

# PSICHIATRIA E NAZISMO

*a cura di Bruno Norcio e Lorenzo Toresini*



*Centro di Documentazione di Pistoia Editrice*

*copertina di jacopo ferri*

# PSICHIATRIA E NAZISMO

*a cura di Bruno Norcio e Lorenzo Toresini*

*Centro di Documentazione di Pistoia Editrice*

Finito di stampare nel giugno 2012  
presso GF Press Masotti-Pistoia  
per conto  
del Centro di Documentazione di Pistoia  
via Pertini snc - 51100 Pistoia, tel. 0573.371785, fax. 0573.371780  
e-mail: [cdp@comune.pistoia.it](mailto:cdp@comune.pistoia.it), [giorlima@tin.it](mailto:giorlima@tin.it); [www.centrodocpistoia.it](http://www.centrodocpistoia.it)

*Ristampa del n. 10 della «Collana dei Fogli di Informazione», marzo 1994*

# Indice

## 3 **Introduzione**

*Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori*

### **Lager e manicomio.**

Che non succeda mai più

Trieste 28 marzo 1944

## 11 **Il ricordo**

*Giorgio N. Wiesenfeld*

## 13 **Sul filo della memoria**

*Giuseppe Donini*

## 18 **Dal manicomio al lager di sterminio**

*Bruno Norcio e Lorenzo Teresini*

## 27 **Bruno Piazza: un caso di omonimia tra i deportati di Trieste**

*Marco Coslovich*

## 32 **La psichiatria nel periodo nazista**

*Michael Von Cranach*

## 42 **L' Istituto psichiatrico ed i suoi pazienti nel periodo bellico. Il caso del Poljanski nasip di Lubiana**

*Joze Darovec, Lev Milcinski, Ladi Skerbinek*

## 52 **Psichiatria europea, «eutanasia», sterminio**

*Agostino Pirella*

# Introduzione

Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori

## Premessa

In un momento come questo, carico di rigurgiti razzisti, di violenti processi di manipolazione di massa e del ripresentarsi di istanze di destra sotto l'impeccabile doppiopetto del perbenismo, ci sembra estremamente utile presentare nella Collana dei «Fogli di Informazione» questo testo sui rapporti tra psichiatria e nazismo.

Occasione di queste pagine è il convegno tenutosi a Monrupino (Trieste) l'8 febbraio 1993 a cura dell'Associazione Alpe Adria per la salute mentale e del Centro Studi regionale di formazione e ricerca in psichiatria di Trieste.

La nostra pubblicazione esce esattamente 50 anni dopo il 24 marzo 1944, giorno in cui 39 ebrei ricoverati nel manicomio di Trieste furono prelevati dalle SS e avviati ai campi di sterminio.

Con questo nostro modesto contributo intendiamo mantenere vivo e documentato il moto di condanna del Nazismo e dei suoi crimini, nella speranza che questo aiuti a evitare il loro ripetersi nel presente e nel futuro, e contribuisca al rilancio di una riflessione critica di ogni forma di discriminazione, razzismo, internamento.

## Scienza, ideologia, annientamento

La riflessione sullo sterminio dei malati di mente, degli ebrei e degli zingari, fondato sui presupposti della purezza della razza, implica una serie di riflessioni di ordine diverso.

Innanzitutto sui rapporti tra scienza, ideologia e politica, nei quali i paradigmi scientifici di un'intera classe di psichiatri hanno giocato un ruolo di cieca connivenza col potere nazista offrendosi come strumenti "puliti" e falsamente neutrali di sterminio, perché ammantati di indiscutibile potere medico.

Già nel luglio 1933 una legge permette a scopi preventivi la sterilizzazione forzata in caso di «ritardo congenito, schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva, epilessia ereditaria... e alcolismo grave»<sup>1</sup>.

Nella primavera del 1937 viene decisa la sterilizzazione di tutti i bambini tedeschi di colore.

---

1 - Bruno Mueller-Hill: *Scienza di morte, l'eliminazione degli Ebrei, degli Zigani e dei malati di mente, 1933-1945*, a cura di Italo Barrai, ETS Editrice, Pisa, 1989, pag. 21.

Il primo settembre 1939 Hitler inizia la Seconda guerra mondiale attaccando la Polonia. La stessa data reca la sua lettera che introduce l'eutanasia per i malati giudicati inguaribili.

Nell'ottobre del 1939 giungono alle istituzioni psichiatriche i primi questionari che saranno valutati dai professori di psichiatria Heyde, Mauz, Nietzsche, Panse, Pohlisch, C. Schneider, Villinger, Zucker e da altri 39 medici. Dei 283.000 compilati 75.000 contengono una croce: il verdetto di morte.

Nel gennaio 1940 nel penitenziario di Brandeburgo si sperimenta l'eliminazione dei malati di mente con monossido di carbonio: da allora fino al settembre 1941 vengono uccisi a Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein e Hadamar, 70.273 malati di mente.

Nel giugno 1941 l'esercito tedesco attacca l'Urss. I gruppi speciali iniziano il sistematico sterminio di massa di ebrei, zingari, malati di mente<sup>2</sup>.

Come si vede, si può utilizzare indiscriminatamente il concetto clinico di "incurabilità" per perpetrare lo sterminio, come quello genetico di "inferiorità razziale".

La distanza tra patologia e normalità è rapidamente colmata, dalla sterilizzazione al genocidio, e comprende, di fatto, nella pratica, l'assimilazione di ogni diversità che va asserita, diagnosticata, eliminata.

Ma è un caso che la psichiatria sia stata così facilmente succube del nazismo<sup>3</sup> o c'erano già "semi" di nazismo che circolavano nella psichiatria di quegli anni? Hrayr Terzian, interrogandosi sulla concentrazione temporale in cui sono sorte tecniche psichiatriche estremamente violente e differenziate come il coma insulinico (1933), lo shockcardiazolico (1935), lo shock acetilcolinico (1937), l'elettroshock (1938), la psicochirurgia (1938) ecc., si pone domande estremamente pertinenti e attuali.

Scrive Terzian:

*È del tutto casuale che tutte queste tecniche fossero basate sulla provocazione delle convulsioni, dei coma e dell'agonia e che avessero in comune la prefigurazione della morte, il far vivere la morte, il far vivere l'agonia, l'esperire il momento del trapasso tra la vita e la morte, l'esperire l'annullamento, l'annichilimento, la distruzione e la successiva "rigenerazione", la morte del "malato" e la "resurrezione" dell'uomo? È del tutto casuale che fosse ipotizzata molto rozzamente persino la produzione di indefinite e indefinibili sostanze "benefiche" chiamate "acrogonine" nella sostanza cerebrale durante l'agonia da elettroshock, sostanze che avrebbero potuto essere estratte dai cervelli dei maiali elettroshockati e iniettate nell'uomo per "rigenerarlo", guarirlo? È del tutto casuale ancora che tutte queste tecniche siano*

---

2 - Ivi, pagg. 23-25.

3 - Nel luglio-agosto del 1940 il dott. Jaspersen, di Bethel, tenta di smuovere i cattedratici tedeschi di psichiatria affinché protestino contro l'eutanasia imposta dai nazisti. Solo la solitaria protesta del prof. Eward risponde all'appello (ivi, pag. 26).

*nate in Paesi a regime fascista, collocati alla periferia dell'impero nazista (Ungheria, Austria, Italia e Portogallo), dove nello stesso periodo si teorizzava e si eseguiva la soppressione fisica (più di centomila persone) mediante gassazione dei ricoverati deportati dai manicomi e dalle altre istituzioni segreganti<sup>4</sup>?*

Un'altra giustificazione dello sterminio, uno slogan promozionale dell'«eutanasia» che ha implicato, oltre ai malati di mente, altri malati gravi, terminali, con tumore o altro, è stato quello dell'inutilità di spendere soldi dei cittadini per sfamare quelle bocche inutili, improduttive, per «quelle vite indegne di essere vissute».

Parlando dei problemi economici in rapporto all'assistenza psichiatrica nel nostro Paese, a quei tempi, scrive Terzian:

*La saturazione manicomiale negli anni '30 (numero di ricoverati mai raggiunto in precedenza), l'aumento non ulteriormente sopportabile, secondo certe visuali, della spesa pubblica per il mantenimento a carico delle province di più di centomila persone ridotte a vivere "una vita indegna di essere vissuta", secondo la definizione hitleriana, nei depositi manicomiali in quegli anni particolarmente cresciuti, sono state le spinte immediatamente probabili al reperimento di tecniche che potessero contenere, se non ridurre, questa spesa attraverso il semplice passaggio dei malati dal bilancio pubblico al bilancio privato, e più tardi, a quello mutualistico, e che nel contempo agissero più come mezzi violenti per tacitare le problematiche umane, psicologiche e sociali e coprire la natura dell'emarginazione manicomiale<sup>5</sup>.*

Quando si comincia a stigmatizzare una categoria di individui, sancendo per loro statuti esistenziali, condizioni di vita, trattamenti particolari, nessuno può stabilire a priori l'estendibilità e l'arbitrarietà dei processi che, qualunque siano le premesse iniziali, possono sistematicamente giungere all'annientamento. Questo implica, particolarmente oggi, un'attenzione scrupolosa all'etica del lavoro nelle sue componenti istituzionali e politico-sociali, ma anche alle responsabilità individuali nell'agire pratico-quotidiano. Per questo bisogna vigilare in modo puntuale e intransigente sui possibili esiti degli eccessi di biologismo, utilitarismo, privatizzazioni, limitazioni catastrofiche dello stato sociale<sup>6</sup>. L'intervento terapeutico con certe categorie molto gravi di malati non può piegarsi ai banali indici di produttività, indicatori di esito e profitti di azienda ma implica riferimenti

4 - Hrayr Terzian: *Terapie di shock e ideologie dell'annientamento*, «Fogli di informazione» n. 58, 1979, pagg. 352-357.

5 - *Ibidem*.

6 - Vedi: Augusto Debernardi: *Impresa sociale: dall'analisi dell'organizzazione del lavoro al pensiero strategico*, in: P. Tranchina, E. Salvi, M. P. Teodori, S. Rogianni: *Portolano di psicologia, esperienze, prospettive, convergenze di una professione giovane*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, 1994, pagg. 257-264.

a livelli di etica superiori, la presa di posizione per un umanesimo che si opponga in modo coerente e continuo a ogni forma di disumanizzazione, reificazione dell'uomo e della donna.

Ci piacerebbe a questo punto percorrere i livelli di ideologia, rapporti interpersonali, livelli di esclusione e marginalizzazione che collegano e distinguono nazismo e capitalismo. Il discorso andrà approfondito.

### **Tre direttori di manicomi toscani e il fascismo: Arezzo, Lucca, Volterra**

Degli psichiatri tedeschi, nei loro rapporti col nazismo, stupisce, come già accennato, l'automaticità, l'omogeneità monolitica dell'ubbidienza, la mancanza di qualsiasi difesa, moto di identificazione con gli ammalati affidati alle loro cure, sia ebrei che non ebrei.

E in Italia come andarono le cose?

Furono sicuramente diverse perché, nonostante lo strapotere del fascismo, non si arrivò mai a forme organizzate, pianificate, globali di eliminazione dei malati di mente, di sterminio degli zingari e degli ebrei.

Agostino Pirella, però, analizzando gli indici di mortalità nei manicomi italiani durante la guerra – passati dal 5,88% al 10,72%, con punte massime in Campania del 20,37%, (Teramo dal 7,8% al 27,7%) – dopo aver sollevato alcuni dubbi sull'ipotesi di carenze alimentari generalizzate, si chiede se non si sia trattato anche da noi di forme di eutanasia passiva<sup>7</sup>.

Per questo ci sembra utile riportare alcuni episodi riguardanti i direttori di alcuni manicomi toscani e precisamente il prof. Arnaldo Pieraccini (direttore del manicomio di Arezzo), il prof. Guglielmo Lippi Francesconi (direttore del manicomio di Lucca) e il prof. Luigi Scabia (direttore del manicomio di Volterra).

Per quanto riguarda Arnaldo Pieraccini – fondatore sia dell'assistenza ambulatoriale psichiatrica ai malati di mente, iniziata ad Arezzo sin dal 1904, sia di reparti cosiddetti liberi, o aperti – nel 1926, anno in cui si precorreva il ricovero volontario<sup>8</sup>, gli si attribuiscono atteggiamenti di chiara marca antifascista. Per tutta la sua lunga direzione i fascisti non entrarono mai in ospedale. Quando tentarono di farlo, Pieraccini, con i suoi infermieri più robusti, provvide a far loro cambiare idea respingendoli alle soglie del vialone d'ingresso al manicomio, “alle catene” come si diceva allora ad Arezzo. Del prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore del manicomio di Lucca, si racconta che abbia rifiutato di dare ai fascisti l'elenco dei suoi

7 - Vedi: Agostino Pirella: «Uccisioni pietose e sterminio nazista. Le responsabilità degli psichiatri», in: A. Pirella e P. Tranchina: *Venti anni di Fogli di informazione, psicoterapia, psichiatria, istituzioni*, Editrice Centro di Documentazione, Pistoia, 1992, pag. 214-219, pubblicato anche nel n. 157 dei «Fogli di informazione», stesse pagine.

8 - A quanto riferisce Ottavio Vergani, nella sua appendice al «Trattato di psichiatria di Eugen Bleuler» *Le Malattie mentali e la legislazione italiana*, Feltrinelli, Milano, 1967, pag. 679, «in tali reparti liberi, l'ammissione e la dimissione avvenivano nei modi seguiti in qualsiasi stabilimento senza ingerenza alcuna delle autorità».

pazienti ebrei, tra i quali c'erano anche ebrei che aveva ricoverato in ospedale per proteggerli dalle persecuzioni, cosa che gli costò l'esonero dalla sua carica. In seguito, egli pagò con la vita il suo impegno antifascista. Come ci ha riferito il figlio, il dott. Pierluigi Lippi Francesconi, suo padre fu arrestato dalle brigate nere il primo settembre 1944 e ucciso per rappresaglia pur non essendo più attivo. Le brigate nere uccisero anche il figlio di dodici anni del professore e spararono alla moglie che reggeva ancora tra le braccia il figlio morto. Se per il prof. Pieraccini e il prof. Lippi Francesconi siamo in possesso di notizie scarse, anche se drammatiche ed essenziali, che sarà nostro dovere approfondire e documentare, sui rapporti tra il prof. Luigi Scabia, direttore del manicomio di Volterra, e il fascismo, i rapporti sono più chiari e approfonditi perché oggetto di studio e di una pubblicazione specifica da parte dello storico Fabio Stock<sup>9</sup>:

*Già nel 1928 Scabia era nel mirino delle autorità fasciste. Una lettera riservata del commissario straordinario dei fasci di Volterra a Buffarini Guidi comunicava il progetto di iniziare una «lotta a fondo contro Scabia». Una scheda compilata in questi stessi anni qualificava Scabia come «massone di vecchia data», legato al Dello Sbarba, filo-aventiniano e sottoscrittore in incognito pro-Matteotti<sup>10</sup>.*

La campagna contro Scabia iniziò da parte dei fascisti sin dal 1931, con insinuazioni di varia natura.

Scriva Fabio Stock:

*Fra le accuse rivolte a Scabia nel 1933, c'era quella di aver protetto, nel '21, elementi "sovversivi" che avrebbero trovato rifugio proprio nel manicomio, assunti da Scabia quali infermieri. Un episodio di questi stessi anni conferma come Scabia non fosse in rapporti amichevoli con gli ambienti fascisti; nel novembre 1922, infatti, un gruppo di infermieri ex-combattenti protestava contro la direzione del Frenocomio per non aver potuto, per ragioni di servizio, partecipare alle celebrazioni della vittoria<sup>11</sup> [...] La vicenda assunse presto l'aspetto di una vera e propria campagna denigratoria, condotta sulla base di imputazioni pretestuose, incontrollabili o palesemente infondate<sup>12</sup>.*

Nel maggio 1934 Scabia fu costretto a lasciare la direzione dell'Ospedale ritirandosi alla Pensione Etruria, dove morì poco dopo, il 20 ottobre.

---

9 - Fabio Stock: Luigi Scabia e l'Ospedale psichiatrico di Volterra, «Neuropsichiatria» I-IV- USL 15, Volterra, numero monografico.

10 - Ivi, pag. 105.

11 - Scrive Stock: «La protesta è pubblicata in "Il corazziere" dell'8 novembre 1922; nel numero successivo del settimanale Scabia replicava affermando che non era stato possibile concedere i permessi, in quanto erano troppo pochi gli infermieri in servizio nel Frenocomio» (ivi pag. 104).

12 - Fabio Stock: op. cit., pag. 106.

Conclude Fabio Stock:

*I retroscena della vicenda non sono del tutto chiari. Bertini ha ipotizzato che gli ambienti politici fascisti fossero stati infastiditi dal successo dei festeggiamenti organizzati nel 1930 per celebrare il trentesimo anniversario della direzione Scabia: «Si ebbe forse paura di questo grande movimento spontaneo di simpatia verso una persona non inquadrata nel sistema politico vigente». Scabia, in questo senso, sarebbe stato preso di mira in quanto avversario del regime, o almeno in quanto avversario potenziale, per l'influenza che avrebbe potuto esserci, grazie alla notorietà e al prestigio di cui godeva. Questa immagine di Scabia "antifascista" era stata prospettata già all'indomani della Liberazione e si avvaleva soprattutto dell'eco lasciata dall'episodio del funerale di Scabia, svoltosi all'alba del 21 ottobre. Per esplicita disposizione delle autorità il funerale vide egualmente una massiccia partecipazione popolare, che assunse implicitamente il significato di una sfida nei confronti del regime<sup>13</sup>.*

## **Conclusioni**

Ci auguriamo, con il presente lavoro, di contribuire a mantenere viva la memoria di crimini di pace e di guerra, di promuovere la ripresa di studi e di approfondimenti in questo campo a livello sia locale sia internazionale. Speriamo infine che ciò aiuti a superare interessate rimozioni la cui massiccia presenza non può che favorire il perpetrarsi degli orrori di ciò di cui il mondo si è sbarazzato.

---

13 - Ivi, pag. 103.

**Lager e manicomio.  
Che non succeda mai più.  
Trieste 28 marzo 1944\***

*\* Atti del Convegno tenuto a Monrupino (Trieste), l'8 febbraio 1993, a cura dell'Associazione Alpe Adria per la salute mentale e del Centro Studi Regionale di formazione e ricerca psichiatrica.*

## Il ricordo

Giorgio N. Wiesenfeld

Ricordare e “non dimenticare” è un concetto presente nella tradizione ebraica sia sotto l’aspetto liturgico sia sotto quello più propriamente biblico e culturale. La memoria ha caratterizzato tutta la storia degli ebrei sin dalla nascita del popolo di Israele e nei tempi più recenti si è manifestata attraverso prestigiosi scrittori come Wiesel, Primo Levi, Jankelevitch. Non è forse nella Torah che Dio impone agli ebrei come precetto fondamentale il ricordo delle azioni del perfido Amalek che scagliò le sue orde bellicose contro il popolo ebraico che aveva appena iniziato l’esodo dopo la schiavitù d’Egitto?

Nella liturgia ebraica vi sono continui accenni a questo personaggio, Amalek, che nell’immaginario collettivo ebraico è l’incarnazione del “male” e che fu il capostipite fisico, morale e spirituale di una progenie di uomini che si distinsero per la loro ferocia disumana nel compiere massacri indiscriminati di proporzioni tali che oggi vengono descritti con il termine genocidio: Hitler, a più di tre millenni di distanza, è “figlio” del primo Amalek.

Ora, perché scomodare le generazioni passate, presenti e future a causa di un singolo personaggio del racconto biblico e delle sue azioni? Non era forse meglio rimuovere completamente l’episodio, dimenticare assieme ad esso le esperienze negative dei nostri antenati e dedicarci solo a propositi “positivi”?

Il ricordo e la memoria sono tra gli elementi più difficilmente cancellabili dalla mente umana. Il patrimonio di ricordi e di esperienze di uno diventano poi il retaggio degli altri che gli succederanno alla guida di una famiglia, di un’azienda, di un governo. Rappresenta la continuità. In realtà non è solo il ricordo del personaggio di Amalek che conta ma di ciò che egli rappresentava. Egli rappresentava l’orrore e il male; è per questo che criminali responsabili di simili stragi sono considerati suoi discendenti. Non si vuole intendere ovviamente che Hitler era suo figlio naturale, ma Amalek è stato il precursore di coloro che nella storia dell’umanità si sono resi responsabili di quello che noi oggi chiameremmo “pulizia etnica” o “genocidio”. La divina provvidenza ha fatto fallire questi nefasti progetti (“soluzione finale”) ma sono purtroppo riusciti con feroci torture e inconcepibili mezzi di distruzione a causare enormi vuoti soprattutto nelle comunità ebraiche.

In fondo, “ricordare” significa “non dimenticare”; due concetti che si fondono in uno. Il significato è quello di fare quanto possibile per evitare il ripetersi delle tragedie passate.

E il perdono? Che posto occupa il perdono in tutto questo? Possiamo noi sopravvissuti arrogarci il diritto di perdonare in nome e per conto di coloro che non possono farlo perché non ci sono più? Queste sono domande che probabilmente rimarranno senza risposta. Non vorremmo però che perdono significasse oblio, perché l’oblio lascia un vuoto che Amalek può colmare.

Particolare merito va quindi attribuito agli organizzatori e partecipanti di questo convegno che ben hanno incarnato lo spirito ebraico del ricordo, volendo rievocare uno tra gli atti più disumani che hanno caratterizzato i giorni terribili di cinquant’anni fa. Fu quando i nazisti organizzarono una retata negli ospedali di Trieste, ove alcuni malati riuscirono a trovare rifugio grazie alla pietà del personale medico.

Forse, grazie al pesante fardello di questi oscuri ricordi, saremo in grado di costruire un futuro privo degli errori del passato, o forse no. Ma come ci hanno tramandato i nostri saggi nelle *Massime dei Padri*: «Non tu sei destinato a terminare l’opera ma non puoi esimerti dal prendere parte ad essa».

# Sul filo della memoria

Giuseppe Donini\*

È con particolare commozione che prendo la parola nei luoghi che conobbi da bambino e da ragazzo e che tanta parte ebbero nella mia formazione. La mia vuole essere una scarna testimonianza legata ai ricordi dell'epoca. Certo è quasi impossibile ora rievocare l'atmosfera, l'ambiente, le emozioni collegate agli avvenimenti di cinquant'anni fa.

Ma gli orrori di cui ci giunge notizia dalle vicine Bosnia e Croazia mi fanno pensare che la stupidità, la crudeltà, la tendenza al massacro rappresentino quasi una costante della vita umana, costante che ciclicamente tende a ripetersi. Non c'è cinismo e neppure un senso di impotenza in questa dichiarazione. Accettatela solo come una considerazione, assieme alla consapevolezza che bisogna sempre lottare, non bisogna mai abbassare la guardia di fronte a ogni fenomeno di intolleranza, di violenza, di emarginazione.

Ricordo perfettamente quando dalle finestre della mia casa, situata al margine superiore dell'ospedale psichiatrico, la mattina del 9 settembre 1943 vidi i primi soldati italiani sbandati, senza ufficiali, che scendevano in disordine dal Carso, dirigendosi verso la città; ricordo l'abbozzo di una linea di difesa, anche con alcune batterie, sul monte Valerio. E poi la discesa dalla strada delle Cave Faccanoni della modesta colonna tedesca, che, senza colpo ferire, prendeva possesso della città.

Ben più cupa, terrificante, circa un mese dopo, fu la discesa di una intera divisione blindata delle SS germaniche inviata dal fronte orientale per ripulire l'Istria da tutte le formazioni ribelli.

Per l'intera giornata, dalla mattina alla sera passarono centinaia di carri armati, di autoblindo, di camion pieni di uomini silenziosi, statuari, come pietrificati. Quanti soldati ho visto passare su quella strada! Ricordo nell'aprile 1941 colonne e colonne di camion carichi di soldati italiani che rispondevano gioiosi e festanti ai saluti di noi ragazzini, soldati che si recavano a conquistare la vicina Jugoslavia. E poi alla fine dell'aprile 1945 la fuga dei soldati germanici, anche quelli fuggiaschi dal Carso, che si dirigevano frettolosamente verso la città.

Poi ancora la discesa dell'esercito partigiano jugoslavo, credo si trattasse della Brigata dalmata: uomini, donne, cavalli, carrette, qualche piccolo

\* Ordinario di Psichiatria presso l'Università di Roma «La Sapienza».

carro armato di fabbricazione americana. E alcuni giorni dopo il rombo dei primi *Sherman* neozelandesi che salivano ad Opicina.

Quante angosce, quante pene, quante speranze, quante incertezze.

Dopo tanti anni, dopo aver trascorso quasi tutta la vita a Roma, mi sono quasi dimenticato cosa volesse dire vivere ai confini della nazione, vivere non la pacifica convivenza, lo stimolante incontro di etnie diverse, ma invece lo scontro, anche feroce, l'intolleranza, il solco di divisione apparentemente invalicabile, la ricerca disperata di identità contrapposte. Sembrava che queste terre non potessero mai avere pace.

Quanto lontane le pagine di Slataper de *Il mio Carso*, o l'atmosfera mercantile e prospera, anche se velata di tristezza, emanante dalle pagine svediane di *Senilità*, di *Una vita*. Libri di cui ignoravo l'esistenza allora, nel 1943, e che lessi parecchi anni dopo.

Ottobre, novembre 1943, non ricordo bene. La vita era ripresa, la città sembrava tranquilla. L'Istria era stata "ripulita". Ricordo ancora dopo il passaggio della divisione delle SS alcuni lontanissimi villaggi in fiamme. La guerra, quella ufficiale, il fronte, sembravano così lontani, come su un altro pianeta.

Presi puerilmente da una fretta incontenibile, abituati come eravamo ai "blitz" germanici, gli Alleati ci sembravano fermi, incapaci di avanzare. Ma ciò era anche dovuto al fatto che allora, per la maggioranza dei triestini, il sud Italia era una regione misteriosa, sconosciuta, ignota, così come i suoi abitanti, visti per lo più solo in negativo.

Cassino, ove la V e l'VIII Armata si erano fermate, era un luogo geografico senza riferimenti, collocato in un'altra dimensione.

In un'Europa in parte già ridotta ad un immenso braciere, Trieste era intatta ed intatta si specchiava nelle sue acque.

Ancora non un bombardamento aereo aveva interrotto la vita cittadina. Le scuole avevano riaperto, i negozi, i bar, i cinema, tutto era funzionante. Ci eravamo ritrovati tutti, da un giorno all'altro, cittadini dell'Adriatisches Kuestenland, immersi in una totale ambiguità giuridico-amministrativa nei confronti della neonata Repubblica di Salò.

Solo la sinagoga era chiusa, imbrattata da scritte antisemite. Mi ricordo la strana impressione che fin da bambino mi aveva procurato quel grande edificio, un po' misterioso, che mi provocava scolastiche reminiscenze assiro-babilonesi. Non ho memoria diretta dell'introduzione delle leggi razziali in Italia nel 1938, almeno dal punto di vista giuridico e politico.

Ma come in sogno mi ricordo molto bene i primi numeri del giornale «La difesa della razza» che aveva cominciato ad essere distribuito nelle scuole; giornale dalle cui pagine degli esseri ripugnanti, ivi effigiati con la dicitura ebreo o giudeo, sembravano minacciare l'Italia.

Ma ricordo molto bene una gentilissima dottoressa dell'ospedale psichiatrico che, quando ero più piccolo, mi regalava sempre delle caramelle, la dott.ssa Ravis, che in quegli anni fu espulsa dall'ospedale perché ebrea. Ri-

cordo che i miei genitori avevano continuato a frequentarla e non riuscivo a capire come quella persona così mite e gentile potesse avere qualcosa a che fare con quegli esseri ripugnanti effigiati su «La difesa della razza». Tanti anni dopo, già diventato psichiatra, analizzando la storia dell'ospedale psichiatrico, leggendo vecchie pubblicazioni e parlando anche con lei direttamente mi sono reso conto che la dott.ssa Ravis era anche un'ottima, seria e colta psichiatra. Una di quelle non rarissime donne professioniste laureate che già nei primi anni del secolo, precorrendo i tempi, Trieste aveva generato.

Ma ovviamente non ne ero consapevole. L'ospedale psichiatrico era allora un mondo chiuso, un *mundus clausus*, appartato dalla vita cittadina e che viveva di una di una sua vita propria. Si trattava proprio di quella chiusura, di quella diversità da ogni altra istituzione cittadina, di quel luogo di emarginazione, che trent'anni dopo avrebbe portato alla decisa contestazione dei manicomi e al rinnovamento della prassi psichiatrica. Io vivevo nel suo interno ma, naturalmente, non avevo nessun vincolo, usufruivo dei suoi grandi spazi, dei giardini, del teatro, del cinema, del bar, dei campi sportivi, dal pattinaggio al tennis, delle piste ciclabili e, perché no, anche dell'amicizia con tanti degenti, con quelli il cui disturbo, anche se grave, non impediva, secondo le concezioni psichiatriche di allora, una vita abbastanza normale e in parte autogestita.

Quando, tanti anni dopo, entrato nella dimensione professionale, ho avuto una conoscenza diretta delle realtà manicomiali della penisola, realtà per esempio calabresi, sarde, e perché no, anche umbre, marchigiane o di Roma stessa, mi sono reso conto che l'ospedale psichiatrico triestino, che avevo conosciuto nella mia infanzia, pur essendo sempre un "manicomio", improntato all'ideologia emarginante dell'epoca, aveva però un livello, una organizzazione e uno standard di funzionamento per il soddisfacimento dei bisogni primari che la stragrande maggioranza degli ospedali psichiatrici della penisola neppure si sognavano.

Era quindi realmente possibile giocare a bocce o a scacchi con alcuni degenti. Nel mio immaginario, e anche nella mia realtà adolescenziale, il "pazzo" era quindi sempre una "persona", mai un caso clinico. Certo un po' "strana", un po' "bizzarra", un po' "matta", ma pur sempre una persona con cui si poteva parlare, giocare, anche lavorare assieme.

Poi, come per un colpo di bacchetta magica, uscivo nel mondo di fuori, nel mondo della "normalità", in realtà molto fastidioso per me, perché significava la scuola e poi le continue, estenuanti adunate della Gil, della Gioventù italiana del littorio, con le sue esercitazioni militari, con i suoi saggi ginnici.

Un mondo strano quello interno dell'ospedale che, proprio perché luogo ufficiale della follia, era quasi esente dalla massiccia, incombente presenza del regime. Ricordo che il saluto fascista nell'ospedale era quasi inesistente. Ricordo alcuni degenti a cui, proprio perché "pazzi", era possibile fare

dei discorsi non ortodossi, alcuni anche dichiaratamente antifascisti. In un periodo in cui persino tutti i cognomi, per ordine delle autorità, erano stati italianizzati, là, proprio dentro l'ospedale, chiacchierando con dei ricoverati sloveni del Carso, che non si sentivano affatto italianizzati anche se in qualche modo parlavano la nostra lingua, ebbi la prima presa di coscienza che esistevano anche gli sloveni.

*Mundus clausus* quindi, nel bene e nel male. *Mundus clausus* che dava quasi l'impressione di poter rappresentare un rifugio in certe situazioni, in certi momenti.

Questo devono aver pensato alcuni ebrei allora nel settembre e nell'ottobre 1943, ebrei colti quasi di sorpresa dagli avvenimenti e alla disperata ricerca di un rifugio. Nell'ospedale certo erano già ricoverati alcuni psicotici ebrei. Ma in qualche momento, esistendo anche dentro l'ospedale una sezione aperta, il cosiddetto sanatorio neurologico, altri ebrei, non bisognosi di alcuna cura, con l'aiuto di medici, fra cui principalmente mio padre, allora primario del sanatorio neurologico, cercarono un rifugio di fronte all'incombente e vicina minaccia nazista. Tutti avevano l'illusione, purtroppo del tutto inconsistente, che di fronte alla follia ogni persecuzione sarebbe cessata. Nulla era ancora trapelato dello sterminio di massa perpetrato nei lager nazisti né dell'eliminazione fisica di tanti psicotici e deboli mentali tedeschi. Ricordo ancora nitidamente, come fosse ieri, un giovane pianista (i miei genitori mi dissero che era un pianista molto promettente) che si era ricoverato assieme alla madre. Si chiamava mi sembra Menussè, ma forse storpio il nome a distanza di cinquant'anni<sup>1</sup>.

Come dimenticarmi di quella coppia, madre e figlio, che verso sera passeggiavano per i viali ombrosi, tenendosi stretti, così educati, così dignitosi nei loro abiti borghesi, così allarmati e inquieti nello sguardo.

Durò solo pochi mesi. Una mattina entrarono nell'ospedale alcuni camion delle SS con un pullman. Avevano le liste nominative di tutti i ricoverati ebrei e andarono a prelevarli nei singoli padiglioni e li portarono via con il pullman. Mi sembra si trattasse di 33 persone, ma non sono sicuro della cifra.

Tanti anni dopo, una mia cara amica triestina mi fece leggere a Roma un piccolo libro scritto da suo zio, l'avv. Piazza. Si trattava della testimonianza di un triestino internato in un campo di sterminio, a cui era miracolosamente sopravvissuto.

Quale stupore, commozione e angoscia nel leggere per caso la descrizione della fine nella camera a gas di quel giovane pianista ebreo triestino e di sua madre.

---

1 - Si tratta di Vittorio Menassè e di sua madre Elda Morterra in Menassè, entrambi deportati ad Auschwitz il 29.3.1944. La madre fu uccisa fin dall'arrivo al campo, il 4.4.1944, Vittorio vi morì il 19.9.1944 [cfr. L. Picciotto Fargion, *Il libro della memoria. Gli ebrei deportati dall'Italia (1943-1945)*, Mursia, Milano 1991, pp. 413 e 430 - N.d.R.].

Verso la fine della guerra ci ritrovammo, io e i miei genitori, in celle diverse, nel carcere del Coroneo, nell'ala delle SS, per altre vicende di guerra. I convogli per i campi di sterminio verso la Germania non partivano più. La prigione era stracolma. Funzionava sì ancora il forno crematorio della Risiera di San Sabba, ma aveva scarsa capacità.

V'erano nel carcere allora, oltre a tanti politici e partigiani, anche parecchi ebrei, che non potevano essere più trasportati nei lager. Non dimenticherò mai quanto mi raccontò mia madre. Nella sua cella c'era una signora ebrea della buona borghesia triestina, non so il suo nome. Il maresciallo delle SS della prigione cominciava la sua giornata di lavoro salendo in quella cella per sputare in faccia a quella signora ogni giorno gridandole: «Du Schweine jude!».

Erano gli ultimi giorni della guerra. A differenza del pianista ebreo non sappiamo come è finito questo maresciallo.

Tutto il mondo nazista era ormai crollato. I russi già combattevano dentro Berlino.

Ma questo maresciallo continuava, fino all'ultimo minuto, nella estrinsecazione del suo odio, del suo livore, della sua meschinità, della sua bestialità, del suo sadismo.

Nella mia mente è rimasto come il simbolo di tutto ciò, simbolo trascendente la situazione storica di allora. Ogni qualvolta leggo di torturatori, di stupratori, di razzisti, emerge dalla mia memoria il ricordo di quel maresciallo, che sembra riassumerli tutti nella bestialità e nella stupidità.

Non dimenticare significa anche, nel 1993, essere pronti a riaffrontare e a combattere queste persone, qualsiasi forma, qualsiasi etichetta possano avere.

## Dal manicomio al lager di sterminio.

Riflessioni sulla deportazione di un gruppo di ricoverati ebrei dall'ospedale psichiatrico di Trieste

Bruno Norcio e Lorenzo Toresini\*

Nel quadro della persecuzione ebraica a Trieste, la deportazione di ricoverati ebrei dagli ospedali psichiatrici e per lungodegenti, dall'Ospedale maggiore e dall'ospizio «Pia casa Gentilomo» (ospedale israelitico e ricovero per ottanta anziani), è un dato già noto grazie alle ricerche di alcuni storici di Trieste.

L'aver individuato e riportato alla luce dai vecchi archivi degli ospedali le cartelle cliniche delle vittime di quell'episodio non costituisce quindi una "scoperta" storica ma ha il valore diretto di una testimonianza inequivocabile, suscitatrice di emozioni.

Per noi – operatori psichiatrici da oltre vent'anni impegnati sul fronte della lotta al manicomio in quanto istituzione segregante – ha soprattutto il valore di un obbligo etico di fronte alla storia, soprattutto in questo momento di furore nazionalista associato a rigurgiti razzisti e violenze xenofobe che attraversano l'Europa e gran parte del mondo.

Trentanove cartelle cliniche dell'OPP e dell'ospedale Gregoretti si concludono tutte alla voce «dimissione: il dì 28.3.1944, prelevato *manu militari* da una formazione delle SS parte per destinazione ignota».

L'anonimo estensore sembra aver voluto affidare alla storia il messaggio contenuto in queste brevi righe con la forza suggestiva di un epitaffio.

Sappiamo oggi che la "destinazione ignota" era il campo di sterminio di Auschwitz dove tutte le persone tranne una furono deportate dopo una breve sosta alla Risiera di San Sabba e gasate (con l'eccezione di un solo superstite) nell'operazione «soluzione finale».

La rilettura di queste cartelle, stilate con il lessico del tempo e dell'istituzione "speciale", spesso redatte con grafia malferma, ridà vita e movimento, anche se per pochissimi istanti, e se pure nella nostra fantasia, a queste persone in una sorta di effimera dignità postuma. Sono microstorie che, per la loro tragica confluenza nel più grande eccidio di massa che la storia ricordi, si spostano da una dimensione privata, e a tratti persino banale, a una dimensione tragica.

\* Con la collaborazione di Mariella Caressa, Lucia Loewental, Lidia Mendola, Mariuccia Trebiciani.

In un'ottica "professionale" alcune di esse possono anche essere lette come conferma dello stretto rapporto tra concreti eventi di vita, e cioè la storia della persona, e contenuti della malattia/sofferenza (o come altri direbbero "patoplastica" dei sintomi). In un'ottica sociologica alcune di esse sono la dimostrazione del rapporto tra una maggioranza persecutrice e una minoranza perseguitata, con l'affiorare nei perseguitati dei vissuti di diversità, di difesa, di paura, di inferiorità, di bisogno di protezione e di ricerca di aiuto e tutela.

Dalle cartelle cliniche:

*Sig.ra B.G. di anni 71, casalinga, vedova, religione israelitica, ricoverata il 6.3.1944 per depressione involutiva: «... da un anno a questa parte non vuole che le figlie escano di casa perché teme che possa succedere loro qualche disgrazia...».*

*Sig. B.P. di anni 44, commerciante, israelita convertito alla religione cattolica ricoverato 12.11.1943 per stato depressivo: «... è di religione cattolica, di razza ebraica. La moglie è ariana. Battezzato da un mese...»; «... in seguito agli arresti di persone della sua razza provò grave spavento, perse il sonno, la volontà di lavorare, girava per la strada assillato dall'ossessione di venire arrestato da un momento all'altro. È depresso, inceppato nel pensiero "è meglio finirla con la vita". Era già pronto a gettarsi dalla finestra a casa ma fu trattenuto (!!)... non è allucinato, ma nel suo discorso, che è coerente, affiorano spunti deliranti».*

*Sig. A.V. di anni 57, negoziante, vedovo, religione israelita, ricoverato il 25.11.1943 per stato depressivo-ansioso: «... due mesi fa mentre si trovava in un stazione termale per cure, venne fermato dai tedeschi insieme a due figli: mentre questi due vennero trattenuti lui venne rinvio a Trieste con foglio di via. Da allora, angosciato, depresso, dorme poco, ha l'impressione di vedere sempre intorno a sé i figli e la moglie "come se parlassero..."», «... anche durante l'esame somatico si interrompe spesso per chiedere angosciosamente dei figli ed implorando dal medico un aiuto per ritrovarli...»; «... apiretico; ancora depresso piange, si dispera per la sorte dei congiunti che sarebbero stati arrestati e deportati...».*

*Sig. V.A. di anni 61, religione cattolica, ricoverato il 2.12.1943 per frenoastenia in sordomutismo: «... apertamente nervoso, facilmente irascibile, presentò uno scatto violento e aggressivo verso la domestica per cui venne inviato qui...».*

*Sig. P.S. di anni 52, casalinga, israelita, coniugata, entrata il 19.2.1936 per stato depressivo poi corretto in parafrenia: «... vive da 3 anni da sola, vivendo di sussidi che riceve dalla Comunità israelitica. Si trova*

*qui da due anni, venuta qui da Berlino, perché le avevano detto che il figlio era andato in Palestina, ma una volta qui non aveva più denaro per proseguire...».*

*Sig. E.B.: «... ricoverato e sottoposto a perizia psichiatrica per reato di oltraggio a pubblico ufficiale (SS), aveva accusato pubblicamente le SS di perseguitare e addirittura deportare i cittadini ebrei...».*

*Sig. I.M. di 69 anni, sarto israelita entrato l'8.11.1943 per demenza arteriosclerotica: «... si sente perseguitato dai germanici, causa la sua appartenenza alla razza ebraica. Sa che si trova nell'ospedale psichiatrico provinciale. Ha provato nei giorni scorsi grande spavento perché gli erano venuti a dire che i germanici portano via gli ebrei, che spogliano le loro case...».*

Si cita, a conclusione, il caso particolare di V.A., di anni 90, israelita, nata a Varsavia, ricoverata per demenza senile 10 giorni dopo la deportazione collettiva e regolarmente prelevata il 24.4.1944 dalle SS, cioè un mese dopo gli altri. Sembra incredibile che possa scomodarsi una pattuglia delle SS per un prelievo solitario di una persona in così tarda età: vero esempio di assoluta precisione nella esecuzione degli incarichi assegnati!

Tra i ricoverati in ospedale psichiatrico (25 persone) si evidenziano almeno due gruppi: coloro che erano ricoverati da lungo tempo (alcuni già prima dell'emanazione delle leggi razziali del regime fascista) per motivi psichiatrici ordinari (12 persone) e coloro che furono ricoverati alcuni mesi prima della deportazione, in pieno clima di persecuzione antisemita e di rastrellamento da parte delle SS. Di questi, solo 3 avevano già avuto precedenti ricoveri.

È pertanto ipotizzabile che per la gran parte di questo secondo gruppo il ricovero sia stato un tentativo – tardivo quanto purtroppo inefficace – di protezione dalla deportazione. Fanno parte di questo gruppo coloro i quali si erano convertiti alla religione cattolica, in funzione legittimamente autodifensiva (alcuni poco tempo prima dell'arresto), sperando in qualche modo di disfarsi del marchio che li esponeva alla persecuzione.

La lettura delle cartelle presenta al proposito delle ambiguità e alcune contraddizioni (ad es.: inadeguatezza delle motivazioni al ricovero – vedi caso del sordomuto – genericità della sintomatologia oppure impossibilità di distinguere nella stessa sintomatologia un nesso tra causa ed effetto), eliminabili solo attraverso qualche eventuale testimonianza diretta.

Un terzo gruppo, infine, può essere considerato quello in cui l'insorgenza di sintomi e il ricovero appaiono essere in stretta correlazione con il clima di paura e di angoscia scatenato dalla caccia spietata all'ebreo e dalla mancanza di spazi possibili ove sottrarsi a essa.

La considerazione generale che si può comunque fare è che da un *excursus* sullo stato professionale e lavorativo, nella media, si deduce una colloca-

zione sociale negli strati economicamente e socialmente più deboli – casalinghe, pensionati – categoria che da sempre ha accomunato tutti i ricoveri negli ospedali psichiatrici. Si tratta quindi di persone che non erano riuscite a trovare altre vie di scampo, per esempio con la partenza.

Una breve parentesi storica. Il testo di riferimento è stato il bel libro di Silva Bon Gherardi *La persecuzione antiebraica a Trieste*, pubblicato nel 1972.

Il 15 ottobre 1943 viene instaurata ufficialmente la zona di operazioni dell'Adriatisches Küstenland; i tedeschi cioè decidono di gestire direttamente una zona delicatissima per il fronte militare formata dalle province del Friuli, Gorizia, Trieste, Istria, Lubiana e dal Quarnaro, insieme ai territori incorporati di Sussak, Buccari, Ciastua, Ciabar e Veglia. Forse, come suggeriscono alcuni storici, nell'ipotesi strategica di separare Trieste dall'Italia (allora dalla Repubblica di Salò) e di proiettare la città verso il mondo tedesco, quale sbocco all'Adriatico nel quadro della futura grande Germania.

È da questa data che la persecuzione antisemita, iniziata ufficialmente dal fascismo nel 1938 e caratterizzata da una discriminazione e un'epurazione certamente seria ma non crudele e totalizzante come quella nazista, assume i metodi e gli scopi di quest'ultima, volta non solo alla discriminazione ma al totale annientamento fisico.

*Di fronte alla esaltazione fino ai limiti del mito, della razza tedesca, intesa secondo una stretta concezione biologica, e divinizzata nella sua purezza, si contrappone quasi necessariamente l'esistenza del gruppo sociale ebraico, visto in modo omogeneo nella sua estrema inferiorità razziale. L'antirazza designa gli ebrei: essi costituiscono il razzismo negativo, anzi non costituiscono neppure una razza, ma sono il prodotto della mescolanza razziale più vile. Hitler afferma: «Se gli ebrei non esistessero, dovremmo inventarli. È essenziale avere un nemico tangibile e non soltanto un nemico astratto» e ancora: «L'ebreo è sempre in noi... ma è più facile combatterlo sotto forma umana che di demone invisibile».*

Sotto la guida di Globocnik, a Trieste viene organizzata la Risiera – come si sa unico lager di sterminio, assieme a quelli di Bolzano, dell'intera Europa occidentale – e tutti gli arrestati vi confluivano e vengono rinchiusi per essere uccisi e cremati o vi rimangono in attesa di partire con i carri bestiame per Auschwitz e gli altri campi dell'Europa orientale.

(Globocnik: «Se crescerà in Germania una nuova generazione incapace di comprendere il nostro lavoro, allora il nazionalsocialismo sarà stato vano. Credo che i centri di sterminio dovrebbero essere immortalati con targhe di bronzo su cui dovrebbe essere scritto: noi SS abbiamo avuto il coraggio di compiere questa grande opera»).

La prima deportazione avviene nel giorno del Chippur, il 9 ottobre del 1943, una seconda il 19 gennaio del 1944, una terza il giorno dopo e una

quarta il 28 marzo, dagli ospedali (che è quella di cui trattiamo). È difficile conoscere con esattezza il numero degli ebrei arrestati e deportati: le SS cercano di non fare alcuna pubblicità, impongono la censura ai giornali e «molte efferatezze rimangono sconosciute e difficilmente possono venire alla luce». Sembra comunque che i deportati triestini superino il numero di 800. Così la Comunità ebraica – che nel 1938 contava circa 5500 persone e che al momento dell'occupazione tedesca era già dimezzata – conta appena 400-500 unità quando la città viene liberata dalle truppe alleate.

*Durante l'atroce persecuzione nazista riescono a mettersi in salvo in particolar modo le persone che dispongono di maggiori mezzi economici e quelle che, meglio informate, si rendono conto della catastrofe incombente. Infatti a Trieste, pur tra nobili eccezioni, si verifica più doloroso e diffuso che altrove in Italia il fenomeno della diserzione delle famiglie agiate, convertitesi ad altra fede o emigrate.*

*Purtroppo chi soffre di più della persecuzione sono gli ebrei poveri che rimangono in città perché non hanno mezzi per partire o per fiducia fatalistica; e ancora gli invalidi che non si potevano muovere e qualche vecchio cocciuto e illuso che non si era lasciato convincere a lasciare la sua casa perché diceva «di non avere mai fatto nulla di male».*

*I poveri non hanno la possibilità di procurarsi rapidamente documenti falsi, spesso frutto della corruzione di qualche funzionario; né possono pagare guide sicure per fuggire in Svizzera; non hanno protettori né conoscenze influenti, quindi sono costretti a rimanere in città, magari in cerca di un lavoro per vivere.*

*I tedeschi inferiscono ferocemente su tutti: anche contro i mezzi ebrei, i convertiti, gli arianizzati e tutti devono cercare di nascondersi per sfuggire alla razzia sistematica.*

### **Alcune considerazioni**

Una prima considerazione riguarda il ruolo degli psichiatri come corresponsabili in prima persona nel rastrellamento e nella purificazione della razza nella Germania nazista.

Agostino Pirella in un suo recente intervento sul tema, citando Von Cranach e Mitscherlich e l'attuale presidente dell'Ordine dei medici berlinesi, richiama l'attenzione sulla correttezza degli psichiatri tedeschi e sui programmi di annientamento dei "malati incurabili" e degli handicappati (come si sa, furono più di 200.000 gli ammalati mentali, gli handicappati e gli inabili eliminati sullo sfondo di una genetica socialdarwinista che raccomandava l'eliminazione delle «vite indegne di essere vissute»). C'è stata cioè una perfetta corrispondenza e adesione alle direttive generali sullo sterminio e la soluzione finale da parte di un corpo professionale che ha legittimato con la forza del suo sapere l'aberrazione del potere dominante.

K. Doerner parla di una «eterna guerra contro il malato di mente», volendo sottolineare l'assenza di una soluzione di continuità tra l'eliminazione del diverso e il silenziamento fino all'annientamento del dissenziente da una norma comunque politica. L'ospedale psichiatrico, nella sua organizzazione e nella sua struttura concettuale, appariva mirabilmente finalizzato all'annientamento della persona in tutto fuorché nella vita fisica. Il campo di sterminio completava semplicemente il ciclo dell'annientamento con l'eliminazione anche fisica.

Sulle complicità tra corporazioni psichiatriche con le loro istituzioni manicomiali e regimi dittatoriali vi sono ormai molte informazioni anche nella storia più recente. Basti pensare all'internamento dei dissidenti negli ospedali psichiatrici sovietici, o all'ospedale psichiatrico dell'isola di Leros in Grecia, dove, durante il regime dei colonnelli, accanto e insieme al grande internamento psichiatrico furono ammassati dissidenti e prigionieri politici, o ancora al comportamento della associazione argentina degli psichiatri creata dopo il colpo di stato del 1976.

A proposito di quest'ultima, in un'intervista del 1989 pubblicata sull'«*Information psychiatrique*», Roger Montenegro, presidente della nuova Associazione argentina di psichiatria, dice esplicitamente: «(durante la dittatura) si era formata un'associazione argentina di psichiatri che non fu che una facciata del regime, con una quarantina di aderenti totalmente identificati con la politica della dittatura».

Data la preoccupazione esistente a livello internazionale per le violazioni dei diritti dell'uomo in Argentina, «parecchie richieste di chiarimenti furono indirizzate a questa Associazione ed essa rispondeva falsando le informazioni e negando qualsiasi violazione dei diritti dell'uomo e dei principi etici dell'esercizio della psichiatria».

A Trieste, nella contingenza storica di cui ci occupiamo, non emerge certamente una correttezza riguardo all'episodio della deportazione; una lettera d'archivio del direttore dell'epoca al prefetto, oltre a notificare l'episodio, chiede infatti una giustificazione per il rastrellamento, non essendo stata esaurientemente motivata dal comandante del drappello delle SS la richiesta di prelievo dei pazienti. Si può pertanto affermare che vi sia stato un dissenso o meglio un non consenso all'operazione, e che tuttavia esso non si espresse o non si poté esprimere con modalità più decise di quelle messe in atto, per ragioni ovviamente comprensibili.

Ciò che comunque emerge alla fine, al di là della buona coscienza o delle soggettività individuali dei responsabili dell'asilo, è l'oggettiva esposizione degli internati di un'istituzione totale (manicomi come gli ospizi, come le carceri) a qualsiasi iniziativa repressiva su larga scala. Si è verificata in sintesi una mancata protezione da parte dell'ospedale psichiatrico e delle altre strutture asilari. È questo un assetto apparentemente paradossale dell'istituzione segregante: istituzione che proprio in quanto segregante è la più concentrazionaria e alla fine la meno adatta alla tutela.

Una seconda considerazione riguarda il rapporto tra maggioranze dominanti e minoranze oppresse e la connessione con le agenzie di controllo e gli apparati repressivi dello Stato come esecutori oggettivi dei valori dominanti della maggioranza.

È un discorso ampio che ci interessa oggi e che non ha la distanza storica della discriminazione e dell'epurazione nazista, ma si immerge drammaticamente nell'attualità e parte dalla collocazione centrale che ha il "pregiudizio" verso qualsiasi minoranza, etnica, religiosa, linguistica, culturale, o sociale in senso lato.

«Il pregiudizio – dice Basaglia nella sua introduzione ad *Asylums* di Goffmann – non è (mai) frutto di un atteggiamento psicologico individuale, quanto dell'espressione dei valori della società in cui l'individuo è inserito, risultato di una selezione discriminante tra norma e abnorme, bene e male, maggioranza e minoranza, potere e non potere».

Nei confronti della comunità ebraica abbiamo già detto come sia il fascismo, sia soprattutto il nazismo, abbiamo costruito il pregiudizio come obiettivo politico preciso per il rinforzo della maggioranza dominante rispetto a una minoranza identificata come il male da confinare e distruggere. Da qui l'origine della persecuzione e, da parte dei nazisti, il piano di sterminio degli ebrei (ma non solo, perché non bisogna scordare altre minoranze slave).

## **Crimini di guerra**

Ma non dimentichiamo i crimini di pace. Dice Daniel J. Levinson nel 1950, citato nella stessa prefazione da Basaglia:

*Abbiamo fatto un test sul pregiudizio, per sondare l'opinione pubblica su individui o gruppi di dubbia localizzazione sociale, come immigrati, negri, criminali, pazzi.*

*L'ambiguità provocatoria di un item come quello proposto («Noi spendiamo troppo per riabilitare i criminali e i pazzi e per l'educazione di persone intrinsecamente incapaci») costringe il testato a prendere apertamente posizione nei confronti di chi non è nella norma, rivelando – in caso la sua reazione sia negativa e discriminante – una personalità «etnocentrica». Il modo "etnocentrico" di risolvere i conflitti di gruppo consiste nel liquidare gli "out" o tenerli completamente segregati in modo da ridurre ogni contatto con gli "in".*

*Nel primo caso, si tratta di un metodo etnocentrico politicizzato – fascismo e dissoluzione dei valori democratici – invece l'atteggiamento secondo cui la maggior parte dei gruppi "out" deve essere soggetta e segregata è tipico dell'etnocentrismo americano [...] i valori democratici spesso impediscono il ricorso ad azioni più drastiche, ma possono servire a permettere la discriminazione e l'oppressione sotto una facciata pseudodemocratica.*

Ancora Basaglia si interroga più avanti nello stesso testo (siamo nel 1968):

*Quale sarebbe la risposta in Italia ad un formulario del genere? Due donne anziane e alcuni giovani, alla domanda del telecronista che introduceva un documentario sull'assistenza psichiatrica in Italia, risposero che, per quanto concerneva loro, il problema dei malati di mente poteva essere risolto solo uccidendoli tutti. La Germania nazista lo aveva già fatto a tutela della razza; ma la nostra attuale società non pensa di essere nazista e, purtuttavia, continua a oscillare tra un estremo e l'altro dell'etnocentrismo, come metodo di soluzione dei propri conflitti e delle proprie contraddizioni.*

Concludiamo questo nostro intervento con alcune parole sul presente e con un ulteriore ritorno alla memoria del passato.

Oggi, oltre la soglia degli anni Novanta, non solo proseguono le pratiche di discriminazione delle minoranze e in generale di tutti gli "out", ma addirittura il pregiudizio vorrebbe riprendere le vecchie vesti riproponendo nella democratica società occidentale non solo slogan o semplici atti vandalici, ma pratiche di violenza e di morte.

Dai quotidiani del mese di febbraio 1993:

*In naziskin hanno commesso a Rostock 518 atti di devastazione e di sabotaggio; in totale nel 1992 in Germania vi sono state complessivamente oltre 2000 aggressioni contro stranieri che hanno provocato 17 morti. In Francia vengono inviati a presidi e professori falsi documenti in cui gli insegnanti di materie storiche vengono invitati a far conoscere le tesi che negano l'esistenza delle camere a gas e il genocidio degli ebrei da parte dei nazisti.*

*Nella ex-Jugoslavia vi sono nell'attuale guerra in corso terribili episodi di "pulizia etnica" incrociata, falsamente coperti da operazioni militari. Centinaia di migliaia di profughi. Le donne bosniache vengono violentate e ingravidate per imporre loro il segno tangibile di un'etnia superiore.*

Di nuovo crimini di guerra che si allacciano ai crimini di pace e li sovrastano pericolosamente. Di fronte ad essi ci si trova spesso impotenti e l'unica possibilità di intervento è rappresentata dalla denuncia costante delle atrocità del presente e dal tener desta la memoria sulle ancora più grandi atrocità del passato.

In questa direzione e con questo spirito, sulla questione dei crimini nazisti e dell'identità tedesca, Habermas risponde ad alcuni storici revisionisti tedeschi contemporanei che minimizzano e relativizzano il genocidio (E. Nolte che nega l'unicità dei crimini nazisti e suggerisce comparazioni con altri crimini, Hillgruber che opera sottili distinzioni tra la morte per eu-

tanasia di oltre 200.000 malati mentali e lo sterminio vero e proprio degli ebrei, Hildebrand che sostiene che la storia del Terzo Reich sarebbe stata scritta dai vincitori e trasformata in mito negativo ecc.):

*Abbiamo il dovere in Germania, anche se nessun altro più lo facesse, di mantenere vivo, non in modo simulato e non solo verbalmente, il ricordo delle sofferenze di coloro che sono morti per mano tedesca. Questi morti possono fare appello soltanto alla debole forza anamnesticca di una solidarietà che i posteri possono esercitare solo mediante un ricordo che continua a rinnovarsi, spesso disperato, comunque sconvolgente.*

È in questa direzione e con questo spirito che anche noi – ricordando 39 ebrei ricoverati in manicomio per vera o finta follia, con la vana speranza di sfuggire allo sterminio nazista – abbiamo voluto tener desta la memoria su alcuni crimini di guerra del passato. Nel presente, di fronte a nuovi crimini di guerra e di fronte ai meno appariscenti ma più numerosi crimini di pace, non possiamo che continuare la nostra denuncia e schierarci come cittadini e come tecnici non neutrali contro ogni discriminazione e ogni internamento.

### *Note bibliografiche*

- S. Bon Gherardj, *La persecuzione antiebraica a Trieste*, Del Bianco Editore, Udine 1972.  
A. Pirella, *Uccisioni pietose e sterminio nazista. Le responsabilità degli psichiatri* in: «Venti anni di Fogli di Informazione», Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Pistoia 1992.  
F. e F. Basaglia, Introduzione a E. Goffman: *Asylums*, Einaudi, Torino 1961.  
G.E. Rusconi (a cura), *Germania: un passato che non passa*, Einaudi, Torino 1987.

## Bruno Piazza: un caso di omonimia tra i deportati razziali di Trieste\*

Marco Coslovich

A pagina 461 de *Il libro della memoria. Gli Ebrei deportati dall'Italia (1943-1945)* curato da Liliana Picciotto Fargion, possiamo trovare il nome di Bruno Piazza, deportato razziale ad Auschwitz. Ecco esattamente cosa riporta la scheda del libro:

*Bruno Piazza nato a Trieste il 15.1.1899, figlio di Davide e Gentili Giuditta, coniugato con Dabauscek Angelina. Ultima residenza nota: Trieste. Arrestato a Trieste il 13.7.1944 da tedeschi. Detenuto a San Sabba campo, Trieste carcere. Deportato da Trieste il 31.7.1944 ad Auschwitz. Matricola n. 190712.*

*Liberato ad Auschwitz.*

*Fonte 1<sup>a</sup>, convoglio 33T<sup>1</sup>.*

I dati riguardanti l'arresto, la detenzione, l'arrivo ad Auschwitz e la sua liberazione, confermerebbero trattarsi di Bruno Piazza, l'autore della pregevolissima e, ahimè, non ripubblicata, memoria sulla deportazione *Perché gli altri dimenticano*<sup>2</sup>. L'identificazione di Piazza non è tuttavia così certa come a prima vista potrebbe sembrare.

A questo punto si inserisce l'interessante iniziativa promossa dell'Associazione Alpe Adria per la Promozione della salute mentale del Friuli-Venezia Giulia che si è prefissa di gettare un po' di luce sui tragici avvenimenti della persecuzione razziale nazista e sui terribili percorsi umani che li hanno se-

---

\* Rispetto all'intervento tenuto al convegno, il testo che qui presento è stato modificato alla luce di ulteriori riscontri archivistici che ho avuto modo di fare.

1 - Liliana Picciotto Fargion, *Il libro della memoria. Gli Ebrei deportati dall'Italia (1943-1945)* Mursia, Milano 1991, p. 471. Il volume, frutto di un lavoro pluriennale, individua ebrei italiani deportati nei lager nazisti. Costituisce quindi una fonte d'informazione insostituibile che individua 7013 ebrei e va a colmare il vuoto storiografico sull'esatta entità della deportazione razziale. Naturalmente, nella grande mole dei dati ci possono ancora essere delle imprecisioni e delle incongruenze. Il fatto stesso che Bruno Piazza sia stato considerato dall'autrice come nome attribuibile a un unico individuo rivela la buona fede della ricerca dal momento che Picciotto Fargion ha così finito per sottostimare la quantità dei perseguitati.

2 - Bruno Piazza, *Perché gli altri dimenticano*, Feltrinelli, Milano 1956. Il libro è una preziosa testimonianza del lager che andrebbe senz'altro ripubblicata. È infatti difficilissimo recuperare il volume. La testimonianza ha inoltre particolare valore per la Trieste occupata dai tedeschi dal momento che Piazza racconta anche della sua esperienza nella Risiera di San Sabba offrendo delle pagine molto intense e drammatiche (pp. 9-12).

gnati. Si sapeva, ad esempio, che il 28 marzo 1944 le SS avevano prelevato 38 ebrei dall'Ospedale psichiatrico provinciale di Trieste<sup>3</sup>. È stata quindi promossa una ricerca volta a individuare, presso l'archivio dell'ospedale, i documenti che testimoniassero quel fatto. Si è così appurato, grazie al reperimento delle cartelle cliniche, come il prof. dott. Francesco Maria Donini avesse cercato di offrire protezione ai perseguitati razziali accogliendoli in ospedale.

Come sappiamo il generoso aiuto si rivelò una trappola per gli ebrei. Individuati dai tedeschi, subirono «... la forzata deportazione *manu militari*...» come ebbe modo di scrivere lo stesso prof. Donini<sup>4</sup>. Il reperimento e la valorizzazione di questa fonte storica ha permesso di ricostruire nel dettaglio il percorso di questi sventurati nonché i tentativi messi in atto per cercare di salvarli. Ma c'è di più: tra i pazienti ebrei è stato trovato il nome di Bruno Piazza. Si è così creduto possibile ricostruire un ulteriore segmento del suo calvario verso Auschwitz.

Una prima rapida analisi ha però rilevato che la data degli arresti all'ospedale (28 marzo 1944) non coincideva con quella riportata dalla Picciotto Fargion riportata da Bruno Piazza nel suo libro (13 luglio 1944). Del resto Bruno Piazza stesso non faceva nessun riferimento al suo ricovero all'ospedale psichiatrico.

Va tuttavia detto che la dimenticanza poteva essere attribuita alla più generale scarsità di informazioni che il libro presenta sugli antefatti al lager nonché alla naturale riservatezza che un ricovero all'ospedale psichiatrico, per quanto pilotato, poteva comunque suscitare. Si tenga ancora presente che il libro della Picciotto Fargion segnalava l'esistenza di un solo Bruno Piazza. Considerata la serietà del lavoro di ricerca condotto da Picciotto Fargion, anche questo elemento portava a escludere l'ipotesi di una doppia identità.

La lettura del libro di Bruno Piazza lasciava comunque in sospeso qualche dubbio e quando gli amici dell'Associazione Alpe Adria mi hanno invitato a presentare la sua figura di deportato ad Auschwitz, ho voluto fare alcuni accertamenti. Una rapida consultazione presso l'ufficio anagrafico del Comune di Trieste ha svelato subito l'esistenza di due Bruno Piazza. I genitori di Bruno Piazza risultarono essere Giulio Piazza e Olga Frankel; il giorno e il mese di nascita erano il 16 dicembre anziché il 15 gennaio. A un più attento controllo anagrafico risultava altresì esistere un altro Bruno Piazza,

---

3 - Silva Bon Gherardi, *La persecuzione antiebraica a Trieste (1938-45)*, Del Bianco Editore, Udine 1972, p. 224. Bon Gherardi fa riferimento a 37 ebrei invece che a 38 secondo quanto risulta dalla ricerca portata avanti dall'Associazione Alpe Adria per la salute mentale (cfr. nota 114 a p. 224).

4 - Francesco Maria Donini, *In celebrazione del cinquantenario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale Andrea di Sergio Galatti di Trieste (ed annessi istituti) 1908-1958*, Provincia di Trieste, p. 72.

questo sì figlio di Davide e Giuditta Gentilli, nato a Trieste il 15 gennaio del 1899 invece che del 1889<sup>5</sup>.

La sovrapposizione dei dati, al di là della confusione iniziale, non ha reso la ricostruzione dei due percorsi meno degna di essere considerata. Anzi, l'intrecciarsi di queste due vite, così strettamente legate nei nomi e nel destino a loro riservato, ha permesso di gettare uno sguardo sui diversi versanti della grande persecuzione nazista: da una parte un istruito avvocato di estrazione borghese e dall'altra un modesto elettricista di umili origini. Ma vediamo fino a che punto è possibile risalire alla loro ritrovata identità.

Il primo Bruno Piazza, quello, diciamo così, più noto grazie al libro che scrisse e che ebbe la fortuna di sopravvivere al lager, è quindi nato a Trieste il 16 dicembre 1889.

Con l'arrivo dei tedeschi a Trieste – settembre 1943<sup>6</sup> –, Piazza percepisce subito l'aggravarsi della situazione e si allontana dalla città per rifugiarsi a S. Maurizio, una località in provincia di Como. Durante il tentativo di attraversare la frontiera con la Svizzera viene arrestato e trattenuto per quattro mesi (dal 16.1.1944 al 15.6.1944) dalla milizia fascista di Como e poi, come detenuto, inviato all'ospedale di Camalata, sempre in provincia di Como. Rientrato a Trieste nel giugno del 1944, viene arrestato dalle SS il 15 luglio e tradotto alla Risiera di San Sabba. Dalla Risiera, verso l'ultima settimana di luglio, viene condotto alle carceri del Coroneo e quindi inviato ad Auschwitz con il convoglio del 31 luglio dove giunge l'8 agosto.

Bruno Piazza sopravviverà fortunatamente ad Auschwitz e riuscirà, con altri pochissimi, a rientrare a Trieste. Troverà il tempo, appena rimpatriato, di scrivere la sua memoria di deportato, seguendo l'impulso, comune a tanti ex-deportati, di render subito testimonianza su ciò che è accaduto: «... ho scritto il libro – afferma Primo Levi riferendosi a *Se questo è un uomo* – appena sono tornato, nel giro di pochi mesi: tanto questi ricordi mi bruciavano dentro»<sup>7</sup>.

La stessa urgenza deve averla sentita Bruno Piazza: fece appena in tempo a scrivere la sua terribile memoria di Auschwitz che subito morì (31 ottobre 1946), quasi avesse voluto vivere solo per portare a termine l'impegno morale di testimoniare che lo teneva legato ai compagni che non tornarono. Non può non far riflettere il titolo della sua memoria che ha il sapore di un lascito testamentario: *Perché gli altri dimenticano*. Questo, a grandissime linee, il primo Bruno Piazza.

---

5 - Le informazioni le ho raccolte presso l'ufficio anagrafico del Comune di Trieste. Colgo l'occasione per ringraziare ancora una volta la dott.ssa Flavia Taddeo che mi ha offerto i dati che cercavo.

6 - Sulla presenza tedesca a Trieste si vedano: Galliano Fogar, *Sotto l'occupazione nazista nella provincia orientale*, Del Bianco Editore, Udine 1961; Enzo Collotti, *Il Litorale Adriatico nel Nuovo ordine Europeo 1943-45*, Vangelista Editore, Milano 1974; Karl Stuhlfarner, *Le zone d'operazioni Prealpi Litorale Adriatico*, Edizioni Libreria Adamo Gorizia, Gorizia 1979.

7 - Primo Levi, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1986, p. 14.

Del secondo Bruno Piazza si sa molto meno. Dagli uffici anagrafici risulta essere nato a Trieste il 15 gennaio 1899; risulta aver esercitato la professione di elettricista, risulta essere stato ricoverato all'ospedale psichiatrico il 12 novembre 1943 e quindi essere stato arrestato dai tedeschi il 28 marzo del 1944. Partito per Auschwitz il 29 marzo, arrivò il 4 aprile: da Auschwitz non fece più ritorno. Un certificato di morte presunta rilasciato dal tribunale di Trieste il 5 aprile 1950 ne sancisce definitivamente la scomparsa. Nella cartella clinica la data di nascita, il patronimico e l'attività professionale, corrispondono a quelli forniti dall'anagrafe. Non c'è quindi motivo di dubitare dell'esistenza di un omonimo che ha subito lo stesso destino dell'altro Bruno Piazza senza aver avuto però la fortuna di fare ritorno. Ma la cartella clinica di Bruno Piazza offre un ulteriore spunto di riflessione: intendo riferirmi ai modi nei quali è stata compilata. Se la volontà di aiutare Piazza è fuori dubbio, non può tuttavia non colpire una nota tracciata dal medico che lo ha accolto in ospedale.

La nota fa riferimento alla conversione cattolica che Piazza avrebbe fatto solo un mese prima del ricovero. Naturalmente ciò che colpisce non è la conversione che molti ebrei attuarono sotto la terribile minaccia nazista nella vana speranza di salvarsi<sup>8</sup>. Ciò che impressiona è la puntuale registrazione di questo fatto in una cartella clinica. La cartella clinica prevede la registrazione della "religione" del paziente, ma non prevede la qualificazione delle origini razziali o addirittura i tempi ed i modi delle scelte religiose.

Il medico infatti traccia l'appunto al di fuori dello schema offerto dalla cartella. Lo segnala nello spazio riservato alle considerazioni che il medico ritiene opportuno fare a sua discrezione. Così scrive: «... è di religione cattolica, di razza ebraica. La moglie è ariana. Battezzato da un mese...». Poche e terribili frasi, dette quasi con noncuranza, ma che lette da un SS avrebbero equivalso a una sentenza di morte. Confesso che non sono riuscito ad appurare se le leggi razziali del periodo prevedessero rigorose disposizioni aggiuntive alle norme che allora si dovevano seguire al momento del ricovero<sup>9</sup>. Forse da parte del compilatore della cartella non doveva

---

8 - Ellen Ginzburg Migliorino, *L'applicazione delle leggi antiebraiche a Trieste: aspetti e problemi*, in «Qualestoria», n. 1, a. XVII 1989, pp. 99-113; Ellen Ginzburg Migliorino, *Note sugli esiti dell'applicazione delle leggi razziali a Trieste (1938-1942)*, in *Trieste in guerra. Gli anni 1938-1943*, «Quaderni di Qualestoria», Trieste 1992, pp. 297-335.

9 - La legge dell'11 febbraio 1904, n. 36, riguarda le «disposizioni sui manicomi e sugli alienati: custodia e cura degli alienati (vedi la Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904). La legge, con alcune varianti, rimarrà in vigore fino a pochi anni fa con l'introduzione della riforma di Basaglia. Prevedeva il ricovero coatto quando i soggetti fossero «... pericolosi a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo...»; per rendere operativo il ricovero bastava il certificato di un medico generico; sussisteva inoltre l'obbligo di avviso alle autorità di pubblica sicurezza. Dopo 29 giorni il ricovero diventava definitivo. La disposizione che prevedeva l'invio alle autorità di pubblica sicurezza del certificato di ricovero probabilmente condizionava i medici a denunciare aspetti o questioni che forse avrebbero volentieri ommesso. Il caso dell'accoglimento di un paziente ebreo poteva rientrare tra questi "sgradevoli" obblighi. Andrebbe comunque appurato se era la stessa cartella clinica, o altro certificato, a dover essere inoltrati alle pubbliche autorità.

essere facile eludere certe direttive. Certo che aiutare un ebreo significava inevitabilmente correre certi rischi personali; significava condividere in parte la sua "ebraicità". Resta comunque difficile giudicare in questi casi. Spesso a correre certi rischi non si è mai da soli e si finisce per esporre anche altri. È un problema morale che resta sempre aperto davanti a noi e rispetto al quale nessuno si può ergere a giudice. Non posso tuttavia non chiedermi se quel medico si rendesse veramente conto di quello che stava facendo. È troppo sostenere che fu vittima di un eccesso di zelo?

La cartella clinica di Bruno Piazza può farci riflettere su un altro aspetto ancora della persecuzione: l'illusione, da parte dei medici, che un ricovero fosse di per sé sufficiente a proteggere un ebreo, soprattutto se convertito. Se questo dovesse essere vero, c'era, da parte dei medici, una netta sottovalutazione del pericolo o, comunque, una netta sopravvalutazione del loro potere di interdizione. Ciò pone, più in generale, il problema del rapporto che doveva intercorrere tra i perseguitati e coloro che non lo erano, e che pur erano disposti ad aiutarli. Bruno Piazza si converte e si fa ricoverare; l'altro Bruno Piazza scappa a Como e cerca di espatriare: fino a che punto questo dramma fu percepito dagli altri che, in mezzo al conflitto, avevano mille altre cose a cui pensare? Il prof. Donini capì il senso di questa tragedia e cercò di porvi rimedio. Ma questo fu sufficiente, in tempi tanto bui, a sollecitare la sensibilità degli altri? La sovrapposizione dei due Bruno Piazza, nel sempre arduo contegno dei grandi numeri dello sterminio ebraico, al di là dell'errore, ha una sua ragion d'essere più profonda. Il più "illustre" Bruno Piazza ha recuperato alla memoria il meno noto Bruno Piazza, semplice elettricista. Nelle parole del noto Bruno Piazza possiamo oggi immaginare cosa è successo al suo più umile compagno mai più tornato. Arrivare ad Auschwitz assieme a un reparto di lungodegenti significava, con altissima probabilità, essere uccisi all'arrivo.

*In quell'ambiente – scrive Bruno Piazza riferendosi alla camera a gas dalla quale fu sottratto all'ultimo momento –, angusto per tutta quella gente, l'aria divenne presto irrespirabile. Non c'era un'apertura, una fessura da cui potesse giungere un filo d'aria. [...] Anche degli adulti qualcuno piangeva, ma i più se ne stavano silenziosi [...] C'erano molti ammalati di enterocolite e di dissenteria che traballavano e inciampavano sui corpi dei compagni, cercavano invano uno spazio libero dove posare la punta dei piedi e intanto defecavano addosso agli uomini che stavano sotto [...] Dei miei compagni alcuni pregavano, [...] battendosi il petto con un lungo gemito, altri, con espressione disperata, fissavano il vuoto, come inebetiti<sup>10</sup>*

Sono probabilmente questi gli ultimi momenti che Bruno Piazza ha vissuto prima di essere ucciso. C'è veramente da chiedersi: perché gli altri dimenticano?

---

10 - Bruno Piazza, *Perché gli altri...*, cit., pp. 132-133.

# La psichiatria nel periodo nazista

Michael Von Cranach\*

Non posso iniziare a parlare dei sei anni più oscuri della psichiatria tedesca, così come dei più di centomila pazienti psichiatrici assassinati tra il 1939 e il 1945, senza un'introduzione riguardante sia il senso stesso di un tale discorso sia la mia personale opinione e motivazione.

È recentemente sorto in Germania un forte dibattito sul modo in cui noi oggi ci rapportiamo agli avvenimenti di quel periodo. Il nucleo di questo dibattito consiste nel trovare una risposta al seguente quesito: i fatti succesi durante il nazismo fanno parte di un passato superato e come tali possono essere analizzati e relativizzati in maniera scientifica o appartengono ancora al presente e quindi necessitano ancora di una presa di coscienza specifica. Io sono convinto che, in questo momento, solo il secondo procedimento sia attuabile.

«Non è possibile delegare tale compito alla scienza soltanto. A noi non servono solo nuove categorie del capire, bensì anche del cuore. Forse quello che è successo deve essere raccontato in grosso e in piccolo e rapportato con questo e quello», scrive Christian Meier.

Il presupposto indispensabile per capire è la conoscenza degli avvenimenti, la dolorosa ricerca delle tracce e il poter sopportare la verità concreta. Robert Leight lo ha messo in rilievo con una sola frase: «Solo il guardare attentamente ci libera».

Il guardare senza veli e la ricerca delle tracce degli avvenimenti sull'assassinio dei malati psichici sono processi iniziati molto più tardi rispetto alle discussioni sugli avvenimenti nei campi di concentramento e sull'assassinio del popolo ebraico.

Solo negli anni Ottanta fu resa nota la realtà riguardante la situazione degli ospedali psichiatrici dell'epoca. Questo tema non ha raggiunto il grosso pubblico così come non lo ha smosso.

Nessun gruppo giovanile è disposto a fare volontariato negli ospedali psichiatrici. Ancora oggi rivolgendosi al pubblico si è colpiti da incomprendimento e malintesi che riguardano una psichiatria ancora piena di bisogni in molti settori.

---

\* *Bezirkskrankenhaus 8950 Kaufbeuren.*

Nel senso di questa introduzione e con poco tempo a disposizione desidero guardare quanto è successo, negli anni tra il 1939 e il 1945, nell'ospedale dove attualmente lavoro. Negli anni della mia attività all'università ero solo parzialmente a conoscenza dei soprannominati eventi; il mio interesse scaturiva da una certa distanza accademica e da un atteggiamento che certamente non possiamo definire come molto coinvolto.

Quando, circa 11 anni fa, diventai direttore di un ospedale psichiatrico fui sorpreso dalla presenza e concretezza di questo passato.

Ho ricevuto, e ricevo, lettere di parenti che ancora adesso chiedono notizie sulla sorte di pazienti ricoverati in quel periodo. Lettere alle quali non potrò mai dare una risposta, senza una presa di posizione personale.

Nella parte iniziale della cartella clinica dei pazienti trovai accanto agli spazi riservati all'indirizzo e all'anno di nascita la domanda: «tara ereditaria SINO».

Quando siedo nella sala delle conferenze mi trovo di fronte alle fotografie, allineate, dei miei predecessori, tra le quali anche quella di colui che negli anni successivi al 1945 fu accusato di omicidio multiplo e condannato per complicità nell'omicidio.

In questa fila di fotografie verrà aggiunta anche la mia? Quali collegamenti verranno stabiliti fra me e i miei predecessori? Un'allieva infermiera mi domandò: «Perché dopo la fine della guerra, nel 1945, mio nonno che lavorava da anni come infermiere in questo ospedale, fu sospeso dal servizio?».

Infermiere e infermieri iniziano, cautamente e timidamente, a informarsi su quanto sia effettivamente successo allora nell'ospedale.

Voci e cose sapute a metà sono diventate argomento di discorsi all'interno dell'ospedale. Non era possibile evitare un diretto confronto, così iniziamo a raccogliere materiale e tracce concrete sulla quotidianità di allora: le cartelle cliniche dei pazienti morti, i ricordi di anziani collaboratori, il diario del sacerdote dell'ospedale, dettagliati verbali di interrogatori compilati nella preparazione del processo contro gli indiziati di complicità negli assassinii.

Negli atti amministrativi dell'ospedale si trovano ben ordinate sia le lettere, in parte sconvolgenti dei familiari di pazienti trasferiti o «eutanasiati» (parola che veniva allora quotidianamente utilizzata) sia le lettere di risposta del direttore.

Adesso desidero lasciare la parola, citando le fonti sopra menzionate, alle vittime, ai familiari, ai testimoni e agli accusati e occuparmi solo brevemente, per una migliore comprensione, del percorso della così nominata «azione eutanasia».

Nell'ottobre del 1939 Hitler scrisse il seguente atto: «Il Reichsleiter Bouhler e il Dr. med. Karl Brandt sono incaricati, sotto propria responsabilità, di estendere la facoltà a determinati medici in modo che ai malati, che a giudizio d'uomo e secondo un'accurata valutazione del loro stato di

malattia, siano ritenuti inguaribili, possa essere concessa la eutanasia»<sup>1</sup>. La realizzazione dei provvedimenti che erano stati ordinati fu attuata dalla cancelleria di Hitler.

A tutti i direttori di ospedali psichiatrici si chiese «in considerazione della necessità del rilevamento secondo i canoni di economia pianificata degli ospedali psichiatrici» di presentare moduli, compilati direttamente dalla direzione, tramite i quali si dovevano denunciare tutti i seguenti ricoverati:

1. quei malati che soffrivano di specifiche malattie mentali e che non potevano lavorare nelle aziende annesse all'ospedale o che potevano essere occupati solo per lavori ripetitivi,
2. quei malati che si trovavano da almeno 5 anni consecutivi negli ospedali psichiatrici,
3. i pazienti psichici criminali,
4. quelli che non possedevano la cittadinanza tedesca o che non erano di sangue tedesco o affine, con precisazione della razza e della cittadinanza.

Un collettivo di lavoro fondato dalla cancelleria di Hitler trasmetteva questi moduli a medici periti scelti dalla stessa. Questi avevano il compito di decidere in base ai dati del modulo se il malato rientrava tra i canoni richiesti dall'azione eutanasia scrivendo nell'apposito spazio un SI ... NO ... INCERTO.

Questi medici periti erano stati istruiti dalla cancelleria del Führer dello scopo dell'azione.

Il soprannominato collettivo di lavoro del Reich riunì in liste i malati selezionati, liste che venivano mandate ai rispettivi manicomi con la richiesta di preparare al trasferimento i malati nominati nelle liste indicando una precisa data. Fu fondata, per il trasferimento dei malati in sei distinti manicomi di sterminio, un'apposita società di trasporto.

Questi manicomi furono liberati dai precedenti malati e provvisti di camere a gas e crematori. Subito dopo l'arrivo i malati venivano spogliati e portati davanti al medico.

Quest'ultimo aveva davanti a sé sia la cartella clinica che una fotocopia del modulo e doveva secondo questi atti, così come secondo il proprio giudizio, prendere la decisione definitiva. I malati ai quali il medico aveva ordinato l'eutanasia, venivano prima fotografati e quindi portati nella camera a gas. In questa camera, simulata con una doccia, si trovavano tubi tramite i quali veniva introdotto il gas (ossido di carbonio). Dopo aver riunito tutti i malati nella stanza, il medico lasciava fuoriuscire il gas per circa 10, 15 minuti quindi osservava da una finestra l'effetto prodotto fino a che fosse sopravvenuta la morte.

<sup>1</sup> - Cfr. E. Klee, *Eutanasie im NS-Staat. Die «Vernichtung lebensunwerten Lebens»*, Frankfurt am Main 1986, p. 100.

Dopo circa un'ora le salme venivano trasportate e bruciate nel forno crematorio.

Questo modo di procedere, che non poteva essere tenuto segreto al popolo, venne sospeso nell'ottobre del 1941. Le molte proteste dei familiari, dei rappresentanti del clero ma anche di personaggi del partito, per esempio del ministro della Giustizia e dello stesso Himmler, condussero alla cessazione di queste azioni. In questa prima fase furono uccisi circa 60.000 pazienti.

Nel manicomio di Hadamar-Assia, in questo primo periodo, dovrebbero essere stati uccisi come minimo circa 10.000, visto che celebrarono, in occasione della decimillesima cremazione, una festa.

In quale modo si svolgevano i trasporti nei singoli ospedali? Fu una suora del mio ospedale che nel 1948 mise a verbale quanto segue:

*Fino all'agosto 1940 questi malati venivano rispettati. Ci si occupava di loro in modo eccellente e il direttore cercava con tutti i mezzi possibili di migliorare il loro stato fisico e psichico. Improvvisamente cambiò tutto. Quando tornai nell'agosto del 1940 dalle ferie, 11 malati del mio reparto F3b, dove erano ricoverati prevalentemente malati tranquilli, erano spariti. Allora non si sapeva ancora dove. Noi pensavamo che fossero stati trasferiti in un istituto di carità. Quando però l'8 novembre 1940 fu portato via il secondo gruppo di donne, e poco tempo dopo la loro biancheria ed i loro vestiti furono rispediti all'ospedale, ci insospettimmo: gli indumenti erano in uno stato indescrivibile, L'impressione che facevano era che fossero stati stracciati dal corpo dei malati. Il terzo trasporto di ammalate avvenne il 9 dicembre del 1940. Per le infermiere era particolarmente difficile spedire, ad una morte sicura, malati che venivano curati da anni, come se fossero animali da mandare al macello. Il personale che accompagnava i malati in questo viaggio sulle corriere faceva parte di una società berlinese di trasporto per l'utilità pubblica, erano persone rudi, sgradevoli, sia uomini che donne. Caricavano i malati, molto in fretta, senza un minimo di attenzione, sulle macchine, ed in alcuni casi legavano con catene.*

*Avevo l'impressione che fossero membri delle SS camuffati. Le corriere non arrivavano mai all'entrata principale dell'ospedale. Arrivano quasi col buio, prelevavano i malati alla mattina presto nel cortile interno della cosiddetta casa di campagna e ripartivano ancora prima dell'alba. A poco a poco i malati si accorgevano di quanto stava succedendo, avevano terribilmente paura, piangevano ed in parte urlavano. I malati venivano scelti secondo delle liste che si trovavano nell'ufficio del direttore. Alcuni malati avevano intuito la loro futura sorte. Una malata che stava per essere trasferita dal reparto F3 alla casa di campagna, casa da dove partivano i trasporti, diceva ripetutamente: «Adesso so cosa mi attende». Questa malata desiderò, ed ottenne, pri-*

*ma di essere trasportata, una frittata come ultimo saluto, e si confessò piangendo dolorosamente. Dopo qualche tempo la sorella della malata ricevette la notizia che la paziente era morta di dissenteria.*

In questo modo furono trasferiti 633 pazienti dall'ospedale ai manicomi di sterminio di Hadamar nell'Assia, Grapenceck nel Baden-Wurtemberg e Hartheim vicino a Linz, dove vennero uccisi.

Poi crebbe l'agitazione tra il personale, suore e infermieri cercavano di convincere i familiari dei pazienti di riprenderseli a casa, cosa che in effetti in alcuni casi successe.

I familiari ricevettero la seguente lettera: «Con questa la informo che suo figlio in base al piano di pianificazione economica e delle misure di sgombrò è stato trasferito in un altro ospizio. Non sappiamo in quale. L'ordine di trasferimento è partito da uffici superiori secondo la direttiva del Commissario di difesa del Reich. Il nostro ospedale non ha nessuna possibilità di influire sulla decisione del trasferimento, o no, dei pazienti. Lei sarà informata, in tempo stabilito, dal nuovo ospizio sullo stato di salute di suo figlio».

Numerosi familiari, profondamente preoccupati e che intuivano il vero scopo del trasferimento, scrissero al direttore dell'ospedale. Così una madre:

*Oggi ricevetti una sua lettera proprio quando avevo finito di prepararmi per prendere il treno di mezzogiorno per venire a trovare la mia amata figliuola all'ospedale. Ero paralizzata dallo spavento leggendo la lettera, una cosa del genere è veramente terribile per una madre. Se avessi saputo che fosse possibile un nuovo trasferimento della mia ragazza, certamente avrei insistito per riportarmela a casa, e certamente il lavoro non sarebbe stato troppo. Lei mi informa di non sapere dove è stata trasferita. Ma lei sicuramente non permetterà il trasferimento senza essere a conoscenza di dove andrà, quindi esigo di sapere dove si trova mia figlia. All'inizio del ricovero di mia figlia stavo malissimo perché molte persone mi facevano girare la testa con bruttissime parole. Da quando ho iniziato a venire a trovare regolarmente la mia amata figlia Elisabeth, ho creduto che la mia preoccupazione iniziale fosse ingiustificata, che non era così come diceva la gente. Fino ad oggi ho pensato che la ragazza fosse da lei in buone mani. Le chiedo sotto la mia responsabilità di riprendere la ragazza nel suo ospedale, la verrò a trovare. È impossibile per me informare i miei familiari su quanto successo, tutti mi salteranno addosso accusandomi che non è possibile che come madre non sappia dove si trova mia figlia. Non posso far niente, come prima cosa devo sapere dove si trova la mia ragazza. Come già detto mi sembra impossibile che lei possa trasferire una ragazza senza prima aver chiesto ai genitori. Se succedesse qualcosa alla ragazza, siamo in grado di pagare il funerale, io ho sempre paura perché la ragazza è così debole.*

Questa lettera rimase senza risposta.

Nell'agosto del 1941 i trasporti furono sospesi, e finì in tutto il territorio del Reich il programma di eutanasia. Al posto di questo iniziò una fase che venne chiamata dell'«eutanasia selvaggia». Il direttore di un ospedale psichiatrico della Baviera, confessò nel 1948 quanto segue:

*Nel novembre del 1942 tutti i direttori degli ospedali psichiatrici bavaresi vennero urgentemente citati nel ministero degli Interni, reparto della Salute, a Monaco, tramite una lettera altamente segreta. La seduta venne subito dichiarata sotto segreto di Stato, i direttori dovettero giustificarsi per il numero di morti negli ospedali, che sia per la sottoalimentazione sia per la tubercolosi erano notevolmente aumentati. Ciò nonostante venne spiegato dal presidente che erano ancora troppo poche le persone che decedevano, e che non sarebbe stato più necessario curare le malattie che insorgevano. Quindi prese la parola il direttore di Kaufbeuren che espose il proprio modo di agire. All'inizio lui sarebbe stato contrario all'eutanasia poi, osservando le cifre ufficiali, la rimpianse. Nel suo ospedale lui interveniva nel modo seguente: a tutti quei pazienti che prima sarebbero rientrati nell'azione-eutanasia veniva somministrata una dieta assolutamente priva di grassi, richiama chiaramente l'attenzione sull'«assolutamente priva di grassi». Entro tre mesi i malati morivano a causa dell'edema da fame. Lui consigliò, come necessità impellente, a tutti gli ospedali, questo modo di procedere. Il presidente ordinò che da quello stesso momento questa cosiddetta dieta della fame fosse attuata immediatamente in tutti gli ospedali; non sarebbe seguito nessun ordine scritto ma sarebbe stato controllato che questo ordine fosse effettivamente eseguito.*

Dopo questo incontro al ministero i direttori degli ospedali psichiatrici selezionavano i pazienti che dovevano essere sottoposti alla dieta, chiamata "E", l'attuazione della stessa veniva controllata dall'amministrazione. A questo proposito un infermiere riferì:

*Per quanto riguarda la dieta nell'ospedale sono in grado di citare il seguente caso, che mi fu raccontato da una lavoratrice della cucina: un giorno in cucina c'erano due pentoloni di brodo di carne, un'infermiera pregò l'ispettore amministrativo di poter dare il brodo ai malati a regime ristretto perché questi per la fame cominciavano ad aggredirsi a vicenda.*

*Lui iniziò a bestemmiare e a strillare, e urlando disse che avrebbe preferito buttare via il brodo piuttosto che darlo a quei malati.*

Il sacerdote dell'ospedale riferì: «Il carattere cinico del responsabile vorrei poterlo illustrare con il seguente esempio: i pazienti sottoposti alla dieta "E", che per mesi interi non ricevevano carne, proprio il mercoledì delle ceneri e il venerdì santo potevano mangiarla».

Infermieri e suore riferirono di aver cercato di nascosto di dare da mangiare a quei malati, così come avevano consigliato ai familiari di mandare dei pacchi con degli alimenti. Cose queste che, secondo dichiarazioni del personale infermieristico di fronte all'autorità istruttoria dopo la fine della guerra, erano assolutamente proibite. Questa dieta "E", che venne attuata fino alla fine della guerra, moltiplicò la mortalità nell'ospedale. L'autorità istruttoria non riuscì a stabilire con precisione quanti pazienti morirono a causa della dieta della fame o delle conseguenze provocate dalla stessa. Dai rapporti annuali sappiamo che negli anni 1943-1944 e 1945 morirono in totale 1808 pazienti solo a Kaufbeuren. I posti letto che si liberavano tramite la morte dei pazienti venivano subito occupati da malati di altri ospedali psichiatrici, ospedali che erano stati sgombrati al fine di poterli utilizzare per altri scopi.

Venivano anche ricoverate donne (le cosiddette lavoratrici dell'Est) che presumibilmente si erano ammalate psichicamente nel lager: donne che venivano dalla Russia, dalla Polonia, dai Paesi Baltici.

Nel 1944 venne introdotta una nuova forma di eutanasia. Un'infermiera riferì:

*Circa a metà aprile fui mandata, direttamente dal capo del personale del Tiergartenstrasse 4 – Strada del giardino zoologico numero 4 – a Berlino, dove si trovava la Fondazione di utilità pubblica per l'assistenza agli ospedali psichiatrici, all'ospedale di Kaufbeuren con il compito preciso di eutanasiare i malati di mente. A Kaufbeuren mi presentai al direttore, il quale aveva specificatamente fatto richiesta a Berlino di infermieri che fossero in grado di attuare l'eutanasia, come lui stesso mi spiegava. Lui mi spiegò che nell'ospedale c'erano molti malati cronici e infettivi, e che il mio compito sarebbe stato quello di somministrare a questi pazienti, sotto la sua guida, dei farmaci. Mi era chiaro che l'unico scopo era quello di uccidere i soprannominati pazienti. Ricevevo il compito di svolgere l'eutanasia dal direttore durante la visita o dall'ufficio dell'ispettore dell'amministrazione. Quando mi viene rinfacciata l'uccisione di 254 persone, dichiarerei volentieri a questo proposito che la cifra di 254 mi sorprende ma, visto che non sono fornita di annotazioni personali, non voglio e non posso contestare. Gli ammalati ricevettero Luminal o Veronal, alcuni anche Trional in pastiglie, così come Luminal e Morphium Scopolamin in sciroppo. Se la somministrazione di Luminal o Veronal non produceva l'effetto desiderato veniva utilizzato il Morphium Scopolamin. Il mio compito era di somministrare i medicinali, così come il modo e la quantità, ai malati che il medico aveva ritenuto di inserire nella lista dei pazienti da sottoporre a eutanasia. Il medico che seguiva il percorso della morte molto spesso mi chiedeva che cosa avessi somministrato. Il direttore invece non se ne occupava. Iniziavo abitualmente con la somministrazione di*

*2 pastiglie al giorno di Luminal 0,3 aumentando, secondo il percorso, la dose. La conseguenza della somministrazione di questi farmaci era un sonno profondo e pesante, dal quale non si risvegliavano. Ogni tanto la morte sopraggiungeva molto velocemente, già nel primo giorno, di solito però nel secondo o nel terzo. I medicinali necessari per l'eutanasia li ricevevo dal direttore: o me li consegnava personalmente o me li mandava o li ritiravo dall'ufficio dell'ispettore amministrativo.*

Dai protocolli d'interrogatorio del personale infermieristico risulta che l'intero personale infermieristico era a conoscenza di questi fatti, nonostante il tentativo del direttore di isolare i due reparti speciali (adibiti all'eutanasia) dal resto della clinica. Certi infermieri riferirono che alcuni pazienti venivano tenuti nascosti al direttore, durante la visita, per paura che potessero essere inseriti "nella lista".

Nell'interrogatorio venne chiesto al direttore quali erano le motivazioni che lo spingevano ad agire in quel modo. Lui si riferì a una sua dichiarazione scritta:

*Sono da circa 43 anni un funzionario dello Stato; come funzionario statale sono stato educato a rispettare ed eseguire qualsiasi ordine e legge, quindi anche il decreto relativo all'eutanasia che era da considerare come una legge. Prima che l'eutanasia venisse eseguita, ogni singolo caso veniva esaminato in modo scrupoloso e coscienzioso e ci si basava sulla valutazione di medici specialisti. A questo punto aggiungo chiarendo che io, così come quasi tutti i direttori di ospedali psichiatrici tedeschi, non avevo niente a che fare con la prima attuazione del decreto. Io agii sempre in buona fede secondo le norme umanitarie e nella più assoluta convinzione di agire fedele al proprio dovere attuando i presupposti giuridici e legali.*

Un infermiere che lavorava nel reparto dei bambini riferì: «Io avevo compassione dei malati, non mi è mai stato chiesto se volevo o no, dovevo solamente eseguire le istruzioni dei medici. Mi sentivo obbligato di fronte al mio rango di servizio. Se mi viene rimproverato che, in base al mio giuramento di servizio, fossi sì obbligato a mantenere i segreti ma non all'attuazione di omicidi, ribatto che una persona in fin dei conti lo doveva fare e il medico mi aveva indicato come la persona "chiamata". Il medico aveva in me una corrispondente fiducia».

Tra il direttore di Kaufbeuren e il suo collega dell'ospedale dell'Haar (Monaco) esisteva un contatto sufficientemente stretto. Si consultavano su quali pazienti dovevano essere sottoposti all'eutanasia, quali dovevano essere esclusi e sul modo di procedere.

Il direttore dell'ospedale del Haar durante il suo interrogatorio spiegò:

*La nostra opinione riguardante l'eutanasia è che fosse un procedimento esclusivamente per quei malati di mente per i quali un miglioramen-*

*to era da escludere, cioè schizofrenici gravissimi, gravi casi di idiozia e psicosi organiche difettose senza speranza. Quindi quei casi che giacevano come casi senza speranza, nel reparto degli infermi cronici, che non potevano, in nessun modo, provvedere a se stessi e che erano bisognosi sia di continue cure specialistiche sia di un reparto chiuso. Noi psichiatri chiamiamo questi pazienti asociali.*

Il paziente L. aveva 13 anni quando, nel 1942, fu ricoverato a Kaufbeuren. Il ragazzo, venne trasferito da un istituto di rieducazione, nel quale erano subentrate difficoltà. A causa di queste fu richiesta una perizia psichiatrica, che ebbe come conseguenza il trasferimento di L. a Kaufbeuren. Nella cartella clinica così come nella perizia non esistono tracce di informazione biografiche, manca completamente l'anamnesi. Dalla perizia emergono le seguenti informazioni sul ragazzo:

*L. possiede capacità medie, non si lava ed è disordinato, gli manca quasi totalmente il senso dell'igiene sia per quanto riguarda il corpo sia per gli abiti: la sua ossessione a rubare sembra patologica, porta via, senza riflettere e senza un motivo, tutto quello che vede. Sue caratteristiche tipiche sono la chiusura e la falsità. Ammette i suoi errori solo dopo essere stato confrontato molto direttamente. In un interrogatorio sono stati osservati soprattutto il suo portamento non eretto e il suo sguardo sempre in agguato. A lui non manca la buona volontà. Dopo ogni guaio lui promette di migliorare, ma la sua buona volontà è troppo debole nei confronti della forza delle sue inclinazioni negative. Tramite il racconto di cose oscene mette in pericolo i ragazzi del suo gruppo. Il lavoro manuale riesce a svolgerlo bene solo se viene osservato, appena ci si gira abbandona il lavoro e inizia a fare delle scemenze. Questo giovane senza controllo è un pericolo per tutti e per questo deve essere rinchiuso. Non è possibile sopportarlo in un normale istituto, perché tutto l'ordinato lavoro di educazione di un intero gruppo soffre della presenza di un ragazzo anormale e asociale, per il quale non ci sono possibilità di un successo educativo.*

Dai rapporti della cartella clinica:

10.6.1943 «È un ragazzo vivace, scaltro, pieno di piccole malvagità e cattiverie, se si cerca di prendere il sopravvento su di lui è arrogante e monello. È incline alla scontentezza e alla ribellione. Ha bisogno di un trattamento energico, ritiene la bontà debolezza».

25.7.1943: «Facilmente irritabile, collabora con gli infermieri svolgendo piccole commissioni ma non in modo costante. A volte è vivace, altre irritato e scontroso, ha un'essenza irrequieta, ruba tutto quello che vede, spia le piccole debolezze che lo circondano, difficile da trattare».

9.12.1943: «Il tentativo intrapreso poco tempo fa di farlo lavorare fallisce. L. rubava tutto quello che poteva, particolarmente le chiavi; riuscito a entrare nella dispensa delle mele le ha spartite con gli altri pazienti. Bugiardo,

ladresco, brutale. Per la sua evidente tendenza antisociale non può più essere inserito nel gruppo di lavoro della casa».

9.8.1944: «È fallito un nuovo tentativo di lavoro. L. ha iniziato a rubare, si nascondeva, creava difficoltà, fa delle scemenze».

9.8.1944: «Exitus: eutanatizzato (sottoposto ad eutanasia)».

Questo tipo di cartelle cliniche non rappresenta, per quell'epoca, qualcosa di raro.

Due sono le cose che in questa cartella colpiscono: la totale rinuncia a descrivere la problematica del paziente in linguaggio scientifico e psichiatrico. Staccato da ogni tentativo di capire la problematica del ragazzo in modo dinamico – sia dalla sua storia sia dai suoi contatti sociali – il suo comportamento viene giudicato brutalmente. Secondariamente si cercano invano frasi di commiserazione e di compassione, le quali erano presubilmente le motrici dei responsabili dell'eutanasia. Come si può scrivere cartelle cliniche del genere?

C'era davvero questo atteggiamento di disprezzo nei confronti dei pazienti che l'azione eutanasia produceva, o non c'era forse il contrario, il fatto cioè che i pazienti dovevano essere trasformati in esseri non degni di vita, in modo da poterli uccidere? Il leggere molte di quelle cartelle cliniche ha completamente eliminato la mia idea che i responsabili dell'azione eutanasia fossero persone tratte in inganno "che agivano" con una motivazione, anche se per noi incomprensibile, che avremmo potuto chiamare "morale". Con ciò sono arrivato alle conclusioni. La cosiddetta azione eutanasia non ha nulla a che fare con il nostro concetto di eutanasia. Non si trattava di sollevare, di compassione o di pietà, tantomeno si trattava di una "bella morte", bensì di una morte che non poteva essere più orrenda e inumana. Si trattava esclusivamente dell'eliminazione e dell'assassinio di persone bisognose di aiuto, che non rientravano però in quell'immagine perversa dell'uomo elaborato dalla cultura nazista.

Ora è giunto il momento di svelare questi avvenimenti senza abbellirli, cosa che in effetti sta avvenendo in modo crescente negli ultimi anni. È ora che questa orrenda eredità non venga rimossa dalla psichiatria ma respinta in modo da creare un taglio chiaro. Quando parliamo pubblicamente di questo tema, con i cittadini della nostra provincia, non riscontriamo mai rifiuto bensì sospiri di sollievo e comprensione. In questo modo vengono anche smantellati paure e atteggiamenti negativi nei confronti dei malati psichici.

Solo se rendiamo pubblico e condanniamo chiaramente quanto allora è successo possiamo essere in grado di costruire una psichiatria nuova, umana e democratica.

# L'Istituto psichiatrico e i suoi pazienti nel periodo bellico.

## Il caso del *Poljanski nasip* di Lubiana

Joze Darovec, Lev Milcinski, Ladi Skerbinek\*

Ogni tanto si legge che l'atteggiamento reale (e non solamente la posizione dichiarata) dello Stato verso gli affetti da infermità mentale misura in modo sufficientemente attendibile il fatto che una cultura ponga o meno i comportamenti umanitari all'apice della scala dei valori. Gli episodi qui descritti risalgono al tempo in cui in una parte del nostro Paese vigeva il proclama hitleriano «trasformatemi questa in una popolazione germanica», mentre nell'altra si prospettava la soluzione "eritrea" di Vidussoni: uccidere tutti gli Sloveni. Una minaccia particolare sugli infermi di mente: il cosiddetto "programma nazietnico".

### Introduzione

Chi negli ultimi cinquant'anni è stato a stretto contatto con ambienti psichiatrici ha potuto conoscere, in modo quasi esemplare, tre diverse forme di gestione dei malati di mente che si distaccano chiaramente dalla funzione primaria di questo ramo medico, ovvero dalla «prassi e teoria della cura delle persone colpite da infermità mentale». In tutte e tre queste forme l'istituto di cura svolge un ruolo importante, confermatogli dal sistema sociale di volta in volta in vigore. Citerò in breve i primi due modelli, già sufficientemente noti.

1. L'istituto psichiatrico è inteso quale deposito delle persone incapaci di successo in campo sociale e deboli sul piano della salute, le quali a motivo della loro grave infermità mentale o di un comportamento antisociale gravano in modo significativo sulla società. La loro concentrazione negli istituti è un provvedimento idoneo, poiché libera quest'ultima dai contatti con tali singoli e, nei periodi di crisi, rende possibile la loro liquidazione in modo efficiente e definitivo. Un esempio di ciò è il «programma di eutanasia» del regime nazista tedesco negli anni 1939-1941.

2. L'istituto psichiatrico è qui un apparato sottomesso allo Stato che, tra l'altro, ha cura che l'ideologia politica imposta in modo autoritario sia tutelata di fronte all'infiltrazione di idee differenti, che potrebbero contaminare

---

\* Della Clinica psichiatrica universitaria di Lubiana.

l'ideologia ufficiale. I portatori di idee eretiche – i “dissidenti” – vengono mandati direttamente, senza passare per le case di pena, per un periodo indeterminato in un istituto psichiatrico di tipo chiuso, ove ci si prende la briga di formulare una diagnosi, molto spesso *ad hoc*, che definisce la non concordanza del dissidente con il “sistema” un preciso sintomo psicopatologico. Un esempio: i dissidenti in Unione Sovietica sino a circa due anni fa. Il terzo modello verrà descritto in base all'esempio concreto dell'Ospedale per malati di mente (oggi Clinica psichiatrica universitaria) di Lubiana, così come si è sviluppato nel periodo dell'ultimo conflitto (1941-1945).

### Presentazione dell'istituto

L'ospedale è un'istituzione psichiatrica di ricovero con una storia più che centenaria. Presso l'ospedale civico di Lubiana dal 1821 in poi operò quale piccolo reparto specializzato un “ricovero per pazzi” che in breve tempo divenne troppo ristretto per le esigenze di allora. Neppure le varie iniziative degli anni successivi riuscirono a risolvere il problema. L'idea di un istituto specifico, costruito *ex novo*, ebbe una lunga gestazione. Appena nel 1878 furono costruiti a cinque chilometri dal centro abitato (significativo!), su un terreno, comunque ameno, che prima aveva ospitato il giardino zoologico di un conte, due padiglioni “per i matti”. Erano a un piano e, come si conviene, ospitavano separatamente uomini e donne. I padiglioni si componevano, secondo il modello degli istituti tedeschi e austriaci del tempo, di un sistema di celle in cui venivano principalmente rinchiusi i malati irrequieti (i “furiosi”). Per questo le costruzioni furono contrassegnate a lungo dal soprannome *Tobhaus* (casa dei furiosi) anche se al loro interno alloggiavano per lo più pazienti assolutamente calmi. Questa introduzione intende far capire lo spirito con cui sorgevano in quegli anni, e non solamente da noi, gli istituti psichiatrici. La “casa dei pazzi” andò comunque ampliandosi in maniera relativamente veloce e raggiunse ben presto la capienza di 200 posti letto. Nel 1920 venne assegnata all'istituto – che nel frattempo aveva cambiato denominazione, da “casa dei pazzi” a ospedale per i malati di mente *Studeneč*<sup>1</sup> – in qualità di sede dislocata, la vecchia “officina forzata” dell'ospedale generale di Lubiana.

Questa parte dell'istituto, denominata *Poljanski nasip*, grazie alla sua ubicazione<sup>2</sup> assunse il ruolo di reparto di accettazione.

In breve, mediante ulteriori costruzioni il reparto *Studeneč* venne ampliato. Assieme al *Poljanski nasip* costituiva, negli anni prima dello scoppio della Seconda guerra mondiale, un ospedale psichiatrico di 870 posti letto. Si trattava in ogni caso di un ente “classico”, orientato al trattamento delle psicosi. In questo ambito il livello professionale dell'ospedale, pur con i

1 - Sobborgo di Lubiana toponimo («studeneč» significa «sorgente»).

2 - Letteralmente «argine di Poije», sobborgo di Lubiana.

suoi problemi di capienza, era vicino a quello di consimili istituti mitteleuropei. Il merito di ciò va attribuito agli psichiatri che lo dirigevano, specializzati presso cliniche tedesche e austriache e il cui *curriculum* vantava periodi di soggiorno in vari altri istituti psichiatrici europei. Possiamo affermare che l'introduzione della psichiatria di Kraepelin<sup>3</sup> si deve a loro, mentre mantenevano un atteggiamento scettico verso la psicoanalisi, la cui influenza in pratica da noi non si fece sentire. Il servizio infermieristico era assicurato nell'istituto con disciplina e grande abnegazione dalle suore della misericordia, alle cui dipendenze lavorava un personale maschile e femminile la cui istruzione aveva caratteristiche di apprendistato. Farmaci efficaci quali conosciamo dal 1953 non esistevano. La paralisi progressiva veniva curata con il Salvarsan<sup>4</sup> e la Malarina, mentre le psicosi endogene venivano trattate con la cardiazolterapia e l'insulinoshockterapia.

### **L'occupazione e la sua eco sulla psichiatria slovena**

Così stavano le cose al 6 aprile 1941, data in cui la Germania nazista attaccò la Jugoslavia, dando inizio all'occupazione tedesca e italiana. Lubiana fu occupata dall'esercito italiano e le fu imposto un regime che rimase in vigore sino al 9 settembre 1943. I gruppi di resistenza organizzati nell'ambito del Fronte di liberazione iniziarono le loro azioni immediatamente dopo la presa di Lubiana. Ciò dimostrò all'occupante quanto fosse infondato far conto su un atteggiamento di rassegnazione da parte della popolazione. Il senso di insicurezza e la costante minaccia che gravavano sulle forze d'occupazione andarono costantemente aumentando sino alla decisione finale del comando della Seconda armata, nel gennaio del 1942, di circondare la città con 69 bunker e un reticolo elettrificato: una fascia di contenimento lunga 41 chilometri.

Gli storici definiscono correttamente Lubiana il più esteso campo di concentramento dell'Europa del 1942.

Gli italiani intendevano tutelarsi in tal modo di fronte alla resistenza coordinata della popolazione all'interno e dagli attacchi dei partigiani provenienti dall'esterno. A questo provvedimento fece seguito il proclama dell'alto commissario Emilio Grazioli del 23 febbraio 1942, che proibiva alla popolazione di lasciare la città e di prelevarne qualsiasi tipo di materiale.

All'interno di questo "campo di concentramento" furono pianificate delle zone nelle quali venivano sistematicamente effettuati rastrellamenti della popolazione secondo l'ordine del generale: «Tutti gli uomini sani dai 20 ai 30 anni devono venir arrestati». Nonostante questi provvedimenti, le

---

3 - Emil Kraepelin, nouropsichiatra (Neustrelitz 1856 - Monaco 1926), considerato il massimo esponente dell'indirizzo clinico-nosografico descrittivo. Fondamentali le sue concezioni sulla psicosi maniaco-depressiva.

4 - Preparato della classe degli arseno-benzoli largamente usato dal 1909 nella cura delle malattie veneree.

deportazioni in campi di internamento e altre rappresaglie, tra le quali la fucilazione di ostaggi, non fu possibile arginare le azioni partigiane. Le sconfitte dell'esercito italiano sui vari fronti e la sua riconosciuta impotenza contro i partigiani impedirono l'attuazione del progetto di trasferimento forzato della popolazione slovena.

Il generale Gastone Gambaro fu richiamato il 5 settembre 1943, mentre l'8 dello stesso mese avvenne la capitolazione dell'Italia. Dopo un breve periodo di non-governo, Lubiana venne occupata dall'esercito tedesco, che instaurò un regime ben più severo del precedente.

Nel momento in cui le autorità italiane avevano iniziato a perseguire a Lubiana le persone sospette, anche l'ospedale psichiatrico aveva ricevuto un neuropsichiatra militare proveniente dalla riserva con funzioni di controllo.

Questi comunque si era limitato a svolgere mansioni di medico, senza creare difficoltà. I pazienti-carcerati che venivano trasferiti dal medico della polizia o da quello della "sezione carceraria" dell'ospedale generale al reparto psichiatrico venivano controllati sia dall'esercito sia dalla polizia.

Nei rastrellamenti che venivano effettuati senza preavviso in tutta la città più volte avevano fatto irruzione nell'ospedale gruppi di soldati accompagnati da un confidente camuffato che avrebbe dovuto indicare tra i pazienti gli appartenenti alla Resistenza che qui si nascondevano.

Con l'occupazione tedesca di Lubiana in entrambi gli edifici Poljanski nasip e Studenec iniziarono, per richiesta delle autorità, gravi restrizioni dello spazio destinato ai degenti e il trasferimento degli stessi in altri locali, non adatti a uso ospedaliero, cosa che, insieme a un'alimentazione insufficiente, determinò un peggioramento significativo delle condizioni sanitarie degli istituti. Su richiesta delle autorità tedesche tutti i pazienti dello Studenec furono stipati in uno dei padiglioni più vecchi. Se nel periodo prebellico lo standard era stato di 56 letti, ora vi si affollavano 120 pazienti. Un certo numero di essi venne installato nelle suddette istituzioni di ricovero. Poco dopo, all'inizio del 1944, le autorità d'occupazione decisero che l'edificio dell'ospedale psichiatrico di Lubiana – il Poljanski nasip – doveva essere requisito e trasformato in carcere di polizia. In due giorni si dovettero trasferire i pazienti e tutto l'inventario in quelle che sino ad allora erano state le carceri della vecchia caserma di Sentvid, assolutamente inadatta anche dal punto di vista igienico al nuovo ruolo assegnatole.

La cura degli infermi di mente, come valeva per tutta la popolazione, si basava sulle tessere annonarie. I pazienti non avevano diritto a particolari benefici, ma delle integrazioni venivano somministrate a determinati pazienti, cui un compiacente fisiatra, sulla base di lastre assolutamente false, aveva diagnosticato la tubercolosi polmonare.

Chiaramente le autorità di occupazione non avevano intenzione di elevare il livello di tutela sanitaria e generale delle popolazioni sottoposte al loro regime, e tanto meno quello dei «gusci umani e dei "mangiatori privi di uti-

lità»», come venivano da esse considerati gli affetti da infermità mentale. Il regime alimentare e di degenza cui dovevano sottostare i malati mentali era in sostanza l'«eutanasia dissimulata» di cui, descrivendo episodi analoghi avvenuti in Francia, ha scritto Soubiran. Il fatto che questo sistema raggiungesse il fine che si era proposto è ben dimostrato dai grafici delle accettazioni, dei congedi e dei decessi dei pazienti dell'ospedale psichiatrico di Lubiana negli anni in questione.

Un commento. Prima del 1941 si riscontra un numero abbastanza costante di accettazioni e dimissioni con una percentuale relativamente alta, ma costante, di decessi. I ricoveri nel periodo precedente la guerra superano costantemente le dimissioni, il che portò nel lungo periodo al sovraffollamento dell'istituto con conseguente richiesta di ampliamento. Con l'inizio della guerra i ricoveri diminuiscono drasticamente, fondamentalmente grazie al fatto che la parte settentrionale della Slovenia è occupata dai tedeschi e i malati di mente vengono inviati negli istituti di Graz e Klagenfurt.

È comunque interessante – in funzione di ciò che verrà poi accertato sul ruolo di asilo svolto dal reparto psichiatrico – anche il fatto che la struttura diagnostica dei pazienti sia mutata. Nel periodo ancora di pace che va dal 5 marzo al 2 aprile 1941 vengono accettati 42 pazienti, di cui 26 (il 62%) psicotici a livello endogeno e solamente 3 (7,1%) con turbe dell'area psicosociale (neurosi, reazioni psico-geniche, disturbi della personalità ecc.). Il mese successivo il rapporto tra le due categorie cambia. Su 37 ricoveri è di 15 (40,5%), mentre dal 6 aprile al 5 maggio 1944 su 29 ricoverati il rapporto diventa di 9 (33,3%) e 11 (40,7%).

Vi sono almeno due spiegazioni possibili per questo fenomeno. Da un lato i fattori esogeni in tempo di guerra acquistano un peso maggiore, dall'altro nell'imbarazzo diagnostico è più facile motivare e dimostrare un disturbo neurotico che uno psicotico.

Nonostante la diminuzione del numero di ricoveri aumenta il numero dei decessi tra i pazienti, specie a causa della tubercolosi polmonare. Ancora dopo la liberazione questa rappresenterà la principale causa di morte tra i pazienti. Così nel 1945 su 700 posti letto occupati muoiono 429 pazienti, mentre nel 1959 su 712 il numero dei decessi scenderà a 33 casi. Dopodiché la mortalità tra i pazienti psichiatrici dell'istituto di Lubiana scende ancora in maniera marcata e il numero si stabilizza, nonostante l'enorme aumento dei ricoveri, a circa la metà dei casi del periodo prebellico. Probabilmente ciò è dovuto ai successi nella lotta alla tubercolosi e al miglioramento generale dell'alimentazione.

Le condizioni abitative dell'istituto migliorano in maniera effettiva solo nel 1953 e più tardi ancora, quando verranno istituiti nuovi istituti psichiatrici in Slovenia e i posti letto in psichiatria torneranno al livello dell'anteguerra.

Durante il conflitto la dotazione di posti letto in questo settore, a causa dei molteplici violenti interventi dell'occupante (tra i quali la liquidazione

completa dell'ospedale psichiatrico di Novo Celje) fu quasi dimezzata: da 1370 a 700. Negli anni successivi, d'altra parte, il numero delle dimissioni si avvicina molto a quello dei ricoveri per merito della rivoluzione degli psicofarmaci, avvenuta dopo il 1953, anche se il fenomeno delle "porte girevoli" è frequente: a brevi remissioni seguono molte recidive.

### **Il movimento di resistenza nell'ospedale**

È documentato che più del 70% degli occupanti presso la sezione dell'ospedale psichiatrico Studenec, che si trovava al di fuori del perimetro recintato attorno al "campo di concentramento" di Lubiana, collaborava più o meno attivamente con il Fronte di liberazione e tale percentuale dovrebbe valere anche per il Poljanski nasip. In una simile atmosfera nello Studenec si erano riusciti ad organizzare aiuti ai partigiani feriti e malati, tanto più considerato che le azioni partigiane si svolgevano a volte nelle immediate vicinanze dell'ospedale.

Nell'obitorio veniva nascosto a volte dell'esplosivo. Attraverso lo Studenec venivano inviati ai partigiani materiale sanitario e di altro genere, in parte proveniente dalle riserve dell'istituto e in parte da altre fonti. Per il trasferimento dei clandestini, oltre il blocco militare sito nelle vicinanze dello Studenec, veniva usato il mezzo di trasporto dell'ospedale stesso. Il clandestino riceveva opportune istruzioni in modo da comportarsi come un vero pazzo in presenza delle guardie.

Il reparto Poljanski nasip, che svolgeva il ruolo di accettazione per tutto l'ospedale, aveva la possibilità di offrire asilo agli attivisti del movimento di resistenza ricoverandoli con diverse diagnosi, in modo da sottrarli all'arresto e all'istruttoria, che avrebbero potuto finire fatalmente. I detenuti inviati dalle carceri di polizia e da quelle militari in stato di depressione psichica venivano curati, anche se ciò non era realmente necessario, per interi mesi e molti di essi attesero in tale veste il giorno della capitolazione dell'Italia se non addirittura la liberazione. Se scorriamo le cartelle cliniche del periodo tra il 6 aprile 1941 e il 9 maggio 1945, possiamo suddividere le storie dei pazienti che si trovarono tra le mura dell'istituto nelle seguenti categorie:

1. i malati che avrebbero richiesto cure anche in periodo di pace in questo istituto "classico": le diagnosi cioè di schizofrenia, psicosi maniaco-depressiva, stati epilettici, paralisi progressiva, demenza senile, delirium tremens ed affini. Questi vanno tenuti distinti dai casi tipici del tempo di guerra;
2. coloro che in precedenza si trovavano in stato di infermità mentale ma che vivevano in casa in maniera relativamente tranquilla. Su questi le vicende belliche scatenarono irrequietezza, rendendoli bisognosi di calma e della tutela nell'ambito dell'istituto, anche per non essere fatti oggetto di qualche procedimento da parte delle autorità di occupazione;

3. i malati di mente che per errore erano caduti negli ingranaggi polizieschi dell'occupante ed erano stati fatti oggetto del procedimento riservato ai sospetti;

4. gli individui con disturbi del carattere sottoposti all'osservazione della polizia senza specifici aggravi politici;

5. i sospetti di natura politica oppure sottoposti a istruttoria che durante la carcerazione preventiva reagivano in maniera psicogena o psicotica;

6. le varie categorie di coloro che la guerra aveva traumatizzato nella psiche. Il quadro clinico qui è variegato e presenta pressioni e contusioni psichiche molto diverse le une dalle altre, fenomeni tutti verificatisi fin dall'inizio del conflitto:

6.1 soggetti all'obbligo militare cui la sola chiamata distruggeva l'equilibrio psichico,

6.2 i "deportati", ovvero coloro che, per ordine dell'occupante, avrebbero dovuto trasferirsi dalla Slovenia nelle regioni meridionali della Jugoslavia,

6.3 coloro che avevano subito traumi psichici in occasione di azioni aggressive dei tedeschi o dei partigiani,

6.4 gli internati e i prigionieri che tornavano a casa dall'Italia in condizioni di grave disturbo e sofferenza mentale per cause ignote,

6.5 coloro che erano stati traumatizzati dalla perdita di una persona cara,

6.6 chi in presenza di una doppia autorità (quella d'occupazione e "domobranci" da un lato e i partigiani dall'altro) manifestavano sintomi di sdoppiamento e insicurezza;

7. i carcerati politici che fingevano una malattia mentale oppure trovavano, in presenza di lievi sintomi, la possibilità di realizzare un «guadagno di malattia» in una determinata situazione;

8. i collaborazionisti "domobranci" coinvolti in procedimenti penali presso il proprio comando;

9. gli "jurisanti". Venivano così definiti nel periodo immediatamente successivo al conflitto coloro che, urlando forsennatamente, si erano lanciati all'attacco delle linee nemiche<sup>5</sup> ed ora, usciti dal ruolo di partigiani in cui si erano totalmente identificati, affrontavano con incertezza le difficoltà della nuova situazione.

## Discussione

Forse l'impressione lasciata da questo elenco di casi umani, ricostruito sulla base del racconto degli interessati e quello dei medici che hanno tentato di ricondurre tali storie in un quadro psichiatrico, può dare un'immagine della vita dell'ospedale psichiatrico di Lubiana più reale di quella che risulterebbe da un'analisi astratta degli stessi casi del tempo di guerra.

5 - «Na juris!» significa «all'attacco!».

Percepriamo la metamorfosi vissuta dall'istituto psichiatrico nell'atmosfera di minaccia generale dello Stato in cui essa si verificò. Alla maggioranza degli abitanti della Slovenia e dei dipendenti dell'istituto diviene infatti presto evidente che i conquistatori non erano venuti a portare e trasmettere un livello più alto di sviluppo civile e culturale bensì la celata intenzione di liquidare la popolazione che viveva nel territorio.

Dal diario del conte Ciano, 5 gennaio 1942, colloquio con il Segretario generale del partito fascista Aldo Vidussoni: «Ho accolto Vidussoni... Egli mi ha spiegato i suoi propositi sanguinari in merito agli Sloveni. Ha intenzione di ucciderli tutti. Ho attirato la sua attenzione sul fatto che ne esiste un milione. "Questo non significa nulla", mi ha risposto risolutamente, "dobbiamo fare come i nostri predecessori in Eritrea e ammazzarli tutti!"».

Sarebbe stato improbabile che sotto l'occupazione tedesca prendesse piede un atteggiamento verso gli infermi di mente diverso da quello vigente nella stessa Germania, dove si era fatta strada la teoria del diritto di sopprimere «la vita che non vale la pena di essere vissuta (*lebensunwerten leben*), teoria che dopo vent'anni di latenza in seno al "programma di eutanasia" aveva iniziato a essere messa in pratica.

È comunque vero che ciò che oggi a noi appare chiaro non poteva esserlo altrettanto per molti a quel tempo. Le reali intenzioni degli occupanti erano mascherate da promesse e slogan. La verità cruda veniva a galla sovente a contatto di casi reali. Nelle file dei dipendenti dell'istituto prese così molto lentamente corpo la consapevolezza che tutti – pazienti e personale curante – si trovavano sulla stessa barca. Forse quello di "consapevolezza" non è il termine più adeguato, poiché determinati fatti, ad esempio l'«eutanasia» dei malati di mente e i reali piani politici dei conquistatori riguardo al territorio sloveno e alla sua popolazione, vennero alla luce solo dopo la guerra. È peraltro possibile parlare della sensazione sempre più chiara che per l'occupante sia i malati di mente che coloro che li curavano fossero di troppo.

Nel momento in cui questo sentimento maturò, venne scardinato il fondamento ideale dell'istituto psichiatrico, ovvero lo sviluppo «della teoria e della prassi della cura di persone che soffrono di infermità mentale». Siamo testimoni della trasformazione dell'ospedale psichiatrico in un asilo nel significato antico del termine: rifugio che almeno per un determinato periodo assicura l'integrità alla persona (e non asilo nell'accezione che a tale termine attribuisce il Goffman, di "istituzione totale" che deruba l'uomo della sua identità). L'istituto psichiatrico diviene così un asilo che opera per il mantenimento dei fondamenti di umanità, mentre le sue finalità più strettamente psichiatriche si riducono a un'apparenza esteriore, una mimesi che tutela nella sua essenza l'istituto di fronte al pericolo esterno. Due sono le peculiarità derivanti da questa trasformazione. La prima è il cambiamento nei rapporti tra i malati di mente e i loro terapeuti. Le due categorie si avvicinano e la piramide gerarchica si appiattisce. Chi ha avu-

to la possibilità di assistere al pietoso esodo, ovvero al veloce trasloco in seguito allo sfratto dal Poljanski nasip nella caserma di Sentepeter, sino ad allora carcere giudiziario, un edificio sporco e pieno di insetti, assolutamente inadeguato a ospitare un reparto psichiatrico, ha potuto percepire quest'atmosfera di vicinanza tra malati e terapeuti.

Fu proprio significativo il modo in cui il trasloco procedette, disciplinatamente grazie all'aiuto dei pazienti, che non manifestarono alcuna stranezza né tentarono la fuga, anche se ve ne sarebbero state molte possibilità.

La seconda peculiarità della trasformazione funzionale dell'istituto psichiatrico di fronte alle descritte condizioni eccezionali fu la tendenza al livellamento delle categorie "mentalmente malato" e "mentalmente sano" nel momento in cui si trattava di motivare un ricovero e di definirne la durata. I già citati cambiamenti nelle caratteristiche dei pazienti ricoverati – in un istituto squisitamente "classico", orientato alla cura delle psicosi – ovvero lo spostamento del settore di cura dalle psicosi alle nevrosi, alle reazioni psicogeniche e a turbe affini, casi che interessavano nella maggioranza dei casi persone controllate dalla polizia, indicano che ci si stava distaccando dalle usuali norme che regolavano il ricovero dei pazienti. In sintesi, le diagnosi formulate potevano essere talvolta più fittizie che reali. Potremmo aggiungere anche che simili diagnosi non avrebbero richiesto periodi di degenza lunghi come quelli prescritti.

È pure caratteristico che le dimissioni di questo tipo di pazienti si moltiplicino in prossimità di due date cruciali: il 9 settembre 1943 e il 9 maggio 1945. Forse sarebbe errato voler ascrivere questo cambiamento di attività e quest'atmosfera di solidarietà unicamente a un'attività consapevole e pianificata dal Fronte di liberazione. Si verificava probabilmente qualcosa di simile a quello che si vide nelle carceri politiche e nei campi di concentramento, dove in simili circostanze le differenze di *status* tra i singoli svanivano e le comunicazioni si instauravano spontaneamente secondo le generali affinità umane.

Non si trattava del resto di una tendenza comune a tutti i settori dell'ospedale. Alcuni dipendenti erano terrorizzati e cercavano in maniera miope di salvare la propria esistenza.

A coloro che alimentavano il terrore fu sufficiente dire che «il manicomio nasconde degli attivisti» (il che era in sostanza troppo semplicistico per esprimere la metamorfosi descritta) e fornire loro un paio di nomi per mettere in moto la macchina poliziesca. Così morirono due dirigenti, onesti e insostituibili specialisti: il primario<sup>6</sup> e poi il direttore<sup>7</sup> del Poljanski nasip. Il direttore dello Studenec<sup>8</sup>, arrestato in precedenza, fu dapprima condan-

---

6 - Dr. Miha Kamin, primario (1889-1944), fucilato come ostaggio.

7 - Dr. Franjo Gerlovic (1886-1944), direttore dell'ospedale per le malattie mentali, assassinato dalla «Mano nera».

8 - Dr. Janez Kanoni (1904-1977).

nato a morte, pena poi commutata in quella dell'ergastolo. Questo per non parlare degli inservienti di entrambe le strutture, che subirono la carcerazione, il confino e l'internamento.

## **Conclusioni**

Se alla fine riassumiamo ciò che, attraverso i ricordi storici, i dati quantitativi e i casi dei singoli, abbiamo presentato come terzo modello di deviazione dallo schema base di ciò che dovrebbe essere la psichiatria (teoria e prassi della cura delle persone colpite da infermità mentale) e di ciò che dovrebbe essere il ruolo di un istituto psichiatrico, possiamo concludere nel modo seguente. A una simile deviazione si può addivenire in circostanze eccezionali, in uno Stato in cui prenda il sopravvento un regime repressivo che si spinge sino a derubare la popolazione dei diritti umani fondamentali, sino a preparare per le persone mentalmente inferme una "eutanasia" se non esplicitamente proclamata almeno celata sotto mentite spoglie. Coloro che professionalmente sono responsabili dell'istituzione psichiatrica trascurano in tale contesto il proprio ruolo per tentare di trasformare l'istituto, pur mantenendone l'aspetto esteriore di clinica psichiatrica, in un "asilo", rifugio per le persone minacciate dal nuovo potere. In ciò li guida l'idea di umanità, mentre lo specifico psichiatrico diventa un camuffamento piuttosto che la finalità fondamentale dell'istituzione. Tanto per non dimenticare, perché le cose si ripetono.

# Psichiatria europea, «eutanasia», sterminio

Agostino Pirella

Nel 1963 Franco Basaglia organizzò un viaggio di studio nella Germania Federale per conoscere alcune esperienze di psichiatria istituzionale e particolarmente il celebre ospedale psichiatrico di Guetersloh, legato al nome di Herman Simon, cui si deve l'organizzazione di un ospedale centrato sull'attività dei pazienti, la "Beschaeftigungstherapie", attività principalmente lavorativa ma anche di distrazione: erano famosi i giardini di quell'ospedale curati dai degenti (oltre che da personale esperto). Accolsi l'invito di Basaglia con entusiasmo: quel viaggio rappresentò la prima tappa del nostro lavoro comune.

L'ospedale di Guetersloh era diretto da uno psichiatra orientato in senso psicoterapeutico e attento alle tecniche della comunità terapeutica, Thomas Winklerer.

Dopo una cena il discorso cadde sul ruolo dei direttori e dei medici psichiatri nei confronti dell'iniziativa nazista di selezionare pazienti molto gravi o portatori di certe diagnosi (tra cui schizofrenia, oligofrenia, epilessia, demenza senile) particolarmente se incapaci a qualunque tipo di attività, per avviarli a un programma di sterminio. Il direttore, sensibile, gentile e psicoterapeuta, sostenne che non si poté fare nulla per opporsi: anche se il direttore si fosse dimesso – questo era il fondo dell'argomento – sarebbe stato subito sostituito da un altro che avrebbe certamente obbedito. Ci chiedevamo perché un medico, responsabile della vita e della "cura" dei pazienti a lui affidati, avrebbe dovuto "obbedire", per quale criterio: il timore di ritorsioni, di persecuzioni, di impedimenti nella professione? Ma non sarebbe stato possibile cercare degli alleati, tra il personale, nelle chiese, tra i familiari, fondare l'opposizione sulle conoscenze scientifiche che, già allora, affermavano essere possibile una regressione spontanea di sintomi psicotici nel tempo?

Molti anni più tardi fu Michael Von Cranach a mostrarci come una parte delle infermiere fosse stata ostile nei confronti di questa iniziativa. Consultando gli archivi dell'ospedale di Kaufbeuren ora da lui diretto, e intervistando il personale, gli fu possibile verificare che una resistenza si era manifestata, soprattutto a carico di quella che fu chiamata "eutanasia passiva" e cioè un trattamento, consistente in gravi restrizioni alimentari, volto a determinare la morte dei soggetti prescelti in breve tempo.

Successivamente, in occasione della festa per il 750° anniversario di Berlino (1987), cui parteciparono le due parti della città, mi fu possibile, per mezzo di un'iniziativa meritoria da parte di chi non vuole dimenticare<sup>1</sup>, conoscere meglio l'organizzazione di uno sterminio di cui gli psichiatri parlano con evidente reticenza, quando non ne parlano affatto. Il loro ruolo risulta di primo piano, degno di funzionari nazisti fedeli, incapaci di un gesto di solidarietà verso i pazienti, di un atto, sia pur timido, di protesta nei confronti di un ordine manifestamente disumano. Nel caso di Karl Bonhoeffer, professore a Berlino, vi sono state interpretazioni contrastanti del suo atteggiamento: di fatto egli, lasciata la direzione dell'ospedale e l'insegnamento a 70 anni nel luglio 1938, vide arrestare i suoi due figli e i due generi, successivamente uccisi dalla Gestapo. Tuttavia egli risulta sostenitore delle teorie razziste in psichiatria.

Possiamo chiederci se questo atteggiamento rappresenti un'eccezione – germanica nel caso specifico – o se in qualche modo appartenga alla storia della psichiatria istituzionale e al rapporto tra “senso comune” e “comunità scientifica” degli psichiatri.

Th. W. Adorno e collaboratori, nel loro studio sulla “personalità autoritaria”, hanno dimostrato il collegamento tra l'etnocentrismo, accompagnato da stereotipi sulle razze e le minoranze etniche, e l'atteggiamento ostile nei confronti dei malati mentali e degli handicappati<sup>2</sup>.

Questi atteggiamenti sono ben presenti non solo in Paesi retti da dittature nazionaliste, ma anche in Paesi “democratici” nei quali un insufficiente lavoro di chiarimento da parte dei tecnici sulle reali possibilità di vita sociale dei soggetti “colpiti” e una simmetrica diffusa intolleranza nei confronti di essi alimentano pregiudizi e incoraggiano il senso comune che ritiene inutile “spendere troppi soldi” per curare persone incurabili, la cui vita «è indegna di essere vissuta» come diceva testualmente il testo dell'ordinanza hitleriana.

Che il pregiudizio si basasse su questo tipo di argomentazione mi viene suggerito da una mostra che ho visitato a Brema qualche anno fa. Tra le immagini di propaganda naziste spiccavano due in particolare che intendevano evidenziare lo spreco di risorse, di denaro e di lavoro per assistere handicappati. Si mostrava un infermiere che assisteva un grave handicappato: la didascalia affermava che un uomo sano non avrebbe dovuto sprecare le sue energie a favore di un essere inutile. Ancora più perfido il confronto tra due immagini: la prima mostrava un istituto o un pensionato per ragazze handicappate. Si trattava di un locale lindo e quasi elegante; di fianco un tugurio in cui – diceva la didascalia – era costretta a vivere una

1 - Cfr. AA.VV., *Aktion T4, 1939-1945, Die "Euthanasie"-Zentrale in der Tiergartenstrasse 4*, Ed. Hentrich, Berlin, 1987.

2 - Cfr. T.W. Adorno, E. Frenkel-Brunswick, D.J. Levinson, R.N. Sanford, *The Authoritarian Personality*, New York, 1950 (trad. it. *La personalità autoritaria*, Milano, 1973).

intera famiglia di "lavoratori sani". Di fronte a questa propaganda che può far breccia su un senso comune orientato alla lotta per la sopravvivenza, il mondo della psichiatria (e quello dell'intelligenza filosofica e scientifica) o ha taciuto, con un'inerzia colpevole e vergognosa, o ha collaborato con la creazione di teorie razziste e, come si direbbe oggi, "socialdarwiniste".

In questo senso è impressionante l'esortazione pronunciata dall'accademico Viktor Von Weizsaecker nel corso di una lettura all'università di Heidelberg nel 1933. In essa si invitano i medici, con argomentazioni socio-filosofiche, a non sottrarsi alle «responsabilità della politica di *Vernichtung*». Ha ragione Ernst Klee, cui si devono ricerche fondamentali sul tema dello sterminio di internati negli ospedali psichiatrici e di handicappati, quando rileva: «È spaventoso non solo che cosa e come è accaduto, è spaventoso il fatto che tutti vi hanno volontariamente partecipato»<sup>3</sup>.

Abbiamo però ricordato, sulla base della ricerca di Von Cranach, che oscure infermiere hanno manifestato tentativi di opposizione, obbedendo al loro cuore e alla loro professionalità<sup>4</sup>.

Dunque furono i direttori, i responsabili della psichiatria istituzionale, a ricoprire il ruolo terribile di collaboratori o addirittura di esecutori dello sterminio, senza che vi sia stata una valutazione critica successiva al crollo del nazismo, se non dopo molti anni, e da parte di una minoranza di psichiatri. E bisogna aggiungere che di questa pagina oscura e vergognosa la psichiatria ufficiale preferisce non parlare.

È necessario ripensare ai perché di questo disinteresse, di questa insensibilità, che riflette – su scala diversa – l'indifferenza e il fastidio che alcuni psichiatri, soprattutto di area accademica, dimostrano oggi nei confronti delle esperienze critiche che hanno messo in primo piano il "trattamento reale" che le istituzioni psichiatriche hanno praticato a partire dal secolo scorso, svelandone così il carattere persecutorio e oppressivo.

Interpretando in questo senso le parole di Alexander Mitscherlich, osservatore al processo dei medici nazisti a Norimberga: «Il nostro dovere di fare luce su ciò che è stato perpetrato da noi è un nostro carico, un nostro obbligo», il possessivo "nostro" non può riferirsi solo al popolo tedesco ma tocca da vicino la psichiatria, gli psichiatri.

Un autorevole medico berlinese, che è stato presidente dell'Aertzekammer, cioè dell'Ordine dei medici di Berlino, Ellis Huber, ha osservato come «non vi sia stata nessuna resistenza organizzata dei medici all'annientamento dei malati e degli handicappati»<sup>5</sup>.

---

3 - Cfr. E. Klee (a cura di), *Dokumente zur "Euthanasie"*, Fischer, Frankfurt am Main 1986: nel testo anche la citazione dalla lettura di Von Weizsaecker; cfr. anche E. Klee, "*Euthanasie*" im NS-Staat, Fischer Verlag 1983.

4 - Cranach (Von) M., *Euthanasie des malades mentaux pendant la seconde guerre mondiale en Allemagne*, "Annales Médico-Psychologique", a. 4, 1985.

5 - In: AA.VV. *Aktion T4*, cit.; la citazione di Mitscherlich si trova in Von Cranach.

E lo psichiatra francese Lucien Bonnafé parla di una «grande cospirazione del silenzio»<sup>6</sup>. Non possono infatti essere considerati «resistenza organizzata» quei timidi tentativi di cui parla, nella sua relazione, Poitrot, psichiatra francese incaricato, subito dopo la guerra, di un'indagine negli ospedali psichiatrici del Baden Wuertemberg. «Alcuni medici degli istituti psichiatrici pubblici – riferisce sulla rivista "La Raison" (n. 2, 1951) – tentarono di portare la polemica sul piano scientifico: dei lavori ricordarono i progressi della terapia, la possibilità di guarire certe psicosi giudicate altrimenti incurabili».

Intervennero la censura, e in ogni caso, dice Poitrot, l'opinione pubblica era indottrinata in senso contrario. C'è da riflettere anche oggi su ciò. Diverso fu l'atteggiamento di alcuni familiari dei pazienti uccisi: essi cercarono appoggi soprattutto in personalità religiose. Vengono riferite, a questo proposito, le prese di posizione dei vescovi di Muenster e di Limburg (che scrisse una lettera al ministro della Giustizia) a partire dall'estate del 1940. Si verificò allora un'attenuazione, un camuffamento (*Tarnung*) del programma, che si svolse con maggiori cautele, o con maggiore segretezza, secondo quanto riferisce lo stesso Von Cranach che cita la dichiarazione di un direttore di un istituto bavarese di salute e di cura nel 1948:

*Nel novembre 1942 i direttori degli istituti bavaresi furono convocati senza indugio nella sede del ministero bavarese degli Interni, Servizio di sanità. Il presidente della seduta dichiarò che troppo pochi malati morivano negli ospedali e che non era affatto necessario curare le malattie intercorrenti. Il direttore dell'ospedale di Kaufbeuren tenne un breve discorso sulla sua azione personale, dicendo che era stato un avversario dell'eutanasia, ma che ormai criticava il fatto che l'eutanasia fosse stata bloccata. Ora, nell'istituto da lui diretto, aveva prescritto, ai malati che prima sarebbero stati interessati dal programma di eutanasia, una dieta assolutamente priva di grassi. Nello spazio di tre mesi i malati morivano in seguito agli edemi causati dalla fame. Egli consigliava questo metodo a tutti gli istituti, data la necessità dell'ora (sottolineatura nostra). Il presidente della seduta dette subito l'ordine di procedere dovunque con questo metodo. Certamente non vi fu nessun ordine scritto, ma vi fu certamente un controllo dell'esecuzione di quest'ordine<sup>7</sup>.*

Questo programma, che portò allo sterminio, in Germania e nei territori limitrofi, di circa 200.000 malati di mente e handicappati, si chiamava «Aktion T4», dall'indirizzo dell'edificio berlinese – Tiergartenstrasse 4 –

6 - In M. Lafont, *L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les Hopitaux psychiatrique en France sous le régime de Vichy* (Prefaces de L. Bonnafé et C. David) Ed. de l'AREFPPI, 1987.

7 - Von Cranach, cit.

dove aveva sede l'organizzazione del progetto definito eufemisticamente "Euthanasie-Problem". Le motivazioni erano fondate sulla necessità di provvedere a procurare una *Gnadentod*, letteralmente una "morte di grazia" (in analogia a *Gnadentoss*, colpo di grazia) a «malati incurabili» o con «una vita indegna di essere vissuta» (*lebensunwertes Leben*). Risuonano in queste parole echi di un razzismo che divide gli uomini in degni e indegni, in sani e insani, in produttivi e improduttivi, di un razzismo tuttavia che si è presentato sulla scena mondiale ben prima del nazismo. Il *Vernichtung* (annientamento, sterminio) nazista non è solo un pezzo dello stile nazista di governare. Esso appare, a un'indagine più approfondita, un pezzo di storia della psichiatria.

Di fatto la definizione di «vita indegna di essere vissuta» cominciò a circolare in Europa, a sostegno di pratiche di "eutanasia" attiva, per iniziativa di due autori di lingua tedesca, Binding e Hoche. Essi pubblicarono uno studio dal titolo agghiacciante per la presenza dei due termini che, come abbiamo detto, il nazismo fece propri e che restano come un orribile marchio: *Vernichtung* (annientamento) e *lebensunwertes Leben* (vita indegna di essere vissuta). Non solo, ma furono essi a suggerire un metodo indolore e «pulito», una «lenta e graduale asfissia mediante gas mortali»<sup>8</sup>.

Le loro tesi vennero discusse purtroppo in tutta l'Europa abbastanza serenamente. Per quanto riguarda l'Italia possiamo ricordare che l'autorevole psichiatra Enrico Morselli pubblicò nel 1923 un libro dal titolo *L'uccisione pietosa (l'eutanasia) in rapporto alla medicina, alla morale e all'eugenica*. Pur respingendo le tesi dei due autori tedeschi, Morselli dialoga con essi senza troppo scandalizzarsi, puntando sulle possibilità che offrirà la scienza nel suo sviluppo e nel suo progresso nei confronti di malattie oggi a prognosi infausta.

Gli svolazzi eruditi e le possibili approvazioni ricercate nella storia delle religioni fanno poi scrivere a un recensore sulla «Rivista sperimentale di freniatria»: «L'Ecclesiaste, tra le molteplici attività del Tempo, non trascura, in contrapposto con l'arte di guarire, quella di uccidere. E la formula pare addirittura stabilita come precetto ad uso medico.

È dunque all'uccisione pietosa che vuole alludere l'antico saggio?»<sup>9</sup>. Forse a questo pensava chi definì i medici addetti all'«Aktion T4» «specialisti della morte» (*Spezialisten des Toetens*)?

La domanda non è retorica, mentre si va affermando ancora oggi, contro le giustificate preoccupazioni di chi critica il cosiddetto "accanimento terapeutico" che trasforma il corpo umano in un campo di sperimentazione (senza rispetto per un rapporto medico-paziente basato sulla comunica-

---

8 - K.Binding e A. Hoche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertens Leben. Ihr Mass und Ihre Form*, Leipzig, 1922.

9 - Cfr. G.G. recensione al vol. di E. Morselli, *L'uccisione pietosa*, cit., «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1924, pp. 445-449.

zione e un possibile progetto comune), il simmetrico “diritto” di dare e ricevere la morte, che nelle nostre società tecnologiche si può tradurre in un ritorno mascherato della “morte in serie” di stampo nazista.

Nell'Europa degli anni Venti era dunque presente un dibattito sulla possibilità e sulla “utilità” dell'«eutanasia».

In Italia il nascente fascismo cerca di organizzare, con successo, medici e psichiatri, secondo un'ideologia razzista legata alle dottrine psichiatriche della degenerazione umana. Nel 1927 viene fondato l'«Archivio fascista di medicina politica», esplicitamente orientato alla «difesa della razza»<sup>10</sup>. Nel 1929 viene organizzato il 1° Congresso nazionale fascista dei medici manicomiali. Dalla lettura delle relazioni l'assenso al nuovo regime fascista (Mussolini era al potere da sette anni) sembra totale. Così fu anche per i professori universitari: solo una decina di essi (per lo più storici e filosofi) negarono la loro adesione al fascismo.

In particolare Leonardo Bianchi, “padre” della nuova legge «sui manicomi e gli alienati» del 1904, si lascia andare a una requisitoria nei confronti di «idioti, imbecilli, epilettici, criminali, deboli di spirito, nevrastenici gravi, morfinisti, cocainisti, uomini frivoli e insignificanti, i quali portano lo spirito del male, che è negativismo, nelle famiglie e negli ambienti sociali». Tutti questi soggetti rappresenterebbero una «minaccia», «forme iniziali della degenerazione umana» contro cui già si era levato, secondo Bianchi, un «allarme da parte di Morel, Maudsley, Griesinger e tanti altri». Non si tratta dunque del discorso di uno psichiatra europeo (il francese Morel, l'inglese Maudsley, il tedesco Griesinger) che ha costruito i manicomi così come li abbiamo conosciuti, il sistema nosografico nella sua implacabile nocività, le torture e le punizioni spacciate per terapia.

Questa cultura della difesa da (e della repressione di) grandi masse di cittadini poveri, sfortunati e sofferenti, di intere «classi pericolose», ha rappresentato purtroppo il motivo di fondo di una psichiatria abbastanza misera scientificamente quanto arrogante sul piano politico e istituzionale, capace comunque di collaborare con il nuovo regime per criminalizzare ogni tipo di devianza. Come abbiamo già osservato, stereotipie razziste e pregiudizi della “comunità scientifica” collaborano a mantenere e rafforzare l'oppressione nei confronti di coloro che si presentavano come i più deboli, i «malriusciti» (come li definisce Nietzsche)<sup>11</sup>, gli esclusi dalla ragione storicamente vincente.

---

10 - L'«Archivio fascista di medicina politica» è una rivista bimestrale, edita a Parma, a cura di un “illustre clinico”, il prof. Gabba. In essa viene sottolineato l'obiettivo di “difesa e perfezionamento della razza”.

11 - Cfr. F. Nietzsche, *L'anticristo*, Adelphi ed.: “I deboli e i malriusciti devono perire: questo è il principio del nostro amore per gli uomini. E a tale scopo si deve anche essere loro d'aiuto. Che cos'è più dannoso di qualsiasi vizio? Agire pietosamente verso tutti i malriusciti e i deboli, il «cristianesimo ...» Nel testo originale “malriusciti” è *Missratmen* e deboli è *Schwachen* (trad. di F. Masini).

C'è da osservare come il potere politico e la psichiatria abbiano saputo modulare con accortezza e con senso delle opportunità la pressione mortale delle iniziative.

Come abbiamo visto, il nazismo fu capace di fingere uno "stop" allo sterminio dei malati, e di cambiare, in alcuni contesti, i procedimenti di "eutanasia" da attiva in passiva. Secondo un'accurata ricerca compiuta in Francia<sup>12</sup>, l'esperienza del governo di Vichy, collaborazionista, favorì l'applicazione "dolce" di metodi di sterminio, capaci di procurare, negli ospedali psichiatrici francesi, 40.000 morti.

Le testimonianze raccolte sono dimostrative della trascuratezza voluta nell'alimentare e nell'assistere pazienti per i quali sostanzialmente non valeva la pena impegnarsi alla cura (vecchi, malati organici): «... gli adolescenti che potevamo osservare nei nostri reparti non presentavano fenomeni di carenza e *si lamentavano poco della fame* – sottolineatura nostra -. Sembra che l'organismo giovane possa adattarsi a un regime inferiore al normale e salvarsi da fenomeni immediati gravi di denutrizione che mettono in pericolo la vita»<sup>13</sup>.

D'altra parte le autorità, sia quelle amministrative che quelle politiche, avevano buon gioco nel far capire che in guerra, di fronte a restrizioni che colpivano tutta la popolazione, era "razionale" che i più deboli perissero. Si tratta proprio di un'eutanasia passiva, strutturale. Lafont ha parlato di una «vittimizzazione dei malati di mente».

Un'analogia condizione si è verificata molto probabilmente in Italia nel corso dell'ultima guerra. In occasione di una relazione preparata per l'8° Colloquio della Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse<sup>14</sup> ho compiuto, con l'aiuto di Diego Dormetta (che ringrazio con calore), una ricerca sulle riviste italiane relative al periodo immediatamente successivo alla fine della guerra. Complessivamente negli ospedali psichiatrici italiani sono morti, nei sei anni di guerra 1940-1945, 56.346 pazienti, pari al 10,72% di tutti gli assistiti. Nei sei anni precedenti 1934-1939 (presi a confronto) i morti furono 32.873 pari al 5,88% degli assistiti. Pertanto gli autori della ricerca, Padovani e Bonfiglioli, pongono il quesito se 23.473 morti siano dovuti a fattori legati alla guerra. Da notare che il numero degli assistiti è rimasto stabile nei due periodi, anzi si è avuta una lieve diminuzione (da 558.110 a 525.506), mentre il numero delle ammissioni è aumentato dell'1,22% (da 146.438 a 148.228). Infine le dimissioni sono aumentate del 7% (da 99.731 a 106.809). Pertanto si può sostenere che l'aumento della mortalità (4,84%) possa essere dovuto a fattori diversi che non l'aumento degli assistiti, delle ammissioni o la diminuzione delle dimissioni.

---

12 - Lafont, cit.

13 - *Ibidem*, p. 41.

14 - Cfr. *La 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, Nuit et brouillard en psychiatrie?*, Digione 17.11.1990. Gli atti sono pubblicati sulla rivista «Nervure, Journal de psychiatrie» n. 2, 1991.

Questi fattori possono autorizzare ipotesi di eutanasia passiva.

Si può osservare che in diversi ospedali si sono avuti tassi di mortalità particolarmente elevati, come era stato verificato anche in Francia. Nell'ospedale psichiatrico di Teramo la mortalità passa dal 7,8% al 27,7%. Vengono escluse cause come bombardamenti o eccidi e sono indicati i seguenti fattori: limitazione della razione alimentare, del riscaldamento, del vestiario e dei medicinali.

C'è chi (Pennacchi e Modonesi) ha il coraggio di scrivere valutazioni di questo genere, senza arrossire: «... poiché a risentirne di più (sic!) erano in prevalenza i dementi precoci e i paralitici progressivi di sesso maschile» (...) «la colpa (sic!) è da ritenere in parte attribuibile al disordinato modo di vita (sic!)».

Gli autori della ricerca (Padovani e Bonfiglioli)<sup>15</sup>, sottolineano che a risentire di più delle limitazioni è stato il sesso maschile (33.311 uomini contro 23.065 donne): «Nelle donne il fabbisogno di calorie è minore forse perciò esse vi hanno resistito meglio». Nulla si dice però sull'incidenza di queste morti tra coloro che erano addetti a lavori pesanti, esposti alle intemperie: la cosiddetta ergoterapia ha avuto certamente i suoi caduti. Come nulla si osserva sulla specificità positiva dei reparti femminili solitamente più curati, più accuditi, più puliti, con un rapporto tra personale e degenti più orientato alla valorizzazione delle risorse della sopravvivenza.

Tuttavia, possiamo staccare questi episodi, e lo stesso programma di "eutanasia" dal sistema psichiatrico-istituzionale come ci è stato consegnato nel nostro secolo dall'Ottocento industriale e positivista? Quante sono state, al di là della terribile specificità della guerra e del programma di sterminio, le vittime di trattamenti inumani, quanti gli oppressi dalla miseria della psichiatria? Come collocare l'invocazione di un internato dell'ospedale psichiatrico di Gorizia che ammoniva:

*Perché prima quelli che erano qui pregavano di morire. Quando moriva uno qui una volta suonava sempre la campana, adesso non usa più. Quando suonava la campana tutti dicevano: oh Dio, magari fossi morto io, dicevano, che sono tanto stanco di fare questa vita qui dentro. Quanti di loro non sono morti che potevano essere vivi e sani. Invece avviliti, perché non avevano nessuna via d'uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, non c'era più niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente<sup>16</sup>.*

15 - G. Padovani, L. Bonfiglioli, *Le vicende storiche e statistiche dell'assistenza psichiatrica in Italia durante la 2<sup>a</sup> guerra mondiale*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1946, pp. 375-396.

16 - Da F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, 1968.

Dentro un contesto psichiatrico segnato dalla dura scelta della segregazione istituzionale con il consenso della stragrande maggioranza della popolazione e del mondo accademico e scientifico, il programma che si chiamò «Aktion T4» ebbe inizio ufficialmente il 9 ottobre 1939. Esso si diffuse rapidamente non solo in Germania ma nei territori delle nazioni occupate, particolarmente in Polonia, Cecoslovacchia, Austria, con sconfinamenti a Strasburgo (dove funzionarono due reparti psichiatrici in cui si somministravano farmaci in dosi mortali) e a Lemberg/Kulpatow, nell'allora Urss (con una struttura analoga). Di fatto, il programma fu molto diversificato: fu applicato a bambini e ad adulti, a malati di cancro come a pazienti psichiatrici, con somministrazione di farmaci in dosi mortali e, come abbiamo visto, con limitazioni molto severe del vitto. Ma il metodo più applicato fu quello della morte di massa con ossido di carbonio, sia in appositi istituti che dentro grandi camion, con il tubo di scarico sistemato all'interno dell'abitacolo.

Nei documenti sul «programma di eutanasia» troviamo anche accenni a Trieste. Anzi, sul testo di Ernst Klee, citato, possiamo vedere una fotografia che mostra, in bella posa, un gruppo di uomini in divisa. La didascalia dice: «T4 in Trieste: dopo l'impegno nei campi di sterminio, il personale fu impiegato nel Litorale adriatico, per rendere il territorio *judenfrei* (e cioè "libero da ebrei")». È interessante notare che la stessa fotografia, in un altro testo già citato<sup>17</sup>, ha una didascalia in parte diversa, presentando questi «specialisti della morte» come uccisori di «ebrei e partigiani imprigionati. Così specialisti nell'organizzare uccisioni di pazienti psichiatrici e di handicappati furono utilizzati per continuare la loro opera con ebrei, partigiani e oppositori. Ma risulta dai documenti dei ricercatori citati che vi furono a Trieste, e anche a Gorizia, delle irruzioni negli ospedali psichiatrici di queste città da parte del personale già impegnato nel programma «Aktion T4». Era lecito domandarsi se si era trattato di un prolungamento di quel programma, o di persecuzione nell'ambito della cosiddetta *judenfrage*. In preparazione del testo della relazione citata<sup>18</sup> avevo richiesto informazioni a Gloria Nemeč dell'istituto regionale per la storia del movimento di liberazione nel Friuli-Venezia Giulia.

Molto gentilmente mi rispose che i prelievi di ricoverati nell'ospedale psichiatrico di Trieste da parte di nazisti e fascisti «riguardarono solo ebrei». Notavo allora, e mi chiedo ancora oggi, se si trattasse di ebrei malati o di persone accolte in ospedale per tentare di sfuggire alla deportazione. I già citati Padovani e Bonfiglioli infatti sostengono che: «molti perseguitati politici, israeliti e partigiani, trovarono asilo e aiuto fra le ospitali mura dei

17 - AA.VV. *Aktion T4, 1939-1945, Die Euthanasie Zentrale in der Tiergartenstrasse 4*, cit.

18 - Ora pubblicato in *Venti anni di Fogli di informazione, Psichiatria/Psicoterapia/Istituzioni*, a cura di P. Tranchina e A. Pirella, Centro di Documentazione di Pistoia, 1993.

nostri istituti, specie nell'Italia del nord durante l'infuato periodo della Repubblica sociale».

L'indagine di Norcio e Toresini può dare un contributo importante in questo senso, e rivelare come, nella logica della soppressione delle contraddizioni viventi del divenire nazista, trovassero posto gli ebrei, gli oppositori, ma anche i sofferenti, i bisognosi di aiuto, di sostegno, di cura. Ciò deve far riflettere sulle opposte logiche del mondo della guerra e dell'oppressione e del mondo della solidarietà e della pace.

Mentre acquista valore l'interpretazione, che soprattutto Klee ha proposto, di una sorta di continuità tra il programma «Aktion T4» e lo sterminio degli ebrei<sup>19</sup>, che trova la sua tragica conferma nello sviluppo delle «tecniche» dello sterminio mediante i gas e in particolare con i camion che venivano costruiti *ad hoc* per servire all'esecuzione delle decisioni mortali. Anche la «tecnica» non è neutrale quando si giunge a costruire mezzi di trasporto per la morte, e quando la selezione dei viventi si biforca in un «basso» cui appartengono oppositori, gruppi etnici indesiderati, sofferenti e «fasce deboli» dell'umanità, e in un «alto» in cui dominano i fautori del razzismo e della morte.

Ci sovviene qui, come conclusione provvisoria, quanto sostiene Klaus Doerner, ora direttore di quell'ospedale di Guetersloh da cui abbiamo preso le mosse: e cioè che c'è una terribile continuità tra l'eutanasia del diverso e le operazioni di «pulizia etnica», che si vanno eseguendo o richiedendo in questa Europa alle soglie del nuovo millennio.

Sta in noi ricordare, capire, e organizzare – se ne saremo capaci – una nuova resistenza, una nuova solidarietà<sup>20</sup>.

---

19 - La V parte del testo di E. Klee [cfr. (3)] è intitolata *La «Euthanasie-Zentrale» espande il suo raggio d'azione fino allo sterminio degli ebrei*.

20 - K. Doerner, *Gottwertrauner - Wer ist Herr über Leben und Tod?* in: «Im wohlverstandenen eigenen Interesse», Herausgeber K. Doerner, Verlag Jakob Van Hoddis, 1989.



€ 10