angelo Bravi

Medicina e Chirurgia, Carriera scolastica, reg. 3383

Collegi, Collegio Ghislieri, b. 2229, fasc. 6

Medicina e Chirurgia, Verbali Consiglio, fascc. 2268-2271

Clinica psichiatrica, carteggio non schedato

Fascicoli studenti, fascicolo di Angelo Bravi

Archivio storico diplomatico del Ministero degli Affari Esteri, Roma

Africa III, b. 107

Ministero Africa Italiana, b. 12

Eritrea, bb. 653, 979, 1034, 1067

Consiglio Superiore Coloniale, bb. 16, 19, 20, 21, 24, 25

Ethiopian National Archives, Addis Abeba

Ministry of Health, Practitioners in Addis Ababa, 1940 (1948)

National Archives, Londra

Colonial Office: CO 37/211/64: Act to continue "Lunatic Asylum act of 1874, Bermuda 1879.

CO 37/246: Repatriation of distressed British seamen and other British subjects, Bermuda 1909.

CO 96/356/39 : Lunatic Asylum, Accra, Gold Coast 1900.

CO 96/666/9 : Lunatic Asylum, Accra, Gold Coast 1926.

CO 111/641 : Civil Law (Lunacy) Ordinance, British Guiana 1921.  
 CO 137/349-363 : Government Commission enquiry on Kingston Asylum, 1860.  
 CO 267/631/3 : Lunatics removal ordinance, Sierra Leone 1930.  
 CO 267/640/19 : Lunatics removal ordinance, Sierra Leone 1933.  
 CO 525/124/13 : Care of lunatics and organisation of Asylum staff (the Lunacy ordinance 1928, the Asylums ordinance 1928), Nysaland 1928.  
 CO 525/182/17-18 : Asylums legislation, Nysaland 1939.  
 CO 535/79/3 : criminal lunatics (Criminal procedure ordinance), Somaliland 1926.  
 CO 535/87/3 : Lunacy Ordinance, Constitution of a Lunatic Asylum, Somaliland 1939.  
 CO 535/97/9 : Annual medical report, Somaliland 1931.  
 CO 535/113 : Medical and sanitary reports, Somaliland 1935.  
 CO 535/133/10 : Medical and Sanitary department, Matters arising from the 1937 annual report, Somaliland 1939.  
 CO 536/195/3 : Lunacy legislation, Uganda 1937.  
 CO 554/105/5 : Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1936.  
 CO 554/109/9 : Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1937.  
 CO 554/114/12 : Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1938.  
 CO 554/119/6 : Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1939.  
 CO 554/124/19 : Visit of Dr. Cunyngham Brown to West Africa to advise and report on the Care and Treatment of lunatics, 1940.  
 CO 691/168/10 : Lunatic legislation, Tanganyika 1938.  
 CO 725/45/10 : Lunatic Asylum, Aden 1937.  
 CO 725/60/8 : Lunacy Ordinance, Aden 1938.  
 CO 795/40/16 : Lunacy Ordinance (Amendment), Northern Rhodesia 1930.  
 CO 795/85/21 : Lunacy legislation, Northern Rodesia 1936.  
 CO 847/5/5 : Tretament of Lunatics, Parliamentary question, Africa 1935.  
 CO 847/6/9 : Treatment of lunatics in Tropical Africa, 1936.  
 CO 885/3/4 : 'Colonial hospitals and lunatic asylums.' Memorandum setting out the existing conditions in the colonies, with comparative tables giving statistics on hospitals and asylums. The appendix contains various sample forms, 41 pages, 1864 Jan 14.

Wellcome Archives, Londra

GC 146/1 : Volume of letters and reports of Yaba Lunatic and Leper Asylum, 1907-1912.  
 GC/146/2/2: Insanity in Nigeria, Typescript report by Bruce F. Home to the Director of Medical and sanitary Services, Lagos 1928.  
 GC/146/2/3: Comments on Home's report by the Secretary, Northern Provinces, to the Chief Secretary, Lagos 1928.  
 GC 146/4 : Report III on the Care and Treatment of lunatics in the British West African Colonies (Dr. R. Cunyngham Brown) 1938.

GC/146/5 : Typescript report on the psychiatric services of Nigeria (J. C. Carothers) 1956.

GC 146/6 : The laws and customs of the Yoruba people by E A Ajsafe Moore (Abeokuta, Nigeria: M.A. Ola) 1964.

### *Archivi privati*

Archivio Luigi Scabia, Volterra  
Archivio Pietro Paolo Fusco, Milano  
Archivio Cesare Valle, Roma

### *Biblioteche*

Biblioteca della Salute Mentale e delle Scienze Umane Minguzzi-Gentili, Bologna  
Biblioteca scientifica Carlo Livi, Reggio Emilia  
Biblioteca antica V. Pinali, Padova  
Biblioteca della Scuola superiore di applicazione di Sanità militare, Roma  
Biblioteca dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma  
Biblioteca dell'ex Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi Napoli  
Biblioteca Giuseppina Petazzi Madaia (fondo storico Ercole Petazzi), Menaggio  
Biblioteca del Collegio Ghislieri, Pavia  
Biblioteca comunale Sormani, Milano  
Biblioteca medica degli Spedali Civili, Brescia  
Biblioteca Nazionale Centrale, Firenze  
Biblioteca Nazionale, Roma  
Wellcome Library, Londra  
British Library, Londra  
King's College Library, Londra  
Bibliothèque interuniversitaire de Santé, Parigi  
Bibliothèque Nationale de France, Parigi

## Fonti primarie

### *Fonti primarie sulla psichiatria nelle colonie italiane*

Amico D., *L'Ospedale psichiatrico provinciale di Siracusa nel primo decennio del suo funzionamento (1935-1945)*, «Rassegna di studi psichiatrici», 36, 1947, pp. 519-526.

Angelini Giovanni, *Su talune manifestazioni nevrotiche così dette demoniche in indigeni dell'AOI*, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali e di igiene coloniale», 8, 1938.

Arcoleo Gaetano, *Note di medicina tropicale: Il Beri-Beri; la malattia del sonno; la febbre gialla; La peste; Studi fatti in Tripolitania negli anni 1922-1923*, Tipo-Litografia Vincenzo Cesana, Milano 1931.

*Atti del primo congresso internazionale di criminologia*, Roma 1938.

Grixoni Giovanni (a cura di), *Bagliori ed ombre in medicina*, pubblicazione della scuola di Sanità Militare, Firenze 1937.

Bandi I., *La diagnosi rapida delle malattie infettive, con speciale riguardo ai morbi esotici e il servizio sanitario marittimo in Italia*, Messina, Laboratorio municipale d'igiene 1901.

Bandi I., *Lo stato attuale dell'insegnamento della medicina e dell'igiene coloniale in Europa*, Guerriera, Napoli 1913.

Bani U., *Nozioni di medicina coloniale*, Istituto coloniale fascista, Corso di cultura coloniale, 1937.

Barba Morrihy Camillo, *Notizie sulle malattie predominanti in Tripoli*, in *Studi di medicina legale e vari pubblicati in onore di G. Ziino*, Messina 1907, pp. 531-541.

Barba Morrihy Camillo, *Notizie sulle malattie predominanti in Tripoli*, Tripoli, Stabilimento Arti Grafiche 1911.

Barba Morrihy Camillo, *L'Ospedale civile Vittorio Emanuele III di Tripoli: appunti storici*, Siena, Tip. Ditta C. Nava 1913.

Belli Carlo Maurizio, *Ordinamento dei Servizi negli Ospedali ed Istituzioni affini*, Milano, Hoepli 1914.

Belli Carlo Maurizio, *Igiene coloniale*, UTET, Torino 1928.

Benedetti Gaetano, *La psichiatria nelle varie civiltà e culture*, «Psicoterapia e scienze umane», 2-3, 1967, pp. 9-15.

Berlucchi Carlo, *Necrologio di Angelo Bravi*, «Rivista sperimentale di freniatria», LXVII, III-IV, 1944.

Bertarelli L. V., *Possedimenti e colonie isole egee, Tripolitania, Cirenaica, Eritrea, Somalia con 34 carte geografiche, 16 piante di città e centri archeologici e 41 piante di edifici, schemi e stemmi*, TCI, Milano 1929.

Bianchi Leonardo, *Trattato di psichiatria*, Idelson, Napoli 1924.

Bianconi Pietro, *Il "Servizio della cartella biografica del pregiudicato" nel corpo della Polizia Coloniale, a fini anche razziali*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 216-220.

Biasutti Renato, *Le razze e i popoli della terra*, UTET, Torino 1941.

Biffi Serafino, *Sui manicomi*, Vallardi, Milano 1876.

Biffi Serafino, *Opere Complete*, Hoepli, Milano 1902.

Bini Lucio, Bazzi Tullio, *Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano 1967.

Borlone Enrico, *Fisiopatologia dell'acclimatamento dei lavoratori nazionali sull'altopiano etiopico*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1938-39, pp. 395-410.

Brambilla Silvio, *Contributo allo studio delle manifestazioni psicopatiche delle popolazioni dell'Impero. Pensiero arcaico-primitivo e malattia mentale*, «Rivista di patologia Nervosa e mentale», 2, 1939, pp. 187-206.

Bravi Angelo, *Temperamento paleopsicologico e psicosi di civilizzazione – osservazione personale*, «Riforma medica», 9, 1940, pp. 292-293.

Brambilla Silvio, *Rilievi psicopatologici nelle popolazioni dell'Impero. Pensiero arcaico-primitivo e malattia mentale*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 224-234.

Bravi Angelo, *Frammenti di psichiatria coloniale*, Tipografia Pio Luogo Orfani, Brescia 1937.

Bravi Angelo, *Israelitica inquietudo – frammento semeiologico*, *Comunicazione alla società medica coloniale in Libia, 26 giugno 1938*, «Annali della Società medica coloniale della Libia», 1938.

Bravi Angelo, *Sugli aspetti psicologici della criminalità indigena libica*, «Rivista di diritto penitenziario», 4, 1941.

Bravi Angelo, *L'assistenza psichiatrica in Libia nel 1940: Rendiconto annuale*, P. Maggi, Tripoli 1941.

Bravi Angelo, *Profili psicopatologici musulmani (anaffettivo, impulsivo, funzionale) dinanzi al quesito dell'imputabilità. Frammento semeiologico*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, pp. 235-241.

Bravi Angelo, *L'ospedale psichiatrico per Libici. Nota d'igiene mentale*, Maggi, Tripoli 1941.

Bravi Angelo, *Opera Omnia*, 2 voll., 1955.

Brielli Domenico, Calo' Vittorio, Bevilacqua Amleto, *Note di patologia etiopica: relazioni sulle condizioni sanitarie delle regioni degli Uollo Galla e di Gondar*, Bertero, Roma 1913.

Bucco Giuseppe, *L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana*, in Bucco G., Natoli A. (a cura di), *L'Italia in Africa*, serie civile, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma 1965 (vol. XVII).

Businco Lino, *Nuove leggi per la tutela della razza nell'Impero*, Tip. Europea, Roma 1939; anche in «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 2, 5, 1939.

Businco Lino, *Fascismo coloniale*, Tip. San Giuseppe, Cagliari 1939.

Cabitto Luigi, *Africa: psicosi e psichiatria*, «Rassegna sanitaria dell'Impero», 1938.

Castelli G. D., *Cenni di nosografia dell'Ovest etiopico*, «Giornale italiano malattie tropicali», 1938.

Valfredo Chiodi, *Profilassi e disinfezione ad uso del regio esercito*, Hoepli, Milano 1917.

Valfredo Chiodi et al., *Manuale per Ufficiali sanitari*, Battistelli, Firenze 1923.

Chiodi Valfredo, *Brevi cenni nosografici dell'Etiopia*, «Giornale italiano malattie esotiche e tropicali», 1936.

Valfredo Chiodi, Enrico Persano, *Igiene coloniale ed il suo compito di fronte al colono europeo ed all'indigeno*, pp. 55-93, in *Atti del primo congresso di studi coloniali, Firenze 8-12 aprile 1931*, Volume VII: *Lavori della VI sezione: Patologia e igiene coloniale (IV Congresso nazionale della Società di Medicina e Igiene coloniale)*, Firenze 1931, p. 65.

Cabitzza Antonio, *Sulle deformità della razza negra*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 3, 1942.

Canella Mario, *Razze umane esistenti e viventi*, Sansoni, Firenze 1940.

Canella Mario, *Principi di psicologia razziale*, «Atti della Lega italiana di igiene mentale», 105, 1942.

Canella Mario, *Psicologia differenziale delle razze umane*, Rivista di psicologia, 1940, pp. 175-317 e 219-221.

Caruso Inghilleri Domenico, *I primi ordinamenti civili della Libia (3 ottobre 1911-9 gennaio 1913). Contributo alla storia della conquista*, Loescher, Roma 1914.

Castellani Aldo, *Le malattie dell'Africa. Manuale pratico*, a cura dell'Ufficio studi del Ministero dell'Africa Italiana, Roma 1947.

- Castellani Aldo, Chalmers Albert John, *Manual of tropical medicine*, New York 1923.
- Castellani Aldo, Iacono Iginio, *Manuale di clinica tropicale*, Rosenberg e Sellier, Torino 1937.
- Castellani Aldo, *L'organizzazione sanitaria e la salute delle truppe durante la guerra d'Etiopia*, 1936.
- Castellino Nicolò, *Il problema del meticcio*, «Nuova antologia», LXXIII, 1938.
- Castellino Nicolò, *Il meticcio sotto l'aspetto biologico, politico e sociale*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1941, 21-38.
- Castigliola Orlando, *Da Tripoli a Murzuk: note di un medico*, Cacopardo, Tripoli 1930.
- Castigliola Orlando, *Sidi Messri termale*, Cacopardo, Tripoli 1934.
- Castigliola Orlando, *Tripoli: il lido delle palme: note di un medico*, Cacopardo, Tripoli 1932.
- Castronuovo G., *Igiene e patologia coloniale*, in «L'Africa italiana. Bollettino bimestrale della Società Africana d'Italia», VI, 5-6, 1927.
- Castronuovo G., *Lezioni di medicina esotica e tropicale*, Edizioni Rinnovamento Medico, 1930.
- Castronuovo G., *Malattie tropicali*, 1936.
- Casu Antonio, *Mortalità tra gli operai nazionali presenti in AOI nel 1936*, Atti del III Congresso di studi coloniali, Firenze 1937, vol. VII, sez. VI, 151-157.
- Casu Antonio, *Contributo allo studio nosografico dell'Impero*, «Annali d'igiene», 3, 1939, pp. 97-103.
- Cesari Luigi, *Una questione di bonifica della razza: i figli dei tarati neuropsichiatrici*, «Razza e civiltà», 1, 1940, pp. 75-82.
- Chiurco G. A., *La sanità delle razze nell'impero italiano*, Istituto fascista dell'Africa italiana, Roma 1940.
- Chiurco G. A., *Incroci e malattie*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 269-276.
- Chiurco G. A., *Modo di vita e condizioni sanitarie degli abissini*, Atti del terzo congresso di studi coloniali, volume IX, VIII sezione: Patologia - igiene, Sansoni, Firenze 1937, pp. 378-398.
- Cicchitto Elio, *Problemi sanitari dell'Impero: i medici*, «Annali d'igiene», 3, 1939, pp. 167-175.
- Ciotola Alberto, *L'assistenza ospedaliera in Tripoli*, Stabilimento poligrafico editoriale Maggi, Tripoli 1935.

Ciotola Alberto, *Nozioni pratiche di medicina ed igiene coloniale*, Stabilimento poligrafico editoriale Maggi, Tripoli 1936.

Ciotola Alberto, *Organizzazione degli Ospedali coloniali*, pp. 268-277, Atti del III congresso di studi coloniali, Fi-Roma, 12-17 aprile 1937, vol. IX, Sansoni, Firenze 1937.

Ciotola Alberto, *Un venticinquennio di organizzazione sanitaria in Libia*, estratto da «Annali della società medica coloniale della Libia», Stabilimento poligrafico editoriale Maggi, Tripoli 1937.

Ciotola Alberto, *Stato sanitario della colonia eritrea*, Fioretti, Asmara 1935.

Cipriani Lidio, *In Africa dal Capo al Cairo*, Bemporad, Firenze 1932.

Cipriani Lidio, *Considerazioni sopra il passato e l'avvenire delle popolazioni africane*, Bemporad, Firenze 1932.

Cipriani Lidio, *Gli Etiopici secondo il razzismo*, «La difesa della razza», I, 5, 1938, p. 34.

Cipriani Lidio, *La razza e la vita delle nazioni*, «Corriere della Sera», 3 dicembre 1938, p. 1.

Cipriani Lidio, *Fascismo razzista*, Luminello editore, Roma 1940.

Consiglio Placido, *Osservazioni dirette sui militari pregiudicati e delinquenti nella Guerra in Libia*, «La scuola positiva», 1913.

Consiglio Placido, *Nevrosi e psicosi in guerra, nota I e II*, «Giornale di medicina militare», 1913.

Consiglio Placido, *Studi di psichiatria militare I. I degenerati nell'esercito*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1912, pp. 370-410; *Studi di psichiatria militare II. Le forme di alienazione mentale nei militari*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1913, pp. 792-849; *Studi di psichiatria militare III*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1914, pp. 881-899; *Studi di psichiatria militare IV. Proposte e rimedi*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1915, pp. 35-80.

Consiglio Placido, *Delle psicosi e delle nevrosi e specialmente della criminalità in guerra*, «Annali di medicina navale e coloniale», XXI, II, 1915, pp. 409-417.

Cortesi G., *La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921*, fasc. 3-4, 5, 6, 7, 8, 9, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali».

Cortesi A., *L'ospedale italiano di Tunisi dalle origini ai nostri giorni*, Editrice Italiani di Tunisia, Tunisi 1939.

Cortesi F., *La crisi delle piante medicinali in conseguenza della Guerra e le nostre colonie africane*, Tip. Unione Ed., Roma 1916.

Cottini G., *In Tripolitania: la conquista civile*, Voghera, Roma 1913.

- Croveri Paolo, *Nosografia delle nostre colonie*, Milano 1935.
- Croveri Paolo, *Patologia tropicale, subtropicale e parassitaria*, Cooperativa libri del GUF, Torino 1935.
- Cucinotta E., *Medici ed ammalati in Cirenaica*, «Rivista coloniale», 11, 1912.
- D'Ignazio Camillo, Collomb Henri, *Neuropsychoses aigues consecutives à l'administration d'Atèbrine*, «Bollettino società italiana medicina igiene tropicale», 1946.
- D'Ignazio Camillo, Lombardi Alfredo, *Psicosi acute in malarici trattati con atebriina*, «Medicina Internazionale», 1940.
- D'Abundo Giuseppe, *Turbe neuropsichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-turca: nota Clinica*, Giannotta, Catania 1912.
- D'Agostino Orsini Paola, *Problemi sociali dell'Impero: indigenato e colonizzazione*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1940, pp. 1019-1026.
- D'Alessio Raffaele, *Medicina e medicina legale militare*, Luigi Pozzi ed., Roma 1939.
- Daneo Luigi, *Sulla psico-patologia dell'emozione durante la Guerra*, Lazzeri, Siena 1913.
- De Bernardinis Virgilio, *Psicologia e medicina tripolitane*, «Annali di medicina navale», 21, 1, 1915.
- De Bono Emilio, *La nuova Italia d'Oltremare*, Mondadori, Milano-Verona 1933.
- De Castro Lincoln, *Per star bene nelle colonie: nozioni e consigli agli Italiani dell'Impero*, Hoepli, Milano 1938.
- Della Cella Paolo, *Viaggio da Tripoli di Barberia alle frontiere occidentali dell'Egitto*, Sonzogno, Milano 1926.
- Denti di Pirajno Alberto, *Un medico in Africa*, Neri Pozza, Vicenza 1952.
- De Sanctis E., *Dalla Canea a Tripoli: note di viaggi*, B-Lux, Roma 1912.
- De Sanctis Sante, *Dispensari di eugenica e problema demografico*, «L'igiene mentale», 3, 1934, pp. 4-7.
- De Sisti Francesco, *Gli istituti di prevenzione e di pena in Libia*, «Gli Annali dell'Africa italiana», 3-4, 1938, pp. 943-952.
- D'Ignazio Camillo, *Memorie di un medico in Etiopia. Osservazioni sulla nosografia dell'Etiopia*, Ars et labor, Teramo 1950.

Di Maggio G., *Gli italiani e le professioni liberali in Tunisia nella storia e nel diritto: con particolare riferimento all'avvocatura e alla medicina*, Signorelli, Roma 1934.

Di Tullio Benigno, *Per l'incremento degli studi di antropologia criminale in Italia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 1-16.

Dolmetta Adolfo, *Meticcio psicologico e coscienza di razza*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1938, pp. 662-666.

Domenici Folco, *Meticcio e criminalità*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 343-353.

Donaggio Arturo, *Caratteri della romanità*, «La difesa della razza», 1, 5, 1938.

Donaggio Arturo, *Il genio della razza*, «Il nuovo stato», VIII, 1939.

Dozzi Luigi, *Lettere sanitarie da Tripoli*, Milano, Vallardi 1911.

Evola Julius, *Sintesi di dottrina della razza*, Hoepli, Milano 1941.

Faraone Giuseppe, *L'acclimatazione come fattore di mortalità non indennizzata*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 354-363.

Felici Mario, *Le sindromi affettive dell'arabo libico*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», 1-2, 1950.

Felici Mario, *Stato depressivo guarito in seguito a tentativo di suicidio per impiccagione (nota clinica)*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», maggio-giugno 1944.

Felici Mario, *Aspetto clinico-statistico della sifilide nervosa nell'arabo libico*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», gennaio-giugno 1947.

Felici Mario, *Furore omicida in soggetto ansioso*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», novembre 1949.

Felici Mario, *La terapia convulsiva con elettroshock*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», marzo 1944.

Felsani Giacinto, *La profilassi mentale dell'esercito*, «Atti della Lega italiana di igiene e profilassi mentale», 1939, pp. 5-45.

Ferri Enrico, *Ferocia-astuzia-ponderazione degli ebrei*, «La difesa della razza», 5, gennaio 1939.

Ferri Enrico, *Libidine, cupidigia e odio di razza degli ebrei*, «La difesa della razza», 9, maggio 1939.

Ferrando Mario, *Shock traumatico*, «Lavoro umano», settembre-ottobre 1942, p. 161.

- Festa Andrea, *Le istituzioni educative in Eritrea*, Atti del II Congresso di studi coloniali, Napoli 1934, vol. II, sez. I, pp. 288-300.
- Festa Andrea, *Presupposti e fini dell'azione educativa nei territori dell'AOI*, Atti del III Congresso di studi coloniali, Firenze 1937, vol. VI, sez. V, pp. 126-136.
- Fierro Michele, Bini Guido, Bevilacqua Amleto, *Malattie curate negli ospedali ed infermerie dell'Eritrea dal 1 luglio 1909 al 30 giugno 1910*, Istituto Italiano d'Arti Grafiche, Bergamo 1914.
- Frassetto Fabio, *Necessità di predisporre un piano di ricerche mediche, antropologiche e demografiche sulle popolazioni dell'AOI*, Atti del III Congresso di studi coloniali, Firenze 1937, vol. V, sez. IV, pp. 117-119.
- Franchini Giuseppe, Giordano Mario, *Patologia tropicale*, La Grafolito, Bologna 1929.
- Franzi Leone, *Può esistere un razzismo in medicina?*, «La difesa della razza», 1, 1938.
- Fraulini M., *Contributo allo studio della criminalità nelle psicosi insorte in AOI*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1941, 61, 1, pp. 411-412.
- Frivoli Filippo, *Malattie sessuali e lotta antivenerea in Colonia*, Atti del I Congresso di studi coloniali, Firenze 1931, vol. VII, sez. VI, pp. 239-267.
- Funaiole Giulio, *Il problema sanitario in Libia*, Firenze 1913.
- Greppi E., *Contributo allo studio della neuro-lue in AOI*, «Bollettino società italiana medicina igiene tropicale», 1942.
- Gabbi Umberto, *Trattato elementare di patologia esotica*, Bertero, Roma 1915.
- Gabbi Umberto, *Medicina politica e dottrina fascista*, Edizione di Politica Sociale, Roma 1931.
- Gabbi Umberto, *La valorizzazione della flora medicinale in Eritrea*, Echi e commenti, Roma 1930.
- Gabbi Umberto, Rizzuti Giuseppe, Scordo Francesco, *Relazioni varie su argomenti di Igiene e di Profilassi sociale*, Commissione Governativa per lo studio dell'igiene e delle malattie tropicali nella Libia, Ministeri dell'interno e della guerra. Direzione generale di sanità pubblica, Stabilimento tipografico Guerriera, Messina 1913.
- Galdo Luca, *Razza, psicologia e criminalità*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 413-417.
- Ganora R., *Medicina empirica e terminologia clinica arabo-etiopica*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 1929, pp. 193-208.

- Gatti Tancredi, *Aspetti antropologici e statistici della criminalità indigena in Libia*, «Rivista di diritto penitenziario», 1940, pp. 428-440.
- Gatti Tancredi, *Aspetti antropologici, psicologici e statistici della criminalità indigena nella Libia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 429-440.
- Gatti Tancredi, *I nostri stabilimenti. Gli istituti di prevenzione e di pena della Libia*, in «Rivista di diritto penitenziario», 1941, pp. 417-428.
- Gatti Tancredi, *L'organizzazione degli istituti di prevenzione e di pena della Libia*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 418-428.
- Gerin C., *Problemi medico legali nel diritto coloniale*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 39-94.
- Ghigi Alessandro, *Problemi biologici della razza*, Zanichelli, Bologna 1939.
- Giordano Mario, *Medicina ed igiene coloniale: ad uso degli infermieri, militari di sanità, missionari, ecc.*, Hoepli, Milano 1930.
- Giordano Mario, *Medicina e igiene coloniale*, Hoepli, Milano 1939.
- Giordano Alberto, *La patologia del meticcato*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1938-39, pp. 257-267.
- Girolami Mario, Scotti Giuseppe, *Contributo dell'Italia alla conoscenza della nosografia dell'Africa*, volume della serie *L'Italia in Africa*, Istituto poligrafico dello stato, Roma 1963.
- Giglioli Guido, *Considerazioni su alcuni aspetti del complesso 'problema di colore' nella colonizzazione africana*, Atti del III Congresso di studi coloniali, Firenze 1937, vol. VII, sez. VI, pp. 121-126.
- Gorrieri Arturo, *Contributo allo studio delle turbe neuropsichiche dovute ad emozioni durante la guerra Italo-Turca*, «Rassegna di studi psichiatrici», 1913, pp. 397-407.
- Grixoni Giovanni, *Geografia medica ed igiene dei nostri possedimenti coloniali*, Provveditorato generale dello Stato, Roma 1926.
- Grossule Virgilio, *Medico nel Congo (1901-1904)*, Giunti, Firenze 1992.
- Iemmi C., *Nosografia della zona Uombertà, Tzocà, Atzbi (Tigray orientale)*, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali», 1939.
- Izzo G., *Alcune osservazioni sulle malattie dominanti in AOI*, «Giornale italiano malattie esotiche e tropicali», 1938.

Ilvento Arcangelo, *I servizi igienici e medici nelle colonie italiane dell'AOI*, «Giornale di medicina militare», 84, 4, 1936, pp. 298-305.

Ilvento Arcangelo, Tria Pietro, Casapinta Giovanni, *I servizi sanitari del municipio di Tripoli. Relazione compilata a cura della Commissione per l'amministrazione del Municipio di Tripoli*, Roma 1914.

Infurna Giuseppe, *Un piccolo focolaio di latak in Eritrea*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 1928, pp. 560-562.

Jerace F., *Le nostre realizzazioni sanitarie nell'Impero*, «Riforma medica», 19-20, 1940, pp. 663-665.

Landra Guido, *Gli studi antropologico-etnologici e i problemi della patologia indigena dell'Impero*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1940, pp. 12-15.

Landra Guido, Gemelli Agostino, Banissoni Ferruccio, *Antropologia e psicologia*, Bompiani, Milano 1940.

Levi Bianchini Marco, *Ematuria tropicale fulminante. Nota di patologia esotica*, «Annali di medicina navale», 1, 5, 1902.

Levi Bianchini Marco, *Meningite cerebro-spinale nei neri dell'Africa centrale. Osservazione di patologia esotica*, «La riforma medica», 2 dicembre 1903.

Levi Bianchini Marco, *Amore e morte nella psicologia calabrese. Saggio di psicologia etnica*, «Rivista d'Italia», 10, 1904, pp. 1-15.

Levi Bianchini Marco, *La psicologia della colonizzazione nell'Africa periequatoriale*, «Rivista di psicologia applicata alla Pedagogia e alla Psicopatologia», 6, 1906.

Levi Bianchini Marco, *La mentalità della razza calabrese (Saggio di Psicologia Etnica)*, «Rivista di psicologia applicata alla Pedagogia e alla Psicopatologia», 1, 1906, pp. 13-21.

Levi Bianchini Marco, *Il Congo e la colonizzazione dell'Africa centrale*, «Rivista coloniale», luglio-agosto 1907.

Levi Bianchini Marco, *Alcuni concetti psicoanalitici sulla ideogenesi delle religioni*, Rivista di psicopatologia, neuropsichiatria e psicoanalisi», 1, 1952, pp. 2-3.

Lionti G., *Sulla assistenza ospedaliera*, Bengasi, Tipografia moderna 1930.

Lombardi Alfredo, *Studio biopsicologico dei condannati indigeni dello Scioa*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 61, 1, 1941, pp. 98-142.

Lombardi Alfredo, *Considerazioni sulla neuro-lues negli indigeni*, «Rassegna sanitaria dell'AOI», 1939.

Lombroso Cesare, *L'uomo bianco e l'uomo di colore: lettere sull'origine e la varietà delle razze umane*, Bocca, Torino 1871.

Lombroso Cesare, Carrara Mario, *Contributo all'antropologia dei Dinka*, Carrabba, Lanciano 1897.

Longo D., *La sifilide nervosa nei musulmani della Tripolitania*, «Riforma medica», 1929, pp. 1209-1214.

Lucidi Giuseppe, *Clima e nosografia dell'Africa orientale italiana*, «Rassegna sociale dell'Africa Italiana», 1938-39, pp. 372-379.

Lutrario Alberto, *Sui fatti principali riguardanti l'igiene e la sanità pubblica durante l'anno 1912: relazione al Consiglio Superiore di Sanità / Ministero dell'Interno. Direzione generale della sanità pubblica*, Artero, Roma 1913.

Marconi E., *Vita sociale e medicina indigena presso gli Abissini*, «Giornale italiano di malattie esotiche e tropicali», 1936.

Mariani G., *Appunti sulla nosografia di Addis-Abeba*, «Rassegna sanitaria dell'impero», 1937.

Musi P. S., *Nosografia del Salalè*, «Giornale italiano malattie esotiche e tropicali», 1938.

Magri Giano, *Panorama nosologico della Libia con particolare riguardo ai fattori ambientali (tellurici, climatici, antropologici)*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e di parassitologia», novembre 1942, p. 393.

Marchitto N., *La difesa della razza nell'Impero: il problema dei meticci*, GUF Mussolini, Napoli 1939.

Martoglio F., *Servizio sanitario in AO* (recensione), «Annali di medicina navale e tropicale», XLIII, I, 1937, pp. 567-568.

Mazzolani D., Castigliola Orlando, *L'organizzazione sanitaria della Tripolitania: climatologia, patologia, colonizzazione*, Cacopardo, Tripoli 1931.

Messedaglia Luigi, *Per lo studio della patologia e dell'igiene della Libia italiana: le osservazioni di Paolo Della Cella*, Franchini, Verona 1912.

Mongeri Luigi, *Lo stato attuale della psichiatria in Turchia*, Calerini, Reggio Emilia 1900.

Morselli Enrico, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali: guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli studenti. Volume primo, Generalità. Esame anamnestico, antropologico e fisiologico degli alienati*, Vallardi, Milano 1885.

Morselli Enrico, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali: guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli studenti. Volume secondo, Esame psicologico degli alienati*, Vallardi, Milano 1885.

- Morselli Enrico, *La psicologia etnica e la scienza eugenetica*, «Rivista di psicologia», 4, 1912.
- Muzio Carlo, *Le malattie dei paesi caldi. Loro profilassi e igiene*, Hoepli, Milano 1904.
- Niceforo Alfredo, *Nuovissime o quasi nuovissime vedute sull'anima primitiva*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1942, pp. 231-245.
- Notizia*, «Quaderni di psichiatria», I, 1911, X.
- Notizie*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 6, p. 260.
- Notizie varie*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 10, p. 427.
- Opere per l'organizzazione civile in Africa Orientale italiana*, edizione Governo Generale AOI, 1939.
- Orano Paolo, *Inchiesta sulla razza*, Pinciana, Roma 1938.
- Ordinamento del Servizio psichiatrico in Libia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1912, pp. 575-576.
- Ordinamento sanitario per le colonie*, Relazione e regio decreto legge 20-3-1933, n. 702, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del Governo dell'Eritrea n. 14, 31 luglio 1933, Legislazione, notizie e studi sull'Eritrea. Collezione pubblicata a cura del governo della colonia.
- Preto G., *Note sulla nosografia dell'Alto Uogherà e del Semien*, «Giornale italiano malattie esotiche e tropicali», 1938.
- Padovani Emilio, *L'assistenza psichiatrica in Libia*, Atti della lega italiana e profilassi mentale, 1937, p. 117.
- Padovani Emilio, *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d'Africa*, Atti del XXI congresso della società italiana di psichiatria, Napoli 22-25 aprile 1937, Poligrafia reggiana, Reggio Emilia 1938, p. 621-623; anche in «L'Ospedale psichiatrico», 1938, pp. 588-589.
- Pansini G. e Caccuri S., *Contributo alla conoscenza delle sindromi nervose da malaria*, «Rivista di neurologia», I, 1939.
- Paoletta Domenico, *Espressioni rappresentative*, «La difesa della razza», 7, 1939, pp. 24-26.
- Pende Nicola, *La scheda biotipologica individuale nella medicina preventiva e nella politica sociale*, in Atti della SIPS, XXVI riunione (Venezia 12-18 settembre 1937), SIPS, Roma 1938, vol. 5, p. 284 s.
- Pende Nicola, *La biotipologia umana scienza unitaria correlazionistica dell'uomo individuo*, «Il libro italiano nel mondo», 1940, 2.
- Pende Nicola, *I fattori biotipologici della criminalità*, «La Scuola Positiva», 1935.

- Penso Giuseppe, *La psiche dell'indigeno nello studio medico dell'ambiente coloniale*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 2, 1942.
- Persano Enrico, *Nel Congo*, Alfani e Venturi, Firenze 1906.
- Persano Enrico, *Igiene dei paesi caldi*, De Agostini, Milano 1913.
- Petrucci Antonio, *Negri e bianchi in Africa*, «La difesa della razza», 2, 1938.
- Piccioli Angelo (a cura di), *La rinascita della Tripolitania. Memorie e studi sui quattro anni di governo del conte Giuseppe Volpi di Misurata*, Mondadori, Milano 1926.
- Piccioli Angelo, *I servizi sanitari*, «Gli annali dell'Africa italiana», 1940, pp. 761-835.
- Poggi Igino, Monti Giuseppe, *Nosografia del Commissariato regionale del Tigray orientale*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 1938, pp. 65-113.
- Porot Antoine, *Recensione a A. Bravi, Frammenti di psichiatria coloniale*, «Annales médico-psychologiques», 96, marzo 1938, pp. 387-388.
- Reale Giuseppe, *L'opera sociale del Cardinal Massaia fra i Galla*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1940, 218-231.
- Rho Filippo, *L'espansione italiana e gli studi di medicina tropicale; prelezione al corso di patologia esotica, Napoli 2 febbraio 1903*, «Annali di medicina navale», marzo-aprile 1903.
- Rho Filippo, *La razza bianca e la conquista igienico-sanitaria della zona tropicale*, «Annali di medicina navale e coloniale», 1915.
- Ruata Guido, *Le malattie mentali della razza negra*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1907, pp. 260-268.
- Salvatore Domenico, *Circa le malattie osservate a Derna fra le nostre truppe durante la Guerra Italo-turca, e sul loro decorso*, Tip. E. Voghera, Roma 1912.
- Sanarelli G., *Manuale d'igiene generale e coloniale*, Barbera Editore, Firenze 1914.
- Sarnelli Tommaso, *La malattia del latab in Tripolitania*, «Giornale di medicina militare», 2, 1924, pp. 104-107.
- Sarnelli Tommaso, *Magia e misticismo nella medicina indigena delle nostre colonie*, «Bollettino Regia società geografica di Roma», 5-6, maggio-giugno 1937, p. 473.
- Sarnelli Tommaso, *Etnologia ed etnoiatria*, «Rivista di antropologia», XXXIII, 40-42, 1941, p. 397.

- Sarnelli Tommaso, *L'etnoiatrica o medicina indigena*, «Medicina e biologia», I, 1942, pp. 395-407.
- Sarnelli Tommaso, *Notizie preliminari sui risultati della mia missione sanitaria nell'Alto Yemen (1930-1932)*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 1934, pp. 1-44.
- Sarnelli Tommaso, *Le acque salutari miracolose dell'Africa italiana*, «Atti del III Congresso di studi coloniali», 4, 1937, pp. 204-214.
- Scabia Luigi, *Alcuni cenni storici sull'assistenza degli alienati in Tripolitania (luglio-dicembre 1912)*, Tipografia Aristide Carnieri, Volterra 1913.
- Scarpa A., *Di una singolare forma di nevrosi post-emotiva in un lavoratore dell'AOI*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1941, 61, pp. 567-580.
- Selvatico Estense Benedetto Giovanni, *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, estratto dalle *Ricerche e studi di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia e Filosofia dedicate al Prof. Enrico Morselli nel 25° anniversario del suo insegnamento*, Vallardi, Milano 1906.
- Serra Giovanni, *L'organizzazione della manodopera indigena nelle regioni tropicali*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 8, 1942, pp. 459-479.
- Serra Giovanni, *Etiologia, terapia e profilassi delle malattie tropicali*, Arte e storia, Milano-Roma 1942.
- Sforza Claudio, *La Tripolitania*, Tip. E. Voghera, Roma 1912.
- Standerini Tito, *Difesa della razza (Raccolta delle leggi e dei decreti ministeriali)*, Roma 1939.
- Stefanelli Augusto, *Biologia delle razze umane*, Macri, Bari 1942.
- Tallarico Giuseppe, *Il problema degli incroci*, «Razza e civiltà», 11-12, 1943, pp. 471-499.
- Tanfani Gustavo, *Lettera da Tripoli (23 marzo 1911)*, «Quaderni di psichiatria», 1911, pp. 82-84.
- Tanfani Gustavo, *Lettera da Tripoli (14 aprile 1912)*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 3, pp. 130-131.
- Tanfani Gustavo, *Lettera da Rodi (20 maggio 1912)*, «Quaderni di psichiatria», II, 1912, 4, pp. 184-187.
- Tanzi Eugenio, Lugaro Ernesto, *Trattato delle malattie mentali*, Società editrice libraria, Milano 1923 (terza ed.).
- Teramo Mario, *Considerazioni e rilievi sullo stato attuale dell'ambiente sociale degli indigeni in Cirenaica*, «Archivio italiano di scienze mediche coloniali e parassitologia», 1936, 257-288.
- Tripodi Mario, *Malattie dominanti nella Tripolitania: osservazioni e problemi di studio*, Roma 1937.

Vercellesi Edmondo, *Origine degli Etiopici e loro possibilità intellettuali*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1938-39, pp. 422-427.

Virgilio Gaspare, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio*, «Rivista di discipline carcerarie», IV, 1874, pp. 381-402.

Virgilio Gaspare, *La patologia dei delinquenti*, «Rivista di discipline carcerarie», V, 1875, pp. 483-492.

Visco Sabato, *La valutazione fisica e psichica dei coloni in AOI in rapporto ai fattori climatici e ambientali*, «Le forze sanitarie», 6, 1938.

Zaccaria Raimondo, *Statistica operatoria dal 1 novembre 1934 al 31 dicembre 1937 dell'Ospedale coloniale principale Vittorio Emanuele 3, Tripoli: Reparto chirurgia*, Maggi, Tripoli 1937.

Zara Eustachio, *Su un caso di paralisi progressiva in individuo di razza negra*, «L'Ospedale psichiatrico», 1935, pp. 466-480.

Zara Eustachio, *Considerazioni su 40 casi di psicosi osservati in ammalati rimpatriati dall'AOI*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1937, pp. 1179-1180.

Zara Eustachio, *Considerazioni su 50 casi di psicosi osservati in ammalati rimpatriati dall'AOI*, «L'Ospedale psichiatrico», 1938, pp. 71-90.

Zincone Vittorio, *Il meticciato in AOI*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1938, pp. 113-122.

Zincone Vittorio, *Il problema del meticciato*, «Rassegna sociale dell'Africa italiana», 1939, pp. 157-164.

### ***Fonti primarie sulla psichiatria nelle colonie francesi***

*Actes du XXIIème Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Tunis 1912.

*Actes XIème Congrès international de Psychologie*, Paris 1937.

*Actes IIème Congrès d'Hygiène mentale*, Paris 1937.

*Actes du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Alger 1938.

Armand Marc, *Nécessité de créer des hôpitaux d'aliénés curables et de délirants*, Thèse Lyon 1901-1902.

Arrii Don Côme, *De l'impulsivité criminelle chez l'indigène algérien*, Thèse Alger 1926.

Aubin Louis, *Les militaires aliénés à l'asile de Marseille. Recherches statistiques, étiologiques et cliniques*, Thèse Montpellier 1886.

Aubin Henri, *L'assistance psychiatrique indigène aux colonies. Rapport d'assistance psychiatrique*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XLII session, Alger 6-11 avril 1936, Masson, Paris 1938.

Aubin Henri, *Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les noirs*, «Annales médico-psychologiques», 1-2, 1939, pp. 1-29 e 181-213.

Aubin Henri, *Psychopathologie de l'indigène algérien*, in Porot A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris 1952.

Battarel, *Quelques remarques sur la paralysie générale chez les indigènes musulmans algériens*, Thèse Montpellier 1932.

Bertherand Émile Louis., *Médecine et hygiène des Arabes*, Librairie G. Baillière, Paris 1855.

Bertholon L., *Esquisse de l'anthropologie criminelle des Tunisiens musulmans*, «Archives d'anthropologie criminelle», 1889, 4, pp. 389-439.

Boigey, *L'assistance hospitalière en milieu musulman*, «La Presse médicale», 76, 21 septembre 1907, pp. 609-611.

Boigey, *Etude psychologique sur l'Islam*, «Annales médico-psychologiques», 9<sup>ème</sup> série, t. VIII, octobre 1908, pp. 5-14.

Borreil Paul, *Considérations sur l'internement des aliénés sénégalais en France*, Thèse Montpellier 1908.

Bouquet Henri, *Les aliénés en Tunisie*, Thèse Lyon, 1909.

Brierre de Boismont A., *De l'influence de la Civilisation sur le développement de la folie*, «Annales d'hygiène publique et de médecine légale», 21, 1839, pp. 241-295.

Brierre de Boismont A., *De la folie au Bengale*, «Annales médico-psychologiques», 1853, pp. 654-665.

Brierre de Boismont A., *De l'aliénation mentale au Bengale – De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie*, «Annales médico-psychologiques», 5, 1853, pp. 293-339.

Bursztyn Pinkus-Jacques, *Schizophrénie et mentalité primitive*, Thèse Paris 1935.

Camuset L., *De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie; par le Dr A. Kocher*, «Annales médico-psychologiques», 43, 7, 1885, pp. 345-347.

Cavasse, *Les dégénéreés dans l'armée coloniale*, Thèse Bordeaux 1903.

Chérif A., *Etude psychologique sur l'Islam. Réponse à l'étude de Boigey*, «Annales médico-psychologiques», 9<sup>ème</sup> série, t. IX, mai 1909, pp. 353-363.

Constans Augustin, *Discussion de la communication d'A. Voisin sur les aliénés en Algérie*, «Annales médico-psychologiques», 1873, IX, pp. 492-493.

Corre A., *Facteurs généraux de la criminalité dans les pays créoles*, «Archives d'anthropologie criminelle», 1889, 4, pp. 162-186.

Corre A., *L'ethnographie criminelle d'après les observations et les statistiques judiciaires recueillies dans les colonies françaises*, Librairie C. Reinwald & Cie, Paris 1894.

Costedoat, *Les troubles mentaux chez les militaires musulmans d'Afrique du Nord*, «Archives de médecine et de pharmacie militaires, août 1934.

Damaye Henri, *Necrologie du professeur Régis (1854-1918)*, «Annales médico-psychologiques», 10<sup>ème</sup> série, t. X, septembre 1918.

De Ribier, Régis, *Les aliénés aux colonies. Leur rapatriement*, «Caducée», avril 1905.

Desruelles Maurice, Bersot Henri, *L'assistance aux aliénés chez les arabes du VIII au XII siècle. Contribution à l'histoire de l'assistance aux aliénés*, «Annales médico-psychologiques», 96, 2, 1938, p. 700.

Donnadieu André, *L'alcoolisme mental dans la population indigène du Maroc*, «Maroc Médical», 214, nov-déc 1940, pp. 163-165.

Donnadieu André, *Psychose de civilisation*, «Annales médico-psychologiques», 97, 1, 1939, pp. 30-37.

Dumas George, *Mentalité paranoïde et mentalité primitive*, «Annales médico-psychologiques», 92, 1934, pp. 754-762.

Escande de Messières Maurice-Emile, *La psychologie des coloniaux: influence des pays chauds sur l'état mental*, Charentaise, Angoulême 1905.

Fribourg-Blanc André, *L'état mental des indigènes de l'Afrique du Nord et leurs réactions psychopathiques*, «L'hygiène mentale», 22, 1927, pp. 135-144.

Furnari Salvatore, *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale. Ou: De l'ophtalmologie considérée dans ses rapports avec les différentes races*, Librairie J.-B. Baillière, Paris 1845.

Gerente Paul, *Discours prononcé par M. Gérente, séance du Sénat du 6 avril 1895. Discussion du budget de l'Algérie (exercice 1895)*, Impr. des journaux officiels, Paris 1895.

Gervais Camile-Charles, *Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif*, Thèse Lyon 1907.

Guilliod, *Troubles de l'état mental aux Antilles*, Thèse Bordeaux 1896.

Guiraud A., *Réponse à Les services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord (Algérie et Tunisie)*, «Annales médico-psychologiques», 94, 1, 1936, pp. 804-805.

Hesnard Angelo, *La neuropsychiatrie dans la Marine*, «Archives de médecine navale et coloniale», janvier 1910, pp. 35-72 ; février 1910, pp. 81-114.

Kocher A., *De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie*, Paris, Librairie J.-B. Baillière & Fils, 1884.

Janet Pierre, *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Alcan, Paris 1889.

Jeanselme, *Les principaux facteurs de mortalité et de morbidité en Indo-Chine*, Compte rendu de la section de médecine et d'hygiène coloniales, Bibliothèque des congrès coloniaux français, 1904.

Jeanselme, *Les conditions des aliénés dans les colonies françaises et anglaises*, «Presse médicale», 1905, p. 497.

Jeanselme, *Une mission médicale en Extrême-Orient*, «Paris médical», novembre 1912.

Lacassagne A., *Précis de médecine judiciaire, 2<sup>e</sup> édition remaniée et au courant des travaux récents de statistique criminelle*, Paris, Masson, 1886 (1<sup>e</sup> édition, 1878).

Lacassagne A., Magitot E., *Du tatouage. Recherches anthropologiques et médico-légales*, Masson, Asselin & Cie, Paris 1886.

Lacassagne A., *Attentats à la pudeur sur les petites filles*, «Archives d'anthropologie criminelle», 1886, 1, pp. 59-68 e 63-64.

Levy-Bruhl Lucien, *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*, Alcan, Paris 1910.

Laurent É., *La prostituée arabe*, «Archives d'anthropologie criminelle», 1893, 8, pp. 315-322.

Laurent É., *L'anthropologie criminelle et les nouvelles théories du crime, 2<sup>e</sup> édition revue et très augmentée*, Paris, Société d'Éditions Scientifiques 1893.

Lauriol Louis, *Quelques remarques sur les maladies mentales aux colonies*, Thèse Paris 1938.

- Le Bon Gustave, *La civilisation des Arabes*, Librairie Firmin-Didot & Cie, Paris 1884.
- Le Dantec Aristide, *Précis de pathologie exotique (maladies des pays chauds et des pays froids)*, Doin, Paris; éditions: 1900, 1905, 1911, 1929.
- Lemanski Witold, *Moeurs arabes. Scènes vécues*, Albin Michel, Paris 1913.
- Levet, *L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain*, «Annales médico-psychologiques», 9<sup>ème</sup> série, IX, 1909, pp. 45-67.
- Lévy-Bruhl Lucien, *La mentalité primitive*, Paris 1922.
- Livet Louis, *Les Aliénés algériens et leur hospitalisation*, Thèse Alger 1911.
- Lwoff et Sérieux, *Sur quelques moyens de contrainte appliqués aux aliénés au Maroc (présentation d'instruments)*, «Bulletin de la Société clinique de médecine mentale», 4, avril 1911.
- Mareschal, Chaurand, *La paralysie générale en Tunisie*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Nancy 1937.
- Mareschal, Chaurand, *23 cas de paralysie générale chez des Musulmans tunisiens*, «Tunisie médicale», 1937.
- Margain L., *Rapport sur la situation des aliénés dans les colonies françaises*, «Assistance familiale», juillet 1905.
- Marie Auguste, *Le cafard*, «Revue de psychiatrie», 1900.
- Marie Auguste, *La question des asiles coloniaux*, «La revue philanthropique», janvier 1907, pp. 311-320.
- Marie Auguste, *Les aliénés coloniaux*, «Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique», octobre 1905.
- Marie Auguste, *Rapport au Congrès international d'assistance*, Vienne, octobre 1908.
- Marie Auguste, Pelletier, *La question des aliénés coloniaux*, «Médecine moderne», 1906, p. 205.
- Margain L., *L'aliénation mentale aux colonies et pays de protectorat*, «Revue indigène», mars 1908, pp. 87-97.
- Mazel Dr de., *Visite au maristan de Sidi Fredj à Fez*, 1922.
- Meignier, *Contribution à l'étude des psychoses d'insolation*, Thèse Bordeaux 1906.

Meilhon Abel Joseph, *L'aliénation mentale chez les Arabes: étude de nosologie comparée*, «Annales médico-psychologiques», 54, n. 1, 1896, pp. 17-32, 177-207, 364-377; n. 2, pp. 26-40, 204-220, 344-363.

Mignot Roger, Antheaume A., *Les Maladies mentales dans l'armée française*, 1909.

Moreau (de Tours) Jacques Joseph, *Recherches sur les aliénés en Orient*, «Annales médico-psychologiques», 1, 1843, pp. 103-132.

Moreira, Peixoto, *Les maladies mentales dans les pays tropicaux*, Congrès de Lisbonne, 1907 (section coloniale).

Moskovtchenko Paul, *Etude sommaire sur l'assistance aux aliénés dans les colonies*, Thèse Lyon 1925.

Naudin, *La psychiatrie coloniale*, Thèse Bordeaux 1923.

Papard, *Le rapatriement des aliénés*, «Caducée», 7 novembre 1908.

Porot Antoine, *La situation des aliénés français en Tunisie*, «Tunisie médicale», 15 février 1911; «Revue de Psychiatrie», 1911.

Porot Antoine, *L'assistance des aliénés en Tunisie*, in *Rapport Régis sur l'assistance psychiatrique aux colonies*, XXII Congrès, Tunis 1912.

Porot Antoine, *Compte rendu du XXII Congrès*, 1912.

Porot Antoine, *Discussion au Rapport Régis*, 1912.

Porot Antoine, *Compte rendu du centre Neurologique militaire de la XIX Région*, «Revue neurologique», déc. 1916 e déc. 1917.

Porot Antoine, *Notes de psychiatrie musulmane*, «Annales médico-psychologiques», 76, 1918, pp. 377-384.

Porot Antoine, *Chronique algérienne*, «L'Hygiène mentale», 20, 9, 1925, pp. 269-279.

Porot Antoine, *Dernier mot – en réponse à M. Dumolard – sur l'assistance psychiatrique en Algérie*, «L'Hygiène mentale», 21, 6, juin 1926, p. 145.

Porot Antoine, *Au sujet de l'assistance psychiatrique et de l'enseignement en Algérie*, «L'Hygiène mentale», 21, 6, mars 1926, pp. 67-69.

Porot Antoine, Sutter Jean, *Le primitivisme des indigènes Nord-Africains: ses incidences en pathologie mentale*, «Sud médical et chirurgical», 4, 1939, pp. 226-241.

Porot Antoine, *L'assistance psychiatrique en Algérie et le futur hôpital psychiatrique de Blida*, «L'Algérie médicale», 65, mai 1933, pp. 86-92.

Porot Antoine, *Les services hospitaliers de psychiatrie dans l'Afrique du Nord (Algérie et Tunisie)*, «Annales médico-psychologiques», mai 1936.

Porot Antoine, *Recensione a A. Bravi, Frammenti di psichiatria coloniale*, «Annales médico-psychologiques», 96, mars 1938, pp. 387-388.

Porot Antoine, *L'œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle*, «Annales médico-psychologiques», 101, 1943, pp. 356-378.

Porot Antoine, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, PUF, Paris 1952.

Raynaud Lucien, *Alcool et alcoolisme au Maroc*, «Annales d'hygiène publique et de médecine légale», 1902.

Reboul Henri, Régis Emmanuel, *L'assistance des aliénés aux colonies*, Masson, Paris 1912.

Regis Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, Doin, Paris; éditions: 1906, 1909, 1914, 1923.

Regnault J., *Le congrès colonial de 1905. Compte rendu*, «Archives de médecine navale et coloniale», août 1905, pp. 92-114.

Reibaud, *La mélancholie chez l'arabe*, Thèse Marseille 1932.

Ribier F. de, *Les aliénés aux colonies. Leur rapatriement*, «Caducée», 15 avril 1905, pp. 163-164.

Sauzay Paul, *L'assistance aux psychopathes (aliénés et non aliénés) en Algérie*, Thèse Alger 1925.

Sicard, *Etude sur la fréquence des maladies nerveuses chez les indigènes musulmans d'Algérie*, Thèse Lyon 1907.

Simon, *Situation des aliénés dans les hôpitaux coloniaux*, Congrès des alienistes et des neurologistes français et de langue française, Dijon, 3-10 août 1908.

Soumeire, *Le meurtre chez les aliénés en Algérie*, Thèse Marseille 1932.

Taieb Suzanne, *Les idées d'influence dans la pathologie mentale de l'indigène nord-africain. Le rôle des superstitions*, Thèse Alger 1939.

Tarde G., *Le type criminel*, «Revue Philosophique», XIX, 1885, 593-627.

Tardieu A., *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 5<sup>e</sup> édition, Librairie J.-B. Baillière & Fils, Paris 1867.

Trenga Victor, *Sur les psychoses chez les juifs d'Algérie*, Thèse Montpellier 1902.

Trenga Victor, *L'âme arabo-berbère. Etude sociologique sur l'islam nord-africain*, Homar, Alger 1913.

Trolard Paulin, *De la Mentalité algérienne (à propos de la question des étrangers)*, Impr. de A. Mauguin, Blida 1905.

Vadon Raoul, *L'assistance médicale des psychopathes en Tunisie*, Thèse Marseille 1935.

### ***Fonti primarie sulla psichiatria nelle colonie inglesi***

*The Jamaica Public Hospital and Lunatic Asylum*, «The Lancet», December 10<sup>th</sup> 1859, pp. 597-598.

*The Jamaica Lunatic Asylum*, «British Journal of Psychiatry», 1860, pp. 157-167.

*British Guiana*, «The British Medical Journal», Vol. 1, No. 2559 (Jan. 15, 1910), pp. 171-172.

*The Public medical service in Trinidad*, «The Lancet», September 9<sup>th</sup> 1899, p. 731.

*The insane in Canada*, «The British Medical Journal», Vol. 2, No. 2329 (Aug. 19, 1905), p. 401.

*New Hospital for Bermuda*, «The British Medical Journal», Vol. 2, No. 2324 (Jul. 15, 1905), p. 148.

*New Zealand*, «The British Medical Journal», Vol. 1, No. 2559 (Jan. 15, 1910), pp. 171-172.

*Lunacy at the Cape*, «The Lancet», November 21<sup>st</sup> 1891, p. 1186.

*South African Hospitals Commission*, «The Lancet», November 10<sup>th</sup> 1900, pp. 1393-1394.

*Lunacy Administration in Cape Colony*, «The British Medical Journal», August 13<sup>th</sup> 1910, p. 398.

*Notes from South Africa: Accomodation and Treatment of Persons of Unsound Mind*, «The Lancet», July 5<sup>th</sup> 1913, pp. 50-51.

*Progress of Psychiatry in the Union of South Africa*, «Journal of Mental Science», April 1922, pp. 175-178.

*Report of the Commissioner for Mental Hygiene for the Union of South Africa, 1922-23* (Review), «Journal of Mental Science», October 1924, pp. 650-651.

*Report of the Commissioner for Mental Hygiene for the Union of South Africa, 1924 to 1925-6* (Review), «Journal of Mental Science», July 1928, pp. 564-566.

- Thomas Duncan Greenless* (Obituary), «Journal of Mental Science», April 1929, pp. 353-354.
- Special Correspondence, Egypt*, The British Medical Journal, November 24<sup>th</sup> 1883, p. 1042.
- Indian Hemp and Insanity in Egypt*, «The British Medical Journal», December 30<sup>th</sup> 1893, p. 1452.
- Hospital Administration in Egypt*, «The British Medical Journal», May 31<sup>st</sup> 1890, p. 1206.
- Carothers J. C., *Some speculations on Insanity in Africans and in general*, «East African Medical Journal», 17, 1940, pp. 90-105.
- Carothers J. C., *A Study of mental derangement in Africans, and an attempt to explain its peculiarities, more especially in relation to the African attitude to life*, «Journal of Mental Science», 93, 1947, pp. 548-597.
- Carothers J. C., *The frontal lobe function and the African*, «Journal of Mental Science», 97, 1951, pp. 122-148.
- Carothers J. C., *The African Mind in Health and Disease : a Study in Ethnopsychiatry*, World Health Organisation, Geneva 1953.
- Carothers J. C., *The Psychology of Mau Mau*, Government Printer, Nairobi 1954.
- Carothers J. C., *The nature-nurture controversy*, «Psychiatry», 18, 1955, pp. 301-304.
- Carothers J. C., *Culture, psychiatry and the written world*, «Psychiatry», 22, 1959, pp. 307-320.
- Carothers J. C., *Further thoughts on the African Mind*, «East African Medical Journal», 6, 1960, pp. 457-463.
- Carothers J. C., *Hysteria, psychopathy and the magic word*, «Mankind Quarterly», 16, 2, 1975, pp. 93-102.
- Carothers J. C., *The Mind of Man in Africa*, Tom Stacey, London 1972.
- Dunston, *The Problem of Feeble-minded in South Africa*, «Journal of Mental Science», October 1921, pp. 449-458.
- Gordon H. L., *Mental instability among Europeans in Kenya*, «Kenya and East Africa Medical Journal», 4, 1927-1928, pp. 316-324.
- Gordon H. L., *Sexual perversions*, «Kenya and East Africa Medical Journal», 6, 1929-1930, pp. 122-130.
- Gordon H. L., *Psychiatry in Kenya colony*, «Journal of Mental Science», 80, 1934, pp. 167-171.

- Gordon H. L., *An enquiry into the correlation of civilization and mental disorder in the Kenyan native*, «East African Medical Journal», 12, 1936, pp. 327-335.
- Green E. M., *Psychosis among Negroes : a comparative study*, «Journal of Mental and Nervous disease», 41, 1914, pp. 697-708.
- Greenless Duncan, *Insanity among the natives of South Africa*, «Journal of Mental Science», January 1895, pp. 70-78.
- Greenless Duncan, *Lunacy Administration in Cape Colony*, «Journal of Mental Science», April 1910, pp. 261-272.
- Lambo T. A., *The role of cultural factors in paranoid psychosis among the Yoruba tribe*, «Journal of Mental Science», 101, 1955, pp. 239-266.
- Lambo T. A., *Neuropsychiatric observations in the Western region of Nigeria*, «British Medical Journal», December 1956, pp. 1388-1394.
- Lambo T. A., *Psychiatric syndromes associated with cerebrovascular disorders in the African*, «Journal of Mental Science», 104, 1958, pp. 113-143.
- Lambo T. A., *Malignant anxiety : a syndrome associated with with criminal conduct in Africans*, «Journal of Mental Science», 108, 1962, pp. 256-264.
- Lind John E., *The dream as a simple wish-fulfilment in the Negro*, «Psychoanalytic Review», 1, 1913-1014, pp. 295-300.
- Muwazi E. M. K., Trowell H. C., *Neurological diseases among African natives of Uganda*, «East African Medical Journal», January 1944, pp. 2-19.
- Pratt Ann, *Seven Months in the Kingston Lunatic Asylum, and What I Saw There*, G. Henderson Savage, Kingston 1860.
- Price Basil G., *Discussion of the causes of invaliding from the Tropics*, «British Medical Journal», November 1913, pp. 1290-1296.
- Sachs Wulf, *The insane Native : an aintroduction to a psychological study*, «The South African Journal of Science», 30, 1933, pp. 706-713.
- Sandwith F. M., *The Cairo Lunatic Asylum*, «Journal of Mental Science», January 1889, pp. 473-490.
- Shelley H., Watson W., *An investigation concerning mental disorder in the Nysaland natives*, «Journal of Mental Science», 82, 1936, pp. 701-730.

Simons H. J., *Mental disease in Africans : racial determinism*, «Journal of Mental Science», 104, 1958, pp. 377-388.

Smartt C. G. F., *Mental maladjustment in the East African*, «Journal of Mental Science», 102, 1956, pp. 441-466.

Vint F. W., *A preliminary note on the cell content of the prefrontal cortex of the East African Native*, «East African Medical Journal», 9, 1932-1933, pp. 31-31.

Vint F. W., *The brain of the Kenyan native*, «Journal of Anatomy», 68, January 1934, pp. 216-223.

Warnock John, *Twenty-eight Years' Lunacy Experience in Egypt (1895-1923)*, «The Journal of Mental Science», April 1924, pp. 233-260.

## Fonti secondarie

Alem Atalay, Destal Menilik, Araya Mesfin, *Mental health in Ethiopia. EPHA Expert Group report*, «Ethiopian Journal of Health Development», 1, 1995, pp. 77-98.

Alem Atalay, Kebede Derege, *Conducting psychiatric research in the developing world: challenges and rewards*, «British Journal of Psychiatry», 182, 2003, pp. 185-187.

Alem Atalay, *Psychiatry in Ethiopia*, «Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists», 4, 2004, pp. 8-10.

Alem Atalay, *Inaugural Professorial Lecture. My professional Journey and Mental Health Research in Ethiopia*, Department of psychiatry, School of Medicine, College of Health Sciences, Addis Ababa University, July 2012.

Anderson Warwick, *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines*, Duke University Press, Durham-London 2006.

Arnaut Robert, *La folie apprivoisée: L'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie*, De Vecchi, Parigi 2006.

Arnold David, *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India*, University of California Press, Berkley 1996.

Babini Valeria P., *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2010.

Babini Valeria P., Cotti, M., Minuz, F., Tagliavini, A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982.

Bala Punam, (a cura di), *Biomedicine as a contested site: some revelations in imperial contexts*, Lexington Books, Lanham 2009.

Barrera Giulia, *Dangerous Liaisons. Colonial Concubinage in Eritrea, 1890-1941*, Program of African Studies Northwestern University Working Papers, n. 1, 1996.

Barrera Giulia, *The Construction of Racial Hierarchies in Colonial Eritrea: The Liberal and Early Fascist Period, 1897-1934*, in Patrizia Palumbo (a cura di), *A Place in the Sun: Africa in Italian Africa in Italian Colonial Culture*, Berkeley-Los Angeles, University of California Press, 2003, pp. 81-115.

Barrera Giulia, *Sex, Citizenship and the State: The Construction of the Public and Private Spheres in Colonial Eritrea*, in Perry Willson (a cura di), *Gender, Family and Sexuality: The Private Sphere in Italy 1860-1945*, New York, Palgrave Macmillan, 2004, pp. 157-172.

Bégué Jean-Michel, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie 1830-1939*, Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spécialisées, Université Pierre et Marie Curie, Paris 1989.

Bégué Jean-Michel, *Un siècle de psychiatrie française en Algérie (1830-1939): contribution à l'histoire de l'ethnopsychiatrie*, «L'information psychiatrique», 69, 1, 1993.

Bégué Jean-Michel, *Génèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française: le rapport Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912*, «Psychopathologie africaine», XXVIII, 2, 1997, pp. 177-220.

Bégué Jean-Michel, Freeman Hugh, *French psychiatry in Algeria (1830-1962): from colonial to transcultural*, «History of psychiatry», 7, 28, 1996, pp. 533-548.

Bell Leland V., *Treating the mentally ill: from colonial times to present*, Praeger, New York 1980.

Bell Leland V., *Mental and social disorder in Sub-Saharan Africa. The case of Sierra Leone 1787-1990*, Greenwood Press, New York 1991.

Beneduce Roberto, *Trance e possessione in Africa. Corpi mimesi e storia*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.

Beneduce Roberto, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.

Beneduce Roberto, *Corpi e saperi indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino 2010.

Benevelli Luigi, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941): prime acquisizioni*, «I sentieri della ricerca», 2009, pp. 317-328.

Benevelli Luigi, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941)*, Argo, Lecce 2010, p. 136.

Benevelli Luigi, *Dopo la perdita delle colonie: una psichiatria post-coloniale italiana? I casi della Libia e della Somalia*, «I sentieri della ricerca», 2010, pp. 179-206.

Benevelli Luigi, *Il fascino dell'Oriente. Una grande passione d'amore e una grande passione professionale nella vita e nell'opera di Angelo Bravi*, in G. Proglgio (a cura di), *Orientalismi italiani*, Antares, Alba 2012.

Ben-Ghiat Ruth, Fuller Mia (a cura di), *Italian Colonialism*, Palgrave Macmillan, New York 2005.

Bennani Jalil, *La Psychanalyse au pays des Saints. Les débuts de la psychanalyse et de la psychiatrie au Maroc*, Le Fennec, Casablanca 1996.

Berrios German E., *The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history*, «History of Psychiatry», 8, 29, 1997, pp. 105-119.

Bertani Mauro (a cura di), *Il sapere e la vergogna. Psichiatria, scienza, cultura nelle leggi razziali del 1938*, «Quaderni del Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria», Reggio Emilia 1998.

Bertani Mauro (a cura di), *Psichiatria, fascismo e nazismo*, vol. CXXXIII della «Rivista Sperimentale di freniatria», Franco Angeli, Milano 2009.

Berthelie Robert, *L'homme maghrebin dans la littérature psychiatrique*, L'Harmattan, Parigi 1991.

Bianchi Bruna, *Predisposizione, commozione o emozione? Natura e terapia delle neuropsicosi di guerra (1915-1918)*, «Movimento operaio o socialista», IV, 3, 1983, pp. 383-410.

Bianchi Bruna, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni Editore, Roma 2001.

Bianchi Bruna, *Il trauma della modernità. Le nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea*, in Scartabellati Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio, Verona 2008, pp. 9-64.

Bleuler Eugen, *Dementia Paecox o il gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985 (ed. or.: *Dementia paecox oder Gruppe der Scizophrenien*, Franz Deuticke, Lipsia-Vienna 1911).

Boddy Janice, *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*, Winsconsin University Press, 1989.

Boroffka Alexander, *Mental illness in Lagos: history and admission statistics of the Yaba Mental Hospital from 1907 to 1966*, «Psychopathologie africaine», 9, 3, 1973, pp. 405-417.

Boroffka Alexander, *Psychiatric care in Nigeria*, «Psychopathologie africaine», XXVII, 1995-1996, 1, pp. 27-36.

Boroffka Alexander, *Psychiatry in Nigeria*, Brunswiker Universitätsbuchhandlung - Medizin, Kiel, 2006.

Borzacchiello Assunta, *La grande riforma. Breve storia dell'irrisolta questione carceraria*, «Rassegna penitenziaria e criminologica», 2-3, 2005, pp. 83-147.

Bottoni Riccardo (a cura di), *L'impero fascista. Italia ed Etiopia (1935-1941)*, il Mulino, Bologna 2008.

Bourdieu Pierre, *Les conditions sociales de la production sociologique : sociologie coloniale et décolonisation de la sociologie*, in Moniot, Henri (a cura di) *Le mal de voir. Ethologie et orientalisme, politique et épistémologie, critique et autocritique*, Collection 10/18, Paris 1976, pp. 416-427.

Boussat Michel, *À propos de Henri Collomb (1913-1979): De la psychiatrie coloniale à une psychiatrie sans frontières*, L'autre: cliniques, cultures, sociétés», 3, 2002, pp. 411-424.

- Braslow Joel, *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the first half of the Twentieth Century*, University of California Press, Berkeley 1997.
- Burgio Alberto, Casali Luciano (a cura di), *Studi sul razzismo italiano*, Clueb, Bologna 1996.
- Burgio Alberto (a cura di), *Nel nome della razza*, il Mulino, Bologna 1999.
- Bynum William F., Porter Roy, Shepherd Michael, *The anatomy of madness. Essays in the History of Psychiatry*, Tavistock, Londra 1985.
- Canguilhem Georges, *Il normale e il patologico*, Einaudi Torino 1998 (ed. or. 1943).
- Cappelli Vittorio, *Alle origini di un'avventura. Marco Levi Bianchini in Congo (1901)*, «Daedalus», 12, 1995-1996, pp. 44-50.
- Cappelli Vittorio, Inglese Salvatore, *Marco Levi Bianchini in Congo e in Calabria: le prime esplorazioni scientifiche di un pioniere della psicoanalisi italiana*, in Conforti Rosario (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2006.
- Carrino Candida, Di Costanzo Raffaele, *Inventario. Archivio dell'Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli*, 2003.
- Cassata Francesco, *Politica, ideologia e immagine del razzismo fascista*, Einaudi, Torino 2008.
- Cassata Francesco, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- Cassata Francesco, *Il lungo periodo del razzismo e dell'antisemitismo evoliano*, «Razzismo e modernità», 1, 2001, pp. 125-143.
- Cazzetta Giovanni, *Predestinazione geografica e colonie degli europei*, «Quaderni fiorentini», 33-34, 2004-2005, pp. 115-168.
- Chelati Dirar U., *From warriors to urban dwellers. Ascari and the military factor in the urban development of colonial Eritrea*, «Cahiers d'études africaines», XLIV, 3, 175, 2004, pp. 533-574.
- Coleborne Catharine, *Reading 'madness': gender and difference in the colonial asylum in Victoria, Australia, 1848-1888*, Network, Perth 2007.
- Collomb Henri, *Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone*, «The African journal of psychiatry», 2, 1975, pp. 87-115.
- Collignon René, *Quelques propositions pour une histoire de la psychiatrie au Sénégal*, «Psychopathologie africaine», XII, 2, 1976, pp. 245-273.
- Collignon René, *Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar*, «Psychopathologie

Africaine», XIV, 2-3, 1978, pp. 133-141.

Collignon René, *Some reflections on the history of psychiatry in French speaking West Africa. The Example of Senegal*, «Psychopathologie africaine», XXVII, 1, 1995-1996 pp. 37-51.

Collignon René, *Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée dans les Annales médico-psychologiques. Essai de bibliographie annotée, 1. De la création de la revue jusqu'à la veille de la Deuxième Guerre mondiale (1843-1939)*, «Psychopathologie africaine», XXVII, 2-3, 1995-1996, pp. 265-296; 2. *De la Deuxième Guerre mondiale à la décolonisation (1940-1962)*, *ivi*, pp. 297-326; *Du lendemain des indépendances des anciennes colonies françaises à aujourd'hui (1963-1996)*, «Psychopathologie africaine», XXVIII, 2, 1997, pp. 221-269.

Collignon René, *La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal*, «Revue Tiers Monde», 187, 2006, pp. 527-546.

Comaroff J., *The diseased heath of Africa: medicine, colonialism and the black body*, in S. Lindenbaum, M. Lock (a cura di), *Knowledge, Power, Practice: The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkeley 1993, pp. 305-329.

Coppo Piero, *Guaritori di follia. Storie dall'altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (prima ed.1994).

Crapanzano Vincent, *Tubami: Portrait of a Moroccan*, University of Chicago Press, 1980.

Crapanzano Vicent, *The Hamadsba: a study in Moroccan ethnopsychiatry*, University of California Press, Berkeley 1981.

Cresti Federico, *Non desiderare la terra d'altri. La colonizzazione italiana in Libia*, Carocci, Roma 2011.

Crozier Anna, *What Was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa*, «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 64, 4, 2009, pp. 518-548.

Deacon Harriet Jane, *Madness, race and moral treatment: Robben Island Lunatic Asylum, Cape Colony, 1846-1890*, «History of Psychiatry», 7, 26, 1996, pp. 287-97.

De Goei Leonie, Vijselaar Joost (a cura di), *Proceedings of the 1st European Congress on the History of Psychiatry and Mental Health Care, 's-Hertogenbosch, the Netherlands, 24-26 October 1990*, Erasmus Publishing, Rotterdam 1993.

Del Boca Angelo, *Gli italiani in Africa orientale*, 4 voll., Laterza, Roma-Bari 1984.

Del Boca Angelo, *Gli italiani in Libia*, 2 voll., Laterza, Roma-Bari 1984.

De Peri Francesco, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in Franco della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp.1060-1144.

Devereux Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Parigi 1970.

Didi-Huberman Georges, *L'invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Parigi 1982.

Diefenbacher Albert, *Geschichte der Irrenfürsorge in der Kolonie Deutsch-Ostafrika 1895-1922. Studie zum Verhältnis von Psychiatrie und Kolonialismus*, Thesis, Freiburg (Breisgau) 1984.

Diefenbacher Albert, *Psychiatrie und Kolonialismus. Zur "Irrenfürsorge" in der Kolonie Deutsch-Ostafrika*, Campus Verlag, Frankfurt am Main 1985.

Diefenbacher Albert, *Das Irrenasyl Latindi in der Kolonie Deutsch-Ostafrika*, «Historia Hospitalium», 17, 1986-88, pp. 200-208.

Diefenbacher Albert, *The implementation of the lunatic asylum in Africa: the example of German East Africa*, *Psychopathologie africaine*, 27, 1995-96, pp. 53-65.

Diefenbacher Albert, *Psychiatrie coloniale en Afrique Orientale Allemande*, «L'autre. Cliniques, cultures et sociétés», 3, 2002, pp. 445-454.

Ernst Waltraud, Kantowsky Detlef, *Mad Tales from the Raj*, *Society*, 22, 1985, pp. 31-38.

Ernst Waltraud, *Mad Tales from the Raj: the European Insane in British India, 1800-1858*, Routledge, New York 1991.

Ernst Waltraud, *The rise of the European lunatic asylum in colonial India*, «Bulletin of the Indian Institute of the History of Medicine», 17, 1987, pp. 94-107.

Ernst Waltraud, *Asylums in alien places*, in W. Bynum, M. Shepherd e R. Porter (a cura di), *Anatomy of Madness*, Tavistock, Londra 1988, pp. 48-70.

Ernst Waltraud, *A case-study in psychiatry and colonial rule: the European insane in British India*, in D. Arnold (a cura di), *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University Press, 1988, pp. 27-44.

Ernst Waltraud, *Doctor-patient interaction in British India: a case of "intellectual insanity"*, «History of Psychiatry», 1, 1990, pp. 207-22.

Ernst Waltraud, *Colonial Psychiatry*, in G. Berrios, H. Freeman (a cura di), *150 Years of British Psychiatry: 1841-1858*, Gaskell, Londra 1991, pp. 152-163.

- Ernst Waltraud, *Racial, social and cultural factors in the development of a colonial institution: the Bombay Lunatic Asylum, 1670-1858*, «International Quarterly for Asian Studies», 1-2, 1992, pp. 61-80.
- Ernst Waltraud, *European madness and gender in nineteenth-century British India*, «Social History of Medicine», 9, 1996, pp. 357-82.
- Ernst Waltraud, *Idioms of madness and colonial boundaries*, «Comparative Studies in Society and History», 39, 1, 1997, pp. 153-81.
- Ernst Waltraud, *Asylum provision and the East India Company*, «Medical History», 42, 1998, pp. 476-502.
- Ernst Waltraud, *The Madras Lunatic Asylum*, «Bulletin of the Indian Institute of the History of Medicine», 28, 1998, pp. 13-30.
- Ernst Waltraud, *Colonial policies, racial politics and the development of psychiatric institutions in early nineteenth-century British India*, in W. Ernst, B. Harris (a cura di), *Race, Science and Medicine*, Routledge, Londra 1999, pp. 80-100.
- Ernst Waltraud, *Colonial psychiatry, magic and religion*, «History of Psychiatry», 15, 1, 2004, pp. 57-71.
- Ernst Waltraud, *Feminising Madness-Feminising the Orient: Gender, Madness and Colonialism, c. 1860-1940*, in S. Kak, B. Pati (a cura di) *Exploring Gender: Colonial and Post-colonial India*, Nehru Memorial and Museum Library, New Delhi 2005, pp. 57-92.
- Ernst Waltraud, *Colonial/Medical Power: Lunatic Asylums in Bengal, c. 1800-1900*, «Journal of Asian History», 40, 1, 2006, pp. 49-79.
- Ernst Waltraud, *Madness and Colonial Spaces. British India, 1800-1947*, in L. Topp, J. Moran, J. Andrews (a cura di), *Madness, Architecture and the Built Environment*, Routledge, Londra 2007.
- Ernst Waltraud, *'Colonial' and 'Modern' Psychiatry in British India. Treatments at the Indian Mental Hospital at Ranchi, 1925-1940*, in W. Ernst, T. Müller (a cura di), *Transnational Psychiatries* Cambridge Scholars, Newcastle 2010.
- Ernst Waltraud, *Colonialism and Transnational Psychiatry: The Development of an Indian Mental Hospital in British India, c. 1925-1940*, Anthem Press, London-New York-Delhi 2013.
- Ernst Waltraud, Müller Thomas (a cura di), *Transnational Psychiatries*, Cambridge Scholars, Newcastle 2010.
- Fabian Johannes, *Out of Our Minds: Reason and Madness in the Exploration of Central Africa*, University of California Press, Berkeley 2000.
- Fanon Frantz, *Syndrome nord-africain*, 2, «Esprit», 1952, pp. 248-257.

- Fanon Frantz, *Peau noire, masques blancs*, Seuil, Parigi 1952.
- Fanon Frantz, *Réflexions sur la ethnopsychiatrie*, «Consciencias Maghrébines», 3, 1955, pp. 1-2.
- Fanon Frantz, *Les damnés de la terre*, Maspero, Parigi 1961.
- Fanon Frantz, *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale* (a cura di R. Beneduce), Verona, Ombre Corte, 2011.
- Feierman S., Janzen J. M. (a cura di), *The social basis of health and healing in Africa*, University of California Press, Berkeley 1992.
- Fiorani Matteo, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze University Press, Firenze 2010.
- Fiorino Vinzia, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova 2010, pp. 51-69.
- Fiorino Vinzia, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2012.
- Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e Pensiero, Milano 1989, pp. 577-584.
- Foucault Michel, *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano 1997.
- Foucault Michel, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1969 (ed. or. 1963).
- Foucault Michel, *Malattia mentale e psicologia*, Cortina, Milano 1997.
- Foucault Michel, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 2004.
- Gabrielli Gianluca, *La persecuzione delle unioni miste (1937-1940) nei testi delle sentenze pubblicate e nel dibattito giuridico*, «Studi Piacentini», 20, 1996.
- Giacanelli Ferruccio, Campoli G., *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, «Psichiatria e scienze umane», 1973.
- Gibelli Antonio, *L'officina della guerra: la Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.
- Giel Robert, *The prehistory of psychiatry in Ethiopia*, «Acta psychiatrica scandinavica», 100, 1999, pp. 2-4.

- Gilman Sander L., *Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race, and Madness*, Cornell University Press 1985.
- Goglia Luigi, Grassi Fabio, *Il colonialismo italiano da Adua all'Impero*, Laterza, Roma-Bari 1993.
- Goffman Erving, *Asylums*, Einaudi, Torino 1968 (ed. or. 1961).
- Gramaglia Letizia, *Colonial Psychiatry in British Guiana: Dr Robert Grieve*, in White Kimberley (a cura di), *Configuring Madness: Representation, Context and Meaning*, Inter-Disciplinary Press, Oxford 2009.
- Guarnieri Patrizia, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Franco Angeli, Milano 1985.
- Guarnieri Patrizia, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991.
- Guarnieri Patrizia, *Senza Cattedra. L'Istituto di Psicologia dell'Università di Firenze tra Idealismo e Fascismo*, Firenze University Press, Firenze 2012.
- Hamer John, Hamer Irene, *Spirit Possession and Its Socio-Psychological Implications among the Sidamo of Southwest Ethiopia*, «Ethnology», 5, 4, 1966, pp. 392-408.
- Harris Grace, *Possession "Hysteria" in a Kenya Tribe*, «American Anthropologist», 59, 6, 1957, pp. 1046-1066.
- Heaton Matthew Michael, *Stark roving mad: the repatriation of Nigerian mental patients and the global construction of mental illness, 1906-1960*, PhD dissertation, University of Texas at Austin 2008.
- Heaton Matthew Michael, *Black Skin, White Coats: Nigerian Psychiatrists, Decolonization, and the Globalization of Psychiatry*, Ohio University Press 2013.
- Heaton Matthew Michael, *Contingencies of Colonial Psychiatry: Migration, Mental Illness, and the Repatriation of Nigerian 'Lunatics'*, «Social History of Medicine», 2013.
- Hess V., *Medical record as means of hospital historiography*, «Historia hospitalium», 27, 2010-2011, pp. 43-52.
- Hess V., Majerus B, *Writing the history of psychiatry in the 20th century*, «History of Psychiatry», 22, 2011, pp. 140-147.
- Hoyt David L., *The reanimation of the primitive: fin de siècle ethnographic discourse in Western Europe*, «History of science», 36, 2001, pp. 331-354.
- Howells John G. (a cura di), *World history of psychiatry*, Brunner-Mazel, New York 1975.
- Israel Giorgio, Nastasi Pietro, *Scienza e razza nell'Italia fascista*, il Mulino, Bologna 1998.

- Keller Richard, *Madness and Colonization. Psychiatry in the British and French Empires 1800-1962*, «Journal of Social History», 35, 2001, pp. 295-326.
- Keller Richard, *Pinel in the Maghreb: Liberation, Confinement and Reform in French North Africa*, «Bulletin of the History of Medicine», 79, 2005, pp. 459-499.
- Keller Richard, *Colonial Madness: Psychiatry in French North Africa*, University of Chicago Press, Chicago 2007.
- Kuper Adam, *The invention of primitive society: transformations of an illusion*, Routledge, Londra - New York, 1988.
- Jackson Lynette A., *Narratives of "madness" and power: a history of Ingutsbeni Mental Hospital and social order in colonial Zimbabwe, 1908-1959*, PhD Thesis, Columbia University 1997.
- Jackson Lynette A., *Surfacing up: Psychiatry and Social Order in Colonial Zimbabwe 1908-1968*, Cornell University Press, Ithaca-London 2005.
- Jackson Lynette A., *Historical Perspective in Southern Africa - The Place of Psychiatry in Colonial and Early Postcolonial Zimbabwe*, «International journal of mental health», 28, 2, 1999.
- Jackson S.W., Jackson K.K., *Primitive medicine and the historiography of psychiatry*, in Mora G., Brand J.L. (a cura di), *Psychiatry and its history. Methodological problems in research*, Springfield, 1970, pp. 195-222.
- Jackson Will, *Madness and marginality. The lives of Kenya's white insane*, Manchester University Press, Manchester-New York 2013.
- Jacob Françoise, *La psychiatrie française face au monde colonial au XIXème siècle*, «Sources, Travaux historiques», 34-35, 1994, pp. 365-373.
- Jaria Antonino, Foltieri Antonietta, Berdini Guido, *Considerazioni sul problema della malattia mentale e della medicina tradizionale in Somalia*, «Africa», 40, 3, 1985, pp. 459-469.
- Jones Margaret, *The most cruel and revolting crimes: the treatment of the mentally ill in Mid-Nineteenth-Century Jamaica*, «Journal of Caribbean History», 42, 2, 2008, pp. 290-309.
- Labanca Nicola, Venuta Luigi, *Bibliografia della Libia coloniale (1911-2000)*, Olschki, Firenze 2004.
- Labanca Nicola, *Oltremare. Storia dell'espansione coloniale italiana*, il Mulino, Bologna 2002.
- Labanca Nicola, *La guerra italiana per la Libia, 1911-1931*, il Mulino, Bologna 2012.
- Leckie Jane, *Modernity and the management of madness in colonial Fijī*, «Paideuma. Mitteilungen zur Kulturkunde», 50, 2003.

- Leiris Michel, *Race et civilisation*, Unesco et Gallimard, Paris 1951.
- Leiris Michel, *La possession et ses aspects théâtraux chez les Ethiopiens de Gondar*, 1952.
- Liverpool Nicholas, *A survey of mental health legislation in the eastern caribbean*, «International journal of law and psychiatry», 8, 1, pp. 119-131
- Mahone Sloan, *The Psychology of the Tropics: Conceptions of Tropical Danger and Lunacy in British East Africa*, PhD Thesis, University of Oxford 2004.
- Mahone Sloan, *Psychiatry in the East African Colonies: A Background to Confinement*, «International Review of Psychiatry», 18, 4, 2006, pp. 327-32.
- Mahone Sloan, *The Psychology of Rebellion: Colonial Medical Responses to Dissent in British East Africa*, «Journal of African History», 47, 2, 2006, pp. 241-58.
- Mahone Sloan, Vaughan Megan (a cura di), *Psychiatry and Empire*, Palgrave Macmillan, Londra 2007.
- Maiocchi Roberto, *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999.
- Malowany M., *Unfinished Agendas: writing the history of medicine of Sub-saharian Africa*, «African Affairs», 99, 2000, pp. 325-349.
- M'Bokolo E., *Storia delle malattie, storia e malattia in Africa*, in Augé M., Herzlich C. (a cura di), *Il senso del male*, Il Saggiatore, 1986 (ed. or 1983), 145-174.
- McClintock Anne, *Imperial Leather. Race, Gender and Sexuality in the Colonial Context*, Routledge, London 1995.
- McCulloch Jock, *Colonial Psychiatry and "the African Mind"*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- Mercier Jacques, *Rouleaux magiques éthiopiens*, Le Seuil, Paris 1979.
- Messing Simon, *Group Therapy and Social Status in the Zar Cult of Ethiopia*, *American Anthropologist*, 60, 6, 1958, pp. 1120-1126.
- Mills James, *Madness, Cannabis and Colonialism: The "Native Only" Lunatic Asylums of British India, 1857-1900*, Basingstoke 2000.
- Minkowski Eugène, *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*, Einaudi, Torino 1998 (ed. or.: *La schizophrénie*, Payot, Paris 1927).
- Monnais-Rousselot Laurence, *Médecine et Colonisation: l'Aventure Indochinoise, 1860-1939*, CNRS, Paris 1999.

Montaldo Silvano (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, il Mulino, Bologna 2010.

Montaldo Silvano, Tappero Paolo (a cura di), *Cesare Lombroso cent'anni dopo*, UTET, Torino 2009.

Morone Antonio Maria, *I custodi della memoria. Il Comitato per la documentazione dell'opera dell'Italia in Africa*, «Zapruder. Rivista di storia della conflittualità sociale», 23, 2010, pp. 24-38.

Nicasi Stefania, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella Psichiatria italiana di fine Ottocento*, in Rossi Paolo (a cura di), *L'età del positivismo*, il Mulino, Bologna 1986, pp. 309-332.

Palumbo Patrizia (a cura di), *A place in the sun*, University of California Press, Berkeley 2003.

Parle Julie, *The Fools on the Hill: The Natal Government Asylum and the Institutionalization of Insanity in Colonial Natal*, «Journal of Natal and Zulu History», 19, 2001, pp. 1-38.

Parle Julie, *States of Mind: Searching for Mental Health in Natal and Zululand, 1868-1918*, University of KwaZulu - Natal Press, Scottsville, 2007.

Pellitteri Paola, *Igea in colonia: biomedicina, istituzioni sanitarie e professioni mediche a Tripoli (1880-1940)*, Phd thesis, Istituto Universitario Europeo, Firenze 2009.

Peloso Paolo Francesco, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008.

Piazzini Andrea et alii, *The history of italian psychiatry under Fascism*, «History of Psychiatry», 22, 2011, 3, pp. 251-267.

Pick Daniel, *Volti della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, La Nuova Italia, Firenze 1999.

Pisanty Valentina, *Educare all'odio: 'La difesa della razza' 1938-1943*, Nuova Iniziativa Editoriale, Roma 2004.

Pogliano Claudio, *L'ossessione della razza*, Edizioni della Normale, Pisa 2005.

Poidimani Nicoletta, *Difendere la razza. Identità razziale e politiche sessuali nel progetto imperiale di Mussolini*, Sensibili alle foglie 2009.

Postel Jacques, Quétel Claude, *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse 1983.

Pressman Jack D., *Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1998.

Puccini Sandra, *L'uomo e gli uomini. Scritti di antropologi italiani dell'Ottocento*, CISU, Roma 1991.

Puccini Sandra, *Il corpo, la mente, le passioni. Istruzioni, guide e norme per la documentazione, l'osservazione e la ricerca sui popoli nell'etno-antropologia italiana del secondo Ottocento*, CISU, Roma 1998.

Sadowsky Jonathan, *Imperial Bedlam. Institution of Madness in Colonial Southwest Nigeria*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1999.

Sadowsky Jonathan, *The Confinements of Isaac O.: A Case of "Acute Mania" in Colonial Nigeria*, «History of Psychiatry», 7, 1996, pp. 91-112.

Sadowsky Jonathan, *Psychiatry and Colonial Ideology in Nigeria*, «Bulletin of the History of Medicine», 71, 1, 1997, pp. 94-111.

Sadowsky Jonathan, *The Reality of Mental Illness and the Social World: Lessons from Colonial Psychiatry*, «Harvard Review of Psychiatry», 11, 4, 2003.

Sadowsky Jonathan, *Symptoms of Colonialism: Content and Context of Delusion in Southwest Nigeria, 1945-1960*, in R. Barrett, J. Jenkins (a cura di), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.

Sadowsky Jonathan, *Confinement and Colonialism in Nigeria*, in R. Porter, D. Wright (a cura di) *The Confinement of the Insane, 1800-1965: International Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.

Sadowsky Jonathan, *The long shadow of colonialism: why we study medicine in Africa*, in Viterbo Paula, Ngalamulume Kalala J. (a cura di), *Medicine and health in Africa: multidisciplinary perspectives*, Michigan State University Press East Lansing - LIT Verlag, Münster 2011.

Scartabellati Andrea, *Uno Wanderer dell'anormalità? Un invito allo studio di Placido Consiglio (1877-1959)*, «Rivista sperimentale di Freniatria», CXXXIV, 3, 2010, pp. 89-112.

Sibeud Emmanuelle, *Une science impériale pour l'Afrique? La construction des savoirs africanistes en France, 1878-1930*, Editions de l'EHESS, Parigi 2002.

Smith Leonard, *Caribbean Bedlam: The Development of the Lunatic Asylum System in Britain's West Indian Colonies, 1838-1914*, *The Journal of Caribbean History*, 44, 1, 2010, pp. 1-47.

Sorgoni Barbara, *Parole e corpi: antropologia, discorso giuridico e politiche sessuali interrazziali nella colonia eritrea (1890-1914)*, Liguori, Napoli 1998.

Sorgoni Barbara, *Etnografia e colonialismo. L'Eritrea e l'Etiopia di Alberto Pollera 1873-1939*, Bollati Boringhieri, Torino 2001.

Stoler Ann Laura, *Carnal Knowledge and Imperial Power: Race and the Intimate in Colonial Rule*, University of California Press, Berkeley 2002.

Stoler Ann Laura, *Along the Archival Grain, Epistemic Anxieties and Colonial Common Sense*, Princeton University Press 2010.

Storper-Perez Danielle, *La folie colonisée*, Maspero, Paris 1974.

Swanson Felicity, "Of Unsound Mind": *A History of Three Eastern Cape Mental Institutions, 1875-1910*, PhD Thesis, University of Cape Town 2001.

Swartz Sally, *The Black Insane in the Cape, 1891-1920*, «Journal of Southern African Studies», 21, 3, 1995, pp. 399-415.

Swartz Sally, *Colonialism and the Production of Psychiatric Knowledge in the Cape, 1891-1920*, PhD Thesis, University of Cape Town 1996.

Swartz Sally, *Changing diagnoses in Valkenberg Asylum, Cape Colony, 1891-1920: a longitudinal view*, «History of Psychiatry», 6, 24, 1995, pp. 431-51.

Swartz Sally, *Colonizing the insane: Causes of insanity in the Cape, 1891-1920*, «History of the Human Sciences», 8, 4, 1995, 39-57.

Swartz Sally, Ismail Faldiela, *A motley crowd: the emergence of personality disorder as a diagnostic category in early twentieth-century South African psychiatry*, «History of psychiatry», 12, 46, 2001, pp. 157-176.

Swartz Sally, *Colonial lunatic asylum archives: challenges to historiography*, «Kronos: 'n geleentheidspublikasie van die Wes-Kaaplandse Instituut vir Historiese Navorsing», 34, 2008, pp. 285-302.

Swartz Sally, *Historical Perspective in Southern Africa - "Work of Mercy and Necessity" - British Rule and Psychiatric Practice in the Cape Colony, 1891-1901*, «International Journal of Mental Health», 28, 2, 1999.

Swartz Sally, *Lost Lives: Gender, History and Mental Illness in the Cape, 1891-1910*, «Feminism & Psychology», 9, 2, 1999, pp. 152-158.

Swartz Sally, *The regulation of British colonial lunatic asylums and the origins of colonial psychiatry, 1860–1864*, «History of Psychology», 13, 2, 2010, pp. 160-177.

Swartz Sally, Louw Johann, *An English asylum in Africa: Space and order in Valkenberg Asylum*, «History of Psychology», 4, 1, 2001, pp. 3-23.

Swain Gladys, *Soggetto e follia, pinel e la nascita della psichiatria moderna*, Centro scientifico torinese, Torino 1983.

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

Vatin Jean Claude (a cura di), *Connaissances du Maghreb. Sciences sociales et colonisation*, CNRS, Paris 1984.

Vaughan Megan, *Idioms of madness: Zomba Lunatic Asylum, Nyasaland, in the Colonial Period*, «Journal of Southern African Studies», 9, 1983, pp. 218-238.

Vaughan Megan, *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*, Polity Press, Cambridge 1991.

Vaughan Megan, Mahone Sloan, *Psychiatry and Empire*, Palgrave Macmillan, Londra 2007.

Vijselaar Joost et alii (a cura di), *Psychiatric cultures compared: psychiatry and mental health care in the twentieth century. Comparisons and approaches*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2005.

Wulff E., *Psychiatrie und Klassengesellschaft*, Athenaeum, Frankfurt am Main 1972.

Zaccaria Massimo, *Anch'io per la tua bandiera. Il V Battaglione Ascari in missione sul fronte libico (1912)*, Giorgio Pozzi Editore, Ravenna 2012.