

Collana dei Fogli di informazione

27

PSICHIATRIA E NAZISMO

ATTI DEL CONVEGNO

SAN SERVOLO 9 OTTOBRE 1998

A cura di Diego Fontanari e Lorenzo Toresini

Centro di Documentazione di Pistoia Editrice
Fondazione I.R.S.E.S.C. - Istituto per le Ricerche e gli Studi sul-
l'Emarginazione Sociale e Culturale (San Servolo)

PSICHIATRIA E NAZISMO

ATTI DEL CONVEGNO

SAN SERVOLO 9 OTTOBRE 1998

A cura di *Diego Fontanari e Lorenzo Toresini*

Il tema *Psichiatria e Nazismo* [...] non è una novità assoluta, anche se ancora troppi, pur tra gli psichiatri, non conoscono il problema. La pulizia etnica applicata ai folli si è verificata, oltre che in Germania, anche in Italia, in Francia, Grecia e sicuramente nei paesi occupati dall'esercito del Reich, anche se di questi ultimi (Polonia, Cecoslovacchia, Ungheria ecc.) non abbiamo conoscenza. È da riconoscere che il problema è tornato in evidenza dopo la discussione tra alcuni psichiatri tedeschi a partire dagli anni '80 sotto lo stimolo delle ricerche e delle pubblicazioni di Klaus Dörner (direttore dell'Istituto psichiatrico di Gütersloh) ed è stato poi affrontato anche in Italia con il convegno su *Psichiatria e Nazismo* tenuto a Monrupino (Trieste) l'8.2.1993 cui è seguito il convegno di Bolzano su *Follia e Pulizia Etnica* del 10.3.1995. [...]

“Consideriamo che questo convegno sia importante non tanto e non soltanto per gli aspetti storici che esso affronta, ma anche relativamente al discorso del paradigma psichiatrico per cui, come ebbe a dire Borgna a Trieste, proprio nel DNA della psichiatria il darwinismo sociale ha funzionato in qualche modo da presupposto per quello che fu un errore della Storia e che si concretizzò con il Nazismo. Tale errore puntualmente rispunta in ambiti diversi come nella URSS quando si chiudevano nei manicomi i dissidenti e sotto forma di pulizia etnica per l'intolleranza nei confronti del diverso e l'abbiamo visto ancora nei Balcani, nella Bosnia, nel Kossovo di ieri e in tante altre situazioni” (*dalla Presentazione*).

ATTI DEL CONVEGNO

“Psichiatria e nazismo”

a cura di

Diego Fontanari e Lorenzo Toresini

**San Servolo
9 Ottobre 1998**

Stampato nel mese di maggio 2002
per conto del Centro di Documentazione di Pistoia e dell' I.R.S.E.S.C.
(Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'emarginazione Sociale e Culturale)
San Servolo - Venezia
presso la tipografia GF Press, vicolo Malconsiglio - 51100 Pistoia

Indice

- 5 *Presidente Luigino Busatto*
- 7 *Prof. Antonio Petrella*
- 9 *Dott. Enrico Levis*
- 11 ***Presentazione***
- 12 Premessa
Diego Fontanari
- 13 Sapere psichiatrico e potere istituzionale
Mario Galzigna
- 18 Dalla bonifica della razza alla soluzione finale. Il ruolo degli psichiatri
Ernst Klee
- 21 La psichiatria nel periodo del Nazionalsocialismo
Michael von Cranach
- 32 Testimonianza di *Pierluigi Lippi Francesconi*
- 33 Testimonianza di *Franco Lippi Francesconi*
- 35 Intervista al Prof. Pierluigi Lippi Francesconi
Paolo Tranchina
- 42 L'Adriatisches Küstenland e la deportazione psichiatrica del 1944
dall'Ospedale Psichiatrico di Trieste
Bruno Norcio
- 52 La questione delle opzioni nel 1939 in Alto Adige e la deportazione dal
manicomio di Pergine e dalle vallate all'interno del progetto T4
Verena Perwanger
- 57 Testimonianza
Hellen Brünner
- 61 La deportazione ebraica dagli ospedali psichiatrici di Venezia nell'otto-
bre 1944. Storia e contenuti
Angelo Lallo e Lorenzo Toresini

- 75 Per le libertà
Emilio Lupo
- 83 Commento
Giuseppe Guido Pullia
- 85 La soppressione dei pazienti psichiatrici a Vienna e le successive condanne
Eberhard Gabriel
- 89 La deportazione nella Grecia democratica del dopo-colonnelli.
Storia e metafore
Theodoros Megaloeconomou
- 96 Sguardo retrospettivo sulla Psichiatria francese durante l'occupazione
nazionalsocialista
Gottfried Treviranus
- 111 Una storia "psichiatrica" particolare
Vladimiro Mettifogo
- 115 ***Discussione***
- 121 Modelli di pensiero della psichiatria nazionalsocialista. Confronti con
alcune moderne discussioni di "bioetica"
Martin Schmidt

Presidente Luigino Busatto

Porto il saluto della Provincia di Venezia a questo seminario e, nella mia qualità di Presidente della Fondazione, sono lieto di aprire questa giornata di lavori dedicata al tema "Psichiatria e Nazismo". Forse questo accostamento, ad una lettura superficiale, può sembrare insolito, ma chi va a scavare, all'interno delle strutture e dentro i comportamenti da un lato della psichiatria e del nazismo dall'altro, vi trova connessioni e consonanze. Vorrei, per una volta, uscire dal consueto rituale dei convegni che prevedono un intervento formale da parte dell'amministratore e tentare di entrare in questa ricostruzione d'identità e di memoria storica delle istituzioni di detenzione di San Servolo e San Clemente.

Presiedo la Fondazione di San Servolo, che abbiamo chiamato "Istituto per le ricerche e gli studi sull'emarginazione sociale e culturale", l'istituzione IRSESC. È promossa, sostenuta, animata dalla Provincia perché è proprio attraverso questa istituzione che noi vogliamo ricostruire identità e memoria di ciò che è stata in questi luoghi la detenzione dei malati di mente. Chi presiede un'istituzione, deve preoccuparsi che la memoria non vada perduta e deve avere il coraggio di affrontare anche gli aspetti oscuri, magari le pratiche dispotiche, i comportamenti lesivi della dignità dell'uomo e delle sue libertà, che anche in questi luoghi sono avvenuti.

Queste mura, un tempo, videro la connivenza e la complicità per pratiche liberticide ed esecrabili. Siamo qui per ricordarle, per metterle a nudo, per utilizzarle come monito affinché gli orrori perpetrati nel passato non abbiano più a ripetersi in futuro. Siamo qui, dunque, come amministratori perché in ognuno di noi, al di là delle urgenze del lavoro quotidiano, è più che mai viva l'idea che promuovere la memoria storica, anche nei suoi aspetti più tragici ed inquietanti, ripeto, sia uno dei primi doveri delle istituzioni che rappresentiamo. È un compito essenziale, un dovere morale, un servizio utile e irrinunciabile.

Le memorie sono come le radici per l'albero, un albero non sta in piedi senza radici, l'uomo non sta in piedi senza memoria. Queste mura, dicevo, videro violenze ed orrori, è vero! Ma c'è un altro aspetto che io voglio sottolineare ed è che, all'interno di questo luogo abbondarono anche la pietà e la carità, la dedizione di religiosi, di infermieri e di medici alla sofferenza umana colta in una delle sue forme più acute e devastanti: la follia.

È di conforto per noi sapere che anche in istituzioni segreganti ed emarginanti come il manicomio, accanto alle innumerevoli pratiche, ripeto dispotiche e liberticide, emersero voci discordi, comportamenti improntati al rispetto della persona e alla volontà di curare e di guarire.

Sempre nella storia dell'uomo accanto a grandi eventi di orrore, emergono grandi figure di gratuità, di generosità, di comportamenti altruistici. Se è vero, come leggevo e come leggo nell'articolo comparso oggi sulla "Nuova Venezia" - scritto da Mario Galzigna, a cui è stato affidato il compito di aprire i lavori

assieme al professor Fontanari - che la psichiatria istituzionale ha sempre avuto due anime, quella dispotica e quella dialogica-terapeutica, ebbene, allora credo davvero che gettare luce sull'anima dispotica coercitiva sia una scelta utile e necessaria: utile a capire come e perché questi errori sono nati, utile a capire come evitarli oggi e nel futuro; necessaria per tutti noi, tecnici, medici, infermieri, amministratori, intellettuali e politici, al fine di orientare la nostra professionalità e la nostra azione pubblica verso la difesa delle libertà individuali e dei diritti dell'uomo.

È la centralità della persona il valore che deve sempre emergere in ogni azione, della persona inserita in una comunità. Come amministratori partecipiamo a molti convegni, a molte manifestazioni pubbliche, ma i convegni e le manifestazioni maggiormente utili sono quelli, come è quello che stiamo celebrando oggi, che hanno un valore etico-formativo. Per i giovani, innanzitutto, troppo spesso privi e deprivati di memoria storica e per gli operatori, troppo spesso assorbiti dalle urgenze del lavoro quotidiano e dalla routine. Facciamo memoria dunque soprattutto per le giovani generazioni affinché imparino e non dimentichino, affinché questo "conoscere" li possa beneficamente orientare nelle loro scelte, scelte di vita, e nella loro azione quotidiana.

Questo compito formativo, questa dimensione etica, questo fare memoria, questo rinnovare, oggi, la riflessione al fine di arrivare alla proposta, per capire come si pongono i problemi in questo settore così delicato, tutto viene fatto allo scopo di diventare capaci, così almeno speriamo, di incidere positivamente sulle nostre attività quotidiane. Questo rappresenta anche lo scopo fondamentale della nostra Fondazione IRSESC che ha il compito istituzionale di studiare, nei suoi molteplici aspetti, il fenomeno dell'emarginazione sociale e culturale, le forme della sofferenza e del disagio fuori da qualsiasi logica di gruppo, di setta o di partito.

Con questo spirito, a nome della Provincia e della Fondazione stessa, auguro a tutti voi un proficuo e utile lavoro. Ringrazio quanti partecipano con il loro apporto di riflessione e di relazioni a questi lavori e ringrazio tutti quelli che hanno organizzato questo seminario.

Prof. Antonio Petrella

Direttore generale ULSS 10 Veneto Orientale

Un doveroso saluto alle autorità presenti, agli organizzatori, agli illustri relatori, a tutti i presenti e un ringraziamento per avere consentito all'ULSS n. 10 Veneto Orientale, che rappresento in veste di Direttore Generale, di partecipare e dare il proprio contributo a questo convegno che, già dal titolo, si intuisce essere di grande interesse culturale e scientifico e non mancherà di catturare l'attenzione dei presenti per l'indubbia importanza dell'argomento.

L'assistenza e la cura al paziente psichiatrico ha negli ultimi anni fatto passi da gigante, si è assistito ad un'evoluzione costante della psichiatria, della quale posso dire di essere stato, in qualche modo, diretto testimone.

Gli interventi dei relatori che mi hanno preceduto, specialmente l'intervento del Presidente della Provincia, sono stati l'occasione per tornare con la memoria a fatti che appartengono alla mia giovinezza quando, all'età di 23 anni, svolgevo l'attività di magistrato a Padova.

Il mio contatto con la realtà psichiatrica risale a quando fui inviato per effettuare un'indagine all'interno del manicomio di Padova, in seguito all'uccisione di un ospite per mano di un altro malato di mente.

L'impatto con la struttura manicomiale, per un giovane fino ad allora ignaro di tali problematiche, fu particolarmente forte e toccante.

Eppure sono convinto che il manicomio di Padova non rappresentasse una realtà eccezionale e peggiore rispetto alle altre presenti allora in Italia.

Tornando alla mia esperienza, durante gli interrogatori che dovetti effettuare in quel luogo, ebbi modo di conoscere in prima persona gli ospiti, i medici e gli infermieri. L'impressione che rilevai fu che alcuni ospiti fossero stati inseriti in manicomio non per reali disturbi psichici, bensì per problemi di tutt'altra natura; penso a tanta gente rinchiusa in manicomio perché ritenuta "scomoda" dai familiari, o, peggio, internata per motivi economici o di eredità.

Quanto al personale, potei constatare che l'unico requisito richiesto per lavorare come infermiere era la prestanza fisica: chi aveva le spalle più larghe e una forza maggiore era considerato di "prima categoria". E che dire dei medici allora? Non riuscivo a distinguerli dal resto del personale, potevano essere medici o secondini, la distinzione non risultava chiara.

Gli anni sono passati e, diventato Segretario regionale del settore socio-sanitario, sono tornato in questi luoghi per applicare la legge 180/78 e, di conseguenza, chiudere la struttura manicomiale.

Qui tutto ora è cambiato: è cambiata la logistica (che stento oggi a riconoscere) e siete cambiati voi professionisti.

Lo scenario attuale in cui siete chiamati ad operare sta ancora affrontando il dualismo psichiatria tradizionale – da un lato – e psichiatria avanzata, basagliana – dall'altro ed il confronto tra le due scuole di pensiero non è certo dei più facili.

Ho avuto il piacere di conoscere personalmente il prof. Basaglia e di discutere con lui di queste problematiche, non sempre condividendo le sue opinioni. Devo proprio riconoscere che voi psichiatri avete compiuto dei grossissimi passi avanti.

Quello di cui si sta dibattendo negli ambienti regionali, cui sono affidati la programmazione e l'indirizzo in materia di salute pubblica, è l'opportunità o meno di riconoscere la tutela della salute psichica quale "area" a sé stante. A livello di aziende ULSS, accanto alle aree tradizionali (ospedaliera e di prevenzione) si pensa infatti di individuare quella di psichiatria.

Tutto ciò comporta delle scelte di grossa portata, di grande impatto, che non si risolvono in provvedimenti meramente formali, in buoni propositi scritti solo sulla carta, ma che rappresentano eventi destinati a cambiare sostanzialmente l'approccio alla tutela della salute mentale.

La grande partecipazione a questo convegno, e qui vedo oggi riuniti molti professionisti giovani, è una garanzia di crescita e di successo per la realtà italiana di psichiatria.

Da Direttore generale di un'ULSS plaudo alla vostra volontà di aggiornarvi e di arricchire il vostro bagaglio culturale in quanto le moderne aziende di sanità pubblica necessitano sempre più di professionisti preparati e attenti quali voi dimostrate di voler essere.

Buon lavoro e grazie.

Nel portare il saluto della Comunità ebraica di Venezia, mi sembra giusto ricordare come quest'anno ricorra il 60° anniversario della pubblicazione, nel luglio del 1938, del "Manifesto degli scienziati razzisti" che ha offerto, in Italia, una base di apparente plausibilità scientifica alle leggi antisemite. Furono le prime promulgate, proprio in questi mesi di settembre-ottobre di sessant'anni fa, tragica premessa alle successive deportazioni, pure per mano italiana, di migliaia di ebrei anche da luoghi di sofferenza, come questi in cui ci troviamo, dove diversi ebrei erano internati o avevano cercato un rifugio, per quanto precario.

Appare quindi importante una ricerca documentata su tali drammi che nel progetto totalitario trovarono la loro tragica consequenzialità, ricerca che aiuterà meglio a differenziare storicamente il razzismo fascista dal razzismo nazista.

Il mondo attuale - in cui l'infittirsi dei flussi migratori può mettere in discussione i nostri modi di vivere e le nostre consuetudini più abituali, rendendo concrete e palpabili le differenze storiche o etniche - ci può rendere avvertiti dell'opportunità di un ripensamento più attento della specificità dell'intervento psichiatrico, di fronte a possibili, inquietanti, subdoli atteggiamenti di intolleranza e di rifiuto, eventualmente pure essi ammantati di scientificità.

Il ricordo di un tale funesto 60° anniversario, credo possa costituire perciò un importante premessa, se permetterà di mettere meglio a fuoco, in primo luogo, il fascino del potere che può investire, in primis, medici e psichiatri, ove questi si sentano depositari di qualsivoglia certezza o apparente scientificità.

Il disagio psichico, nelle sue diverse forme, offre infatti un indubbio potere a chi si trova ad operare in tali campi, ove non si sia in grado di dislocarsi, rispetto al proprio punto di vista, e si sia invece portati ad imporre la propria visione del mondo.

La diversità delle culture può essere, al contrario, elemento di scambio fecondo di esperienza, ove si sappia dare spazio ad un effettiva democrazia degli affetti, da cui possa nascere un più giusto equilibrio tra soggettività individuale e collettività sociale. È solo la pluralità delle voci che può alimentare una più piena valorizzazione delle reciproche tradizioni ed esperienze.

Come rappresentante di una Comunità - minoritaria sì!, ma presente da secoli a Venezia - con la quale, pur tra luce ed ombre, la città ha saputo mantenere nel tempo un dialogo fecondo, è con un tale auspicio che auguro a tutti i partecipanti al convegno un buon lavoro.

Presentazione

Il tema *Psichiatria e Nazismo*, oggetto di questa giornata di lavori, non è una novità assoluta, anche se ancora troppi, pur tra gli psichiatri, non conoscono il problema. La pulizia etnica applicata ai folli si è verificata, oltre che in Germania, anche in Italia, in Francia, Grecia e sicuramente nei paesi occupati dall'esercito del Reich, anche se di questi ultimi (Polonia, Cecoslovacchia, Ungheria ecc.) non abbiamo conoscenza. È da riconoscere che il problema è tornato in evidenza dopo la discussione tra alcuni psichiatri tedeschi a partire dagli anni '80 sotto lo stimolo delle ricerche e delle pubblicazioni di Klaus Dörner (direttore dell'Istituto psichiatrico di Gütersloh) ed è stato poi affrontato anche in Italia con il convegno su *Psichiatria e Nazismo* tenuto a Monrupino (Trieste) l'8.2.1993 cui è seguito il convegno di Bolzano su *Follia e Pulizia Etnica* del 10.3.1995.

Riteniamo tuttavia utile aggiungere ulteriori elementi alla storia di questo particolare aspetto della grande tragedia della pulizia etnica nazifascista riportando non solo le testimonianze di analoghe tragedie in Francia e in Grecia e il singolare comportamento della psichiatria postbellica in Austria, ma anche prendendo lo spunto dai documenti trovati a Venezia nell'archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico. Perché anche qui si è trovata la conferma di una ricerca tra i malati di mente per trovare dei diversi da eliminare. Questa ricerca accanita è significativa della tragica continuità di dolore e di morte che l'ideologia nazista produsse, attraverso i suoi scienziati, sviluppando l'iniziale progetto di eutanasia per la eliminazione delle vite indegne di essere vissute perché minorate fisicamente o psichicamente e quindi di peso per la società, progetto che ha poi costituito un alibi per arrivare alla soluzione finale di tutti i soggetti valutati biologicamente inferiori perché diversi.

Consideriamo che questo convegno sia importante non tanto e non soltanto per gli aspetti storici che esso affronta, ma anche relativamente al discorso del paradigma psichiatrico per cui, come ebbe a dire Borgna a Trieste, proprio nel DNA della psichiatria il darwinismo sociale ha funzionato in qualche modo da presupposto per quello che fu un errore della Storia e che si concretizzò con il Nazismo. Tale errore puntualmente rispunta in ambiti diversi come nella URSS quando si chiudevano nei manicomi i dissidenti e sotto forma di pulizia etnica per l'intolleranza nei confronti del diverso e l'abbiamo visto ancora nei Balcani, nella Bosnia, nel Kosovo di ieri e in tante altre situazioni.

Possiamo finalmente ora presentare gli atti di questo convegno a San Servolo con l'auspicio che così si possano anche promuovere altre ricerche sulle sofferenze e l'emarginazione fino allo sterminio dei più deboli e documentare, se possibile, anche l'impegno e il sacrificio di chi ha cercato di difenderli.

Lorenzo Toresini Diego Fontanari

Un particolare ringraziamento al dott. Luigi Armiato e alla signora Barbara Casarin per la collaborazione nella stesura del testo.

Premessa

Diego Fontanari

Prima di iniziare le relazioni mi sembra opportuno ricordare, anche come coordinatore del Comitato Scientifico della Fondazione S. Servolo, che questa sede viene scelta perché qui sono state trovate, nel riordino dell'archivio degli ospedali psichiatrici che viene fatto dalla Fondazione, sei cartelle di pazienti che erano qui ricoverati e furono dimessi per ordine del Comando germanico delle SS e furono poi deportati in Germania, da dove non tornarono più.

Quindi, accanto a quello che sarà discusso riguardo ai rapporti tra psichiatria e nazismo, occorre sottolineare questa singolarità e cioè che, nell'ottobre del 1944, quindi un anno dopo l'occupazione tedesca dell'Italia, ancora continuava con spietata insistenza la capillare ricerca di ebrei in ogni sede.

Il primo periodo di "bonifica della razza", quello tra il 1938 e il 1940 - di cui si parlerà in seguito - che vede l'eliminazione, soprattutto, dei malati di mente e dei disabili, avviene solo in Germania con la giustificazione della incurabilità dei casi e dei costi insostenibili per i sani. Esso però continua poi con un altro tremendo periodo e in tutta l'area occupata con l'eliminazione fisica degli ebrei, dapprima sfruttando l'alibi medico di una certa scientificità nella ricerca della purezza del sangue, poi però prosegue senza freni verso la soluzione finale. Colpisce infatti questa continuità della strage che non cessa, anzi continua con un'insistenza che porta, dopo le deportazioni, che sono state fatte a Venezia a carico della Comunità israelitica e di tutti gli altri ebrei che venivano trovati, anche a cercare fino dentro al manicomio i sei pazienti ebrei ricoverati. Tale metodica spietatezza caratteristica dell'olocausto, ci lascia veramente terrificati, come ci colpisce l'assenza di ogni tentativo della direzione dell'Ospedale psichiatrico in difesa di questi pazienti.

Anche per questo motivo il Comitato Scientifico della Fondazione ha accolto volentieri la proposta di organizzare questo convegno in collaborazione con il Centro studi e Ricerche per la Salute Mentale della A.U.L.S.S. n°10 "Veneto Orientale" diretto dal dott. Toresini che da anni studia queste drammatiche vicende.

Sapere psichiatrico e potere istituzionale

Mario Galzigna (Venezia)

Come membro del Comitato Scientifico della Fondazione San Servolo, sono lieto, al pari degli altri membri del Comitato, di partecipare a questo convegno e di fornire, nella misura del possibile, un contributo attivo alla riuscita di questa iniziativa.

Credo che il compito di proporre qualche riflessione introduttiva di carattere storico – epistemologico allo spinoso tema del Convegno sia tutt'altro che facile.

Cercherò di assolverlo, mantenendomi entro limiti di tempo molto brevi, ma cercando di rapportare il tema stesso del Convegno ad alcune problematiche relative alla psichiatria del nostro tempo: si tratta di mettere a fuoco – a monte delle analisi di carattere storiografico – alcune poste in gioco ed alcune contraddizioni che riguardano l'attualità del lavoro clinico nel contesto della psichiatria istituzionale.

Da molti anni lavoro in ambito storico/epistemologico, a stretto contatto con gli operatori della salute mentale.

Sono convinto che l'indagine storico/epistemologica – ben lungi dal rappresentare soltanto un fiore all'occhiello o un ornamento culturale della psichiatria, della psicologia clinica e della psicoanalisi – debba diventare componente interna della pratica clinica. La pratica clinica, oggi, ha bisogno sia di storia che di epistemologia: a partire da questa consapevolezza, condivisa con molti operatori, ho potuto svolgere le mie indagini all'interno della comunità psichiatrica e negli ambiti istituzionali preposti alla cura del disturbo mentale.

Vengo subito al cuore del problema, prendendo le mosse da alcune evidenze di carattere storiografico. Recenti ricerche dimostrano, nel caso della Germania, il coinvolgimento della psichiatria nella sperimentazione dei dispositivi di sterminio messi poi in pratica, su larga scala, dal regime nazista: l'asilo psichiatrico, in tale prospettiva, si configura come un terreno di preparazione e di sperimentazione del genocidio.

Questo dato, senza alcun dubbio forte ed impressionante era già presente nel libro di Robert Jay Lifton, *The nazi doctors* (Basic Books, New York 1986): all'interno del perimetro manicomiale l'*omicidio medicalizzato* venne consumato, in Germania, in maniera tutt'altro che episodica o frammentaria, sia dal famoso programma T4 (di cui parleranno, in questo convegno, i relatori tedeschi) sia dal famigerato programma di eutanasia dei bambini malformati.

Anche in Francia sotto il regime di Vichy, venne praticato nei manicomi, stando ai dati e alle ricerche di Max Lafont, una sorta di *sterminio dolce*: decine di migliaia di morti – 76000, secondo le recenti indagini di Eichenberg – furono

imputabili all'inerzia di un corpo medico ed amministrativo "che non ha avuto solo un ruolo passivo e rassegnato, ma una parte attiva in questo sterminio dolce, non fosse che in virtù della sua astensione" (M. Lafont, *L'extermination douce*, Ed. Le bord de l'eau, Paris 2000).

Mancano per l'Italia ricerche di carattere generale sul fenomeno. Però alcune cose possiamo già dirle. Si sa già che nel periodo 1940 – 1945 morirà ogni anno circa l'11% dei malati. Questa percentuale sale di 3 punti nel periodo 1942 – 1944.

I casi meglio studiati sono quelli dell'ospedale psichiatrico di Trieste (Norcio e Toresini), di Pergine (Pantozzi) e di Reggio Emilia. Da Reggio Emilia sono partite le importanti ricerche di Mauro Bertani, che sta lavorando alla pubblicazione di un saggio, *La malattia giudaica*, dedicato al problema dei rapporti tra psichiatria e nazifascismo: sarà la prima opera d'insieme su questo problema.

Dalle ricerche in corso emerge l'ipotesi che in molti manicomi italiani siano state attuate, per dirla con Agostino Pirella, forme di *eutanasia passiva*, simili a quelle praticate in Francia da Vichy. C'è un altro dato relativo all'Italia, messo in evidenza da recenti sondaggi d'archivio, ai quali accennava prima il professor Fontanari: in molti casi l'istituzione psichiatrica è stata coinvolta direttamente nell'impresa di deportazione dei ricoverati verso i luoghi di attuazione del programma T4 e verso i campi di sterminio. A tale scenario ed a tali orrori, cioè all'esistenza di un vero e proprio olocausto psichiatrico, verranno dedicati gli interventi di questa giornata.

L'*orrore* è dunque, a ben guardare, l'argomento centrale del nostro simposio.

Come scrisse Vladimir Jankélévitch nel lontano 1956: "Orrore insuperabile di ciò che è accaduto; orrore dei fanatici che l'hanno perpetrato, degli amorfi che l'hanno accettato, degli indifferenti che l'hanno già dimenticato".

La ricerca storica ha il compito, anzitutto etico, di mettere a nudo l'oblio, di rendere impossibile la rimozione, di contrastare la dimenticanza. Ma la ricerca storica deve anche aiutarci a rendere comprensibile l'orrore.

Filosofi di cultura ebraica ed anche fautori di un pensiero critico hanno dato, molto spesso, una definizione metafisica dell'orrore: postura comprensibile, vista l'enormità dell'olocausto. L'orrore, spinto ai suoi limiti estremi, sembra quasi sottrarsi alla nostra possibilità di comprenderlo storicamente e di capire, molto laicamente, quali fattori, quali premesse e quali condizioni lo hanno reso pensabile, possibile e praticabile.

L'olocausto psichiatrico, alla pari di altri orrori, più o meno macroscopici, non è una parentesi; non è – o, se si preferisce, non è soltanto – un *monstrum*, che ci riporta ad un'enigmatica e costitutiva perversità del cuore umano: è in realtà un qualche cosa che noi abbiamo il compito di rendere intelligibile, anche attraverso gli strumenti di una indagine storica ed epistemologica, rivolta soprattutto a ciò che è accaduto nella psichiatria durante il secolo diciannovesimo.

La domanda da porsi, relativamente alla psichiatria, è una domanda pesante.

Michel Foucault l'aveva già formulata nel 1975, in un suo straordinario corso tenuto al Collège de France, dal titolo *Gli anormali* (sta per essere pubblicato da Gallimard e verrà subito tradotto in italiano per i tipi della Feltrinelli). La domanda è molto semplice: come mai la psichiatria ha potuto funzionare così bene e così spontaneamente sotto il fascismo e sotto il nazismo? Questa è dunque la domanda.

Che sia questo il problema di fondo appare evidente anche da una frase a cui vorrei riportarvi, che compare all'interno di una nota introduttiva presente nel dépliant del Convegno. Leggiamola insieme: "Interessa evidenziare quanto la psichiatria nazista si colleghi con alcuni presupposti teorici della psichiatria istituzionale". Da questa frase che, ve lo posso assicurare ha già suscitato qualche malumore e qualche polemica tra gli psichiatri – alcuni si sono detti: "Ma come, noi pratichiamo un'arte nobile; com'è possibile, allora, che si possa collegare l'essenza stessa della nostra arte con questi orrori?" – da questa frase, dicevo, si potrebbe dedurre che la psichiatria istituzionale, considerata nel suo assieme e vista nell'arco del suo intero svolgimento storico, sia e sia stata, intrinsecamente, nazista: punto di vista sommario, liquidatorio, che però l'aggettivo "alcuni" mi pare senz'altro escludere. "Alcuni presupposti teorici" non vuol dire la psichiatria nel suo assieme. Cerchiamo di spiegare con chiarezza questa necessaria distinzione.

CI sembra non solo plausibile ma necessaria, oggi, una ricerca storico/epistemologica orientata ad evidenziare quali particolari teorie, quali pratiche terapeutiche, quali particolari attrezzature concettuali abbiano facilitato l'assoggettamento di non pochi psichiatri al nazifascismo. In quest'ottica vorrei suggerirvi qualche riflessione critica, al di là di ogni giudizio morale e politico che noi siamo sempre autorizzati a dare sulla condotta individuale degli psichiatri.

La psichiatria delle origini, durante la prima metà dell'Ottocento, era animata da un ottimismo terapeutico di netta ascendenza illuministica e da una concezione che vedeva nella malattia mentale un'alterazione parziale e reversibile sia delle facoltà intellettive che degli equilibri affettivi ed emozionali.

Come diceva Esquirol – che fu allievo di Pinel e che viene unanimemente considerato uno dei padri fondatori della psichiatria clinica moderna – "i folli, più o meno, ragionano tutti".

"La follia – come affermò Hegel, attento lettore di Pinel – "lascia sempre intatto un resto di ragione": una parte sana dell'io, diremmo oggi, sulla quale il terapeuta può far leva.

La categoria che tenne banco fino alla metà del secolo XIX fu quella di *monomania*: una follia parziale, ad un solo oggetto o ad una serie limitata di oggetti. A partire da Falret e dal suo famoso articolo *Sur la non-existence de la monomanie* (1854), viene abbandonata la categoria nosografica della monomania, considerata una follia parziale e reversibile, per lasciare spazio ad una concezione che vede nella malattia mentale un'alterazione a tutto l'io, a tutta la persona: un'alterazione irreversibile, ancorata a disfunzioni cerebrali, ereditaria e destinata, nel tempo a cronicizzarsi.

All'orizzonte del pensiero psichiatrico, a partire dalla metà del secolo

scorso, emergono, sullo sfondo di una teoria organicistica della *degenerescenza* (Morel), le seguenti caratteristiche della malattia mentale: cronicità, irreversibilità, ereditarietà.

La malattia mentale non è più una *malattia morale*, come volevano i Pinel e gli Esquirol, ma una *malattia cerebrale* (Griesinger), per lo più incurabile.

Ai *sintomi*, spia del vissuto, si sostituisce la *sindrome*: una sorta di condizione ontologica; un'entità naturale, a decorso infausto e prevedibile. Nascono così le *specie* delle follie: gli omosessuali, i cleptomani, i perversi, eccetera. La sindrome, dunque, rimpiazza i sintomi: slittamento che non è di poco conto rispetto al problema che qui ci interessa.

Viene meno l'ottimismo terapeutico delle origini e si afferma la necessità di costruire una psichiatria come scienza della prevenzione e come strumento indispensabile a garantire l'ordine e la sicurezza sociale.

L'asilo diventa un cronicario; l'istituzione terapeutica un luogo di segregazione e di custodia; la teoria penale della difesa sociale, elaborata in Italia nella seconda metà dell'Ottocento, troverà in questo tipo di psichiatria organicistica e "sicuritaria" un supporto fondamentale.

A partire da queste premesse, si può dire che l'iscrizione della psichiatria nelle pratiche razziste del nazifascismo diventa pienamente intelligibile.

A questo punto vorrei tuttavia spezzare una lancia a favore di una visione un po' più complessa e non unidirezionale del pensiero psichiatrico: voglio dire che questa evoluzione/involuzione storica, da Pinel a Kraepelin, non rende giustizia, se presentata in modo univoco, ad altri sviluppi storici paralleli ed antagonisti della psichiatria istituzionale: quegli stessi sviluppi che portarono la psichiatria di fine Ottocento, con il grande Charcot – maestro del giovane Freud – a scoprire, ad esempio, nell'isteria una malattia mentale legata alla storia del soggetto e non ancorabile ad una qualche lesione d'organo.

Direi questo: l'anima dispotico/segregativa della psichiatria ha sempre convissuto, in maniera più o meno conflittuale, con un'anima terapeutico/dialogica: con una terapia della parola e del dialogo. Pensate che Falret, a metà Ottocento, rimproverava Esquirol e la sua scuola con i seguenti argomenti: siete diventati, egli affermava, i "segretari degli alienati"; siete diventati una variabile dipendente della loro parola; è ora di smetterla con questo tipo di pratica; si trasmette per via ereditaria ed ha basi fondamentalmente organiche.

L'anima dispotico/segregativa dell'alienistica ha sempre convissuto, fin dalle sue origini, con un'anima, come dicevo prima, terapeutica e dialogica, che assegna all'incontro e al dialogo una funzione curativa fondamentale.

Sono convinto che a tutt'oggi questa dialettica – che assai spesso è una contrapposizione – tra dialogo e coercizione, rimane uno dei problemi di fondo della psichiatria, ben lontano dall'essere risolto con lo smantellamento delle strutture manicomiali segreganti.

L'attuale conflitto tra una psichiatria biologica, che si affida pressoché esclusivamente all'azione del farmaco, e una psichiatria del dialogo e dell'incontro (ad esempio quella ad orientamento fenomenologico o quella ad orientamento psicoterapico), non fa che confermare l'esistenza e la drammatica attualità di

questo storico antagonismo tra l'istanza del dialogo e l'istanza della contenzione.

Sappiamo quanto drammatica sia oggi la condizione di molti servizi psichiatrici: incapaci di gestire una presa in carico complessiva dei pazienti e di armonizzare le terapie farmacologiche con le terapie razionali e riabilitative.

Limitarsi alla somministrazione di farmaci significa far prevalere, sotto il comodo ombrello di un approccio biologico riduzionista, l'antica vocazione dispotica e custodialista della psichiatria. Questa è una drammatica realtà, con la quale gli utenti si scontrano giorno per giorno. Questo è uno dei micro - orrori contro il quale bisogna combattere: la storia ci insegna che una psichiatria clinica ancorata – anche se con la cauzione “scientifica” di un riduzionismo biologico – alle sue antiche componenti dispotiche e coercitive, rappresenta sia un reale pericolo per la salute dei pazienti sia, al tempo stesso, un'autentica minaccia per le nostre libertà civili.

Gli orrori dell'olocausto psichiatrico dovrebbero rappresentare un utile monito per tutti noi; un utile monito per gli stessi operatori della salute mentale; un incoraggiamento a potenziare e a valorizzare, in ambito clinico, una presa in carico complessiva (nell'istituzione e nel territorio) ed una terapia integrata, piuttosto che la mera contenzione chimica, la segregazione ed il controllo.

Dalla bonifica della razza alla soluzione finale.

Il ruolo degli psichiatri

Ernst Klee (Francoforte sul Meno)

La richiesta di uccidere o sterilizzare gli ammalati di mente e i portatori di handicap esisteva già molto prima del nazionalsocialismo. L'uccisione vera e propria dei malati ha invece a che fare direttamente con il nazismo. Ci sono centinaia se non migliaia di scritti che molto prima del periodo nazionalsocialista richiedono la sterilizzazione o la morte dei malati.

Hitler, durante la detenzione a Landsberg, nel corso della quale redasse il "Mein Kampf", aveva letto le opere principali sull'igiene della razza e aveva fatto proprie le richieste uscite dall'alveo della psichiatria. Una volta che questo concetto sia compreso diviene anche comprensibile perché in Germania non ci sia stato neppure uno psichiatra che si sia permesso un'opposizione alla deportazione dei pazienti. Quando arrivavano i bus per portare i malati alle camere a gas si avviavano ai campi di sterminio i pazienti improduttivi sostituendoli con quelli produttivi. Purtroppo questa è la verità.

Alcune settimane dopo l'inizio degli stermini di massa, alcuni professori ordinari tedeschi si lamentarono del fatto che i cadaveri degli assassinati venissero semplicemente cremati. Si sarebbe potuto prelevarne i cervelli prima di bruciarli. Per questo motivo in ogni istituto provvisto di camere a gas c'era anche una stanza con il tavolo autoptico. È noto come la psichiatria abbia cercato la sede della malattia mentale nel cervello. Quindi questa richiesta è chiaramente comprensibile per chi conosce la medicina. Si pensa quindi che, se si uccidevano i pazienti, tanto valeva poterli anche utilizzare come oggetto di ricerca, per poi poterne avere con l'autopsia il controllo diagnostico.

Molto prima del nazismo, nell'ambito della psichiatria si eseguivano esperimenti sull'uomo con prodotti farmaceutici. Ciò accadeva fin dal periodo coloniale. C'era un professore, Klaus Schilling, cui si era messo a disposizione il campo di concentramento di Dachau per esperimenti sulla malaria. Questo prof. Schilling aveva fatto in Italia i primi studi su tale malattia negli umani.

Sul famosissimo neuroanatomista Julius Hallervorden abbiamo fatto una ricerca minuziosa che è durata anni. Il prof. Hallervorden sceglieva dei pazienti con la prospettiva di ucciderli. Sceglieva i pazienti, presenziava alla loro esecuzione quando questi venivano eliminati nella camera a gas e infine asportava loro il cervello. Altri lo invidiavano per questo. Dobbiamo eliminare il pensiero che i carnefici considerassero orribili queste cose; al contrario essi ritenevano che questa fosse un'occasione eccezionale per poter fare ricerca su uomini invece che su animali, per poterli studiare e sezionare. Era un periodo magnifico per gli scienziati e tutti erano di questa opinione. Nell'ambito della psichiatria c'era una

grande euforia perché si potevano togliere di mezzo i pazienti che già da anni erano ricoverati e venivano visti come un peso inutile. Fu un periodo di grande euforia, non fu un periodo vissuto come costrizione, tutto il resto sono leggende.

L'esempio tipico secondo me riguarda Joseph Mengele, che i medici hanno intenzionalmente trasformato in mostro per allontanarlo dalla cerchia dei medici. La verità è che Mengele non sparò semplicemente a bambini piccoli o comunque non uccise. Mengele non era ad Auschwitz – Birkenau per uccidere, ma come ricercatore, come eugenetista: un concetto proprio del nazismo. Lavorava presso l'Istituto Kaiser Wilhelm per l'antropologia, l'ereditarietà umana e l'eugenetica e questo era il più famoso istituto di tutta Europa.

In quel tempo si faceva ricerca sulle coppie di gemelli e Mengele ad Auschwitz studiò 350 coppie di gemelli, cioè 700 persone). È accertato che egli stava in piedi sulla rampa di Auschwitz fischiando arie d'opera, contento che arrivasse sempre nuovo materiale di ricerca e impiegando come aiuti i medici internati che provenivano dalle Università più famose e che erano stati arrestati proprio per lui in qualità di specialisti. I gemelli e gli storpi venivano studiati e poi uccisi e i loro organi, nonché gli scheletri, venivano inviati a Berlino all'Istituto Kaiser Wilhelm. Molti lo invidiarono. Sappiamo che l'élite dei medici, non solo gli psichiatri, facevano la fila per poter fare le ricerche nei campi di concentramento, e chi non poteva fare esperimenti nei campi di concentramento li faceva su prigionieri di guerra o pazienti psichiatrici. Ci sono delle ordinanze della Wehrmacht per limitare il flusso di richieste.

Dopo l'abolizione della eliminazione con il gas nel 1941, in alcuni istituti si continuò ad uccidere o con farmaci o per fame. Altri istituti continuarono ad uccidere. C'è il dato di fatto che alla fine della guerra erano stati uccisi tutti i pazienti, meno quelli strettamente necessari per l'agricoltura o la gestione dell'istituto in cui essi vivevano. E ci siamo resi conto che ci sono stati istituti in cui, dopo la liberazione, cioè dal 1945 al 1947, la mortalità era più alta che sotto i nazisti. La considerazione è agghiacciante. Stesso personale, stessa ideologia, stessa visione dell'uomo.

Inoltre c'è un altro aspetto sul piano storico: il fatto che, come già detto, lo sterminio con il gas per i pazienti psichiatrici venne abolito nell'agosto 1941. Si era diffusa la voce infatti che anche i soldati tedeschi feriti a morte sarebbero stati sottoposti a eutanasia; se un soldato sa che verrà ucciso, una volta ferito gravemente, il suo morale non sarà alto. Ritengo che questa sia stata la ragione dell'interruzione del programma. Ma gli istituti non vennero chiusi. Vi vennero ora uccisi i prigionieri malati o portatori di handicap, e quindi non produttivi, o i politicamente indesiderabili, così come anche numerosi prigionieri ebrei. Questi prigionieri venivano altresì scelti dagli psichiatri, ma la diagnosi era quella di "ebreo ribelle" o "ebreo cattolico". In Austria queste uccisioni di prigionieri nei campi di concentramento durarono fino al 1944, in altre zone del Reich fino al 1943; poi saranno i campi di sterminio ad utilizzare questa tecnica di uccisione, con l'unica differenza che gli ebrei non vengono uccisi con il gas della IG Farben di Ludwigshafen, ma con i gas di scarico delle automobili. Questa tecnica la si provò inoltre sui malati.

Dove passò la Wehrmacht gli istituti per portatori di handicap dell'Est furono svuotati dalle uccisioni. Penso che si volesse far apparire l'olocausto degli ebrei come una misura medica, in quanto il direttore del maggior campo di sterminio (Treblinka) era un medico: il dott. Irmfried Eberl. Penso che si volessero utilizzare farmaci, ma poi Eberl fallì in questo intento in quanto ogni giorno veniva trasportato a Treblinka un numero di ebrei maggiore di quanti se ne potessero uccidere in un giorno o di quanti cadaveri si potessero spostare. Per superare questo caos si era spostato, senza soluzione di continuità, il personale che operava nei lager per i pazienti verso i campi di sterminio, cioè a Treblinka, a Sovipur, a Bellschetz.

I campi di concentramento cercarono poi altre soluzioni, ma il collegamento fra l'uccisione dei pazienti e lo sterminio degli ebrei è chiaro. Alcuni operatori terminano il lavoro nell'autunno 1943. Ma essi operarono poi anche in Italia e si stabilirono a Trieste, in una ex risiera utilizzando il nome in codice, "Aktion Reinhard", a nome di Reinhard Heidrich, un capo delle SS. A Trieste venne installato un autocarro produttore di gas di scarico che diventò la centrale italiana dell'olocausto. Per prima cosa si confiscò il patrimonio degli ebrei; poi si cercò di catturare il maggior numero possibile di ebrei e ne sono testimonianza le centinaia di nomi iscritti sui muri di San Sabba. E abbiamo le foto dei carnefici che in un'osteria vicina festeggiano contenti le loro glorie. San Sabba, la risiera, è l'unico crematorio in terra italiana usato per lo sterminio; una parte di detenuti vi venne uccisa e altri vennero deportati in campi di concentramento come Auschwitz. Ci sono racconti terribili di sopravvissuti che descrivono questi trasporti. Con grande sorpresa ho visto anche che Venezia fu l'ultima tappa di Franz Stangel, il comandante di Treblinka. Se si considera che, in data 8.10.1944, i pazienti furono trasferiti da qui (ho una lista di essi e so che alcuni sono stati uccisi subito dopo il loro arrivo a Trieste 11.10.1944 e altri sicuramente in un momento successivo), risulta che la Venezia così turistica è stata uno degli ultimi luoghi di sterminio dei malati ebrei.

Vorrei tornare all'inizio. Ho studiato molto questo argomento per vent'anni e c'è una cosa che ho capito solo ora. Credetemi, la sterilizzazione di massa di persone considerate inferiori e la loro uccisione non ha niente a che fare con il nazismo; è un'idea più remota. La psichiatria non è stata costretta a fare alcunché dai nazisti. Essa ha utilizzato Adolf Hitler e il nazismo, se posso dirlo in termini estremi, per poter realizzare il suo programma omicida e continuare la distruzione della persone inutilizzabili; essa distingueva fra i pazienti che riteneva inutilizzabili e quelli che essa credeva di poter curare per renderli nuovamente utilizzabili. Per il programma di distruzione di questi ultimi la psichiatria usò il nazismo. Nessuno venne costretto a fare alcunché; gli psichiatri lo facevano di propria iniziativa e volontà.

La Psichiatria nel periodo del Nazionalsocialismo

Michael Von Cranach (Kaufbeuren)

Non è facile per uno psichiatra tedesco parlare qua in Italia su questo tema. Si tratta in ogni caso di un tema difficile.

Agli inizi degli anni ottanta alcuni giovani psichiatri, provenienti soprattutto dalle cliniche universitarie, assunsero la direzione di grosse istituzioni psichiatriche con l'intenzione di avviare la riforma psichiatrica. Molto presto essi appurarono che la resistenza ai cambiamenti era cospicua. Comprendemmo che tale resistenza era collegata al fatto che le vicende del passato non erano ancora mai state superate, né discusse.

Ci dovemmo rendere conto che dopo il 1945 non si era mai realizzata una netta cesura con il passato, dato che le terribili vicende successe tra 1939 ed il 1945 non erano mai state elaborate. La rimozione del passato aveva condotto ad una paralisi. A molti di noi era chiaro che il superamento di questa paralisi, così come il superamento dell'istituzione che presentava molte caratteristiche totalitarie, poteva riuscire solo se ci fossimo "costituiti" rispetto al passato. In molti ospedali si crearono piccoli gruppi di lavoro che rovistarono negli archivi e consultarono sia i colleghi che i pazienti più anziani per cercare di capire il passato.

Noi non ci consideravamo degli storici che cercano di sezionare il passato in un modo distanziato e scientifico. Eravamo dell'opinione che sia noi, sia i pazienti che i colleghi anziani, dovessimo calarci, forse anche abbandonarci, al nostro passato come condizione necessaria per poter attuare la riforma psichiatrica. Robert Leicht ha chiarito questo processo con una frase: "Solo guardando e cercando di penetrare ci si libera".

Desidero dividere la mia relazione in due parti: per prima cosa desidero considerare accuratamente quanto è successo. Descriverò quanto è successo tra il 1939 e il 1945 nell'ospedale nel quale opero. Vorrei impostare la seconda parte sulla domanda di come una situazione, quale quella occorsa nella storia, possa divenire realtà e cosa sia necessario per evitare che nel futuro una tale congiuntura possa realizzarsi nuovamente.

Prima parte.

Ho ricevuto e ricevo lettere di familiari 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 ho trovato, accanto agli spazi riservati all'indirizzo e all'anno di nascita, la domanda: "Tara ereditaria: SÌ - NO".

Quando siedo nella sala delle conferenze dell'ospedale dove opero mi trovo sempre 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 in 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 chiese un giorno: "Perché dopo la fine della guerra, nel 1945, mio nonno che lavorava da anni come infermiere in questo ospedale fu sospeso dal servizio?".

Le infermiere e gli infermieri iniziarono da allora, cautamente e timidamente, ad informarsi su quanto fosse effettivamente successo in quei tempi nell'ospedale psichiatrico. Voci e cose sapute a metà diventarono argomento di discorsi all'interno dell'ospedale. Non era possibile evitare un confronto diretto, così iniziammo 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 assassini. Negli atti amministrativi dell'ospedale si trovano ben ordinate sia le lettere, sconvolgenti, dei familiari di pazienti trasferiti o eutanasiati (parola che veniva allora quotidianamente utilizzata) sia le lettere di risposta del direttore.

Ma desidero lasciare la parola, citando le fonti sopra menzionate, alle vittime, ai familiari, ai testimoni ed agli accusati per 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". L'esecuzione 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 dei moduli, compilati direttamente dalla direzione, tramite i quali si dovevano denunciare tutte le seguenti tipologie di 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,²

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.

Una commissione di lavoro, istituita 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: SÌ ... NO...INCERTO.

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

La succitata commissione di lavoro del Reich riunì in liste i malati selezionati, liste che venivano inviate ai rispettivi ospedali psichiatrici 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 provvisti di camere a gas e crematori e liberati dei ricoverati precedenti. Subito dopo l'invio, 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, dissimulata come doccia, si trovavano i 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. Dopo circa un'ora le salme venivano trasportate e bruciate nel forno crematorio.

Questo modo di procedere, che non poteva certo essere tenuto segreto alla gente, 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 tali azioni". In questa prima fase furono uccisi circa 60.000 pazienti.

Nel manicomio di Hadamar Assia in questo primo periodo dovrebbero essere state uccise come minimo circa 10.000 persone visto che fu celebrata una festa in occasione della decimillesima cremazione.

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 tutto cambiò. Quando tornai nell'agosto del 1940 dalle ferie, nel mio reparto F3b, dove erano ricoverati prevalentemente malati tranquilli, molti di loro erano spariti. Allora non si sapeva ancora dove. Noi pensavamo che essi 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 1940. Per le infermiere era particolarmente difficile spedire ad una morte sicura, come se fossero stati animali da mandare al macello, malati che venivano curati da anni. 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, sugli automezzi ed in alcuni casi li legavano con delle catene.

Avevo l'impressione che fossero membri delle SS camuffati. Le corriere non arrivavano mai dall'entrata principale dell'ospedale. Arrivavano 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 prima 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, Grafencek nel Baden-Württemberg e Hartheim vicino a Linz, dove essi vennero uccisi.

Poi crebbe l'agitazione tra il personale: suore ed infermieri cercarono di convincere i familiari dei pazienti a riprenderseli a casa, cosa che in effetti in alcuni casi avvenne.

I familiari ricevettero la seguente lettera: "Con la presente La informo che Suo figlio, in base al piano di pianificazione economica e alle misure di sgombrò è stato trasferito in un altro ricovero. 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 meno dei pazienti. Lei sarà informata in tempo stabilito dal nuovo ospizio sullo stato di salute di Suo figlio".

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

"Oggi ho ricevuto una Sua lettera proprio quando avevo finito di prepararmi per prendere il treno di mezzogiorno per venire a trovare la mia amata figliola all'ospedale. Ero paralizzata dallo spavento leggendo la lettera, una cosa del genere è veramente terribile per una madre. Se avessi saputo che un nuovo trasferimento della mia ragazza sarebbe stato possibile certamente avrei insistito per riportarmela a casa e certamente il carico non sarebbe stato eccessivo. Lei mi informa di non sapere dove essa sia 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 Elisabetta, 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 stata data 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 io 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 convocati dal ministero degli Interni, reparto Sanità, 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 sarebbero insorte. Quindi prese la parola il direttore di Kaufbeuren che espose il proprio modo di agire. All'inizio egli sarebbe stato contrario all'eutanasia, poi osservando le cifre ufficiali la rimpiangeva. 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, richiamando chiaramente l'attenzione sull'“assolutamente privo di grassi”. Entro tre mesi i malati morivano a causa dell'edema da fame. Egli consigliò a tutti gli ospedali, come necessità impellente, 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 “E” 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. Questi iniziò a bestemmiare ed a strillare e urlando disse che avrebbe preferito buttare via il brodo piuttosto che darlo a quei malati”.

Il sacerdote dell’ospedale riferì: “Vorrei poter illustrare il carattere cinico del responsabile con il seguente esempio: i pazienti sottoposti alla dieta “E” che per molti mesi interi non ricevevano carne, proprio il mercoledì delle ceneri ed 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 i 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 da 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 della 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 eutanasizzare 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 egli stesso mi spiegò. Egli mi raccontò che nell’ospedale c’erano molti malati cronici e infettivi, e 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 Morfinscopolamin in sciroppo. Se la somministrazione di Luminal o Veronal non produceva l'effetto desiderato veniva utilizzata la Morfinscopolamin. Il mio compito era quello di somministrare i farmaci, controllandone sia il tipo che la quantità, ai malati che il medico aveva ritenuto di inserire nella lista dei pazienti da sottoporre ad eutanasia. Il medico comunque 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 verbali 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 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 avevano spinto ad agire in quel modo. Lui si riferì ad 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 grado di servizio. Se mi viene rimproverato il fatto che in base al mio giuramento di servizio ero obbligato a mantenere i segreti ma non ad attuare omicidi, rispondo che una persona in fin dei conti ciò 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 ed il suo collega dell'ospedale di Haar

(Monaco) esisteva un contatto sufficientemente stretto. Si consultavano su quali pazienti dovessero essere sottoposti ad eutanasia, quali dovessero essere esclusi e sul modo di procedere. Il direttore dell'ospedale di Haar durante il suo interrogatorio spiegò:

“La nostra opinione riguardante l'eutanasia è che essa fosse un procedimento esclusivamente per quei malati di mente per i quali un miglioramento era da escludere, cioè schizofrenici gravissimi, gravi casi di idiozia e psicosi organiche difettuali 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, e 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. 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 ed 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 ed 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 ad entrare nella dispensa delle mele le ha spartite cori 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 presumibilmente 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, di pietà, tanto meno 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 elaborata 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, bensì respinta in modo da stabilire un chiaro distacco. 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 smantellate paure ed 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.

Desidero ora passare alla seconda parte della mia relazione.

Come poteva succedere qualcosa del genere? In quel periodo lavoravano nelle cliniche psichiatriche molte migliaia di persone, medici, infermieri, amministratori, suore e sacerdoti. Sappiamo che l'opposizione era molto scarsa lo sono sicuro, e testimonianze dopo il 1945 lo documentano, che tutti sapevano molto bene che quanto stava succedendo ora contro alle leggi in vigore, contro le norme professionali e contro i valori cristiani. Siamo a conoscenza che solo pochissimi rifiutarono di denunciare i pazienti a Berlino o che cercarono di ritardarne la denuncia. La maggioranza delle persone che lavoravano all'interno della psichiatria hanno tollerato quanto stava succedendo, molti di loro hanno collaborato attivamente. Se si osserva la biografia degli psichiatri colpevoli di aver collaborato, sul mio predecessore all'ospedale è appena stato pubblicato un libro, si osserva che la maggior parte di loro non erano né mostri né possedevano personalità gravemente disturbate; ma erano invece buoni medici, per alcuni di loro si può addirittura dire che il loro impegno ad ottenere un miglioramento dell'assistenza per i pazienti, era decisamente sopra la media di quei tempi. Ad esempio il mio predecessore era famoso perché negli anni venti e all'inizio degli anni trenta aveva ideato ambulatori esemplari; veniva considerato come psichiatra progressista, e all'inizio degli anni trenta si era dichiarato apertamente come contrario a eutanasia. Cosa successe con queste persone che poi divennero assassini? Klaus Dörner, uno psichiatra di Gütersloch, che si è occupato molto intensamente di questo tema, è dell'opinione che gli psichiatri hanno inteso l'uccisione, l'omicidio, come atto terapeutico. Erano disposti a difendere e intercedere per i pazienti che ritenevano guaribili ed uccidevano quelli ritenuti inguaribili, per evitare di essere confrontati con i loro insuccessi. Contro questo punto di vista parla però il modo ed i metodi usati per le uccisioni; queste erano crudeli e brutali. Le persone che venivano uccise erano state private della loro natura umana, venivano utilizzate a scopo sperimentale e torturate. Non esiste nessuna spiegazione plausibile per quanto è avvenuto. Mi ha colpito in modo particolare la spiegazione di Hanna Arendt, la quale come osservatrice del processo Eichmann, ha coniato il concetto della banalità del male. Gli uomini possono divenire assassini, sia quando viene dato a loro un potere che non viene controllato, sia quando la loro coscienza individuale viene sostituita da una coscienza di stato. Queste persone non si assumono più la responsabilità delle proprie azioni né di fronte a se stesse né di fronte agli altri; la responsabilità ce l'ha qualcun altro, il capo, in fin dei conti il Führer. Poco tempo fa è stato pubblicato in Germania un libro di Goldhagen in cui l'olocausto degli ebrei viene attribuito al fatto che in Germania dominava sempre una forma particolare di antisemitismo, la quale, diversamente che in altre nazioni, aveva sempre avuto un forte carattere eliminatorio. Questo modello di spiegazione è giusto anche per l'olocausto psichiatrico. A quei tempi in tutta l'Europa ed in America esistevano progetti

sull'eutanasia e il darwinismo sociale. In Germania però la lingua con la quale questi concetti venivano espressi, già prima di Hitler, era molto più concreta e brutale.

Credo sia molto importante che noi ci occupiamo di questo passato, non solo per poterlo elaborare ma bensì per impedire che qualcosa del genere si verifichi ancora. Dobbiamo sempre fare attenzione che la nostra coscienza e responsabilità individuale siano i fili conduttori del nostro agire. Di fronte a queste riflessioni sul passato, ad esempio, non posso appoggiare la convenzione bioetica dell'Unione Europea, firmata anche dall'Italia. Questa convenzione ammette che vengano condotti esperimenti su persone che non sono in grado di intendere e di volere. La Germania è l'unica nazione europea che non ha firmato questa convenzione, proprio a causa delle riflessioni sul passato.

Desidero concludere la mia relazione in un modo un po' insolito. Vi prego di non meravigliarvi se vi farò sentire una bellissima ninna nanna di Puccini. Poi vi spiegherò in che modo questo canto è collegato con l'olocausto psichiatrico. Questo canto simboleggia per me che anche di fronte al terribile passato non dobbiamo perdere la fede nell'umanità della psichiatria.

Puccini aveva un amico molto caro a Lucca, che morì prematuramente quando la moglie aspettava un bambino. Puccini scrisse nel 1898 la ninna nanna per la nascita di questo bimbo che non avrebbe mai potuto conoscere il proprio padre; questo bambino divenne poi psichiatra e direttore della clinica psichiatrica di Lucca. A causa del suo atteggiamento antifascista, ma soprattutto perché si era rifiutato di consegnare alle SS dei pazienti ebrei, doveva essere arrestato dai fascisti. Lui riuscì a scappare, si rifugiò in un convento vicino; lì fu trovato dalle SS e fucilato, anche il figlio dodicenne venne ucciso durante questa azione. Questo è l'unico caso a me conosciuto di uno psichiatra che ha pagato con la vita la sua umanità. Questo è un esempio concreto di coraggio e fermezza che ci fa sperare che cose del genere non capitino mai più.

Questo però non è tutto. Nel 1944 un ricercatore di tubercolosi si mise in contatto con il mio predecessore e gli chiese di poter sperimentare una nuova vaccinazione antitubercolare sui pazienti. Nello stesso periodo vennero trasferiti all'ospedale psichiatrico di Kaufbeuren, nell'ambito della deportazione di pazienti psichiatrici, dei giovani handicappati mentali del Tirolo Italiano. Su questi bambini venne sperimentata la nuova vaccinazione tramite scalfittura della pelle. E di questi molti morirono tra dolori terribili, con la maggior parte della cute infiammata a causa della vaccinazione.

Grazie all'impegno e all'interessamento del dott. Toresini e del suo amico dott. Tranchina è stato possibile avere la testimonianza diretta dei due figli del prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Lucca che è stato trucidato dai nazifascisti.

Pierluigi Lippi Francesconi (Lucca)

Sono molto emozionato e nello stesso tempo vi sono molto grato per avermi invitato qui oggi per ricordare cose che avvennero 54 anni fa; ciononostante sono ancora molto vive nella nostra mente.

Mio padre era un uomo tranquillo, un uomo sereno, uno studioso. La sua giornata era organizzata in modo tale che alla mattina si alzava alle 5 e studiava fino alle 8, dalle 8 alle 12 o l'1 faceva il direttore dell'ospedale, poi veniva a casa a mangiare e dopo il pisolino di una mezz'ora sulla sua poltrona, ritornava a lavorare, tranne che per due giorni la settimana quando andava al suo ambulatorio privato. Io l'ho sempre visto fare così.

Non vi potete immaginare quanto gli fu difficile la vita quando cominciò la persecuzione fascista contro di lui, non si poteva muovere, non poteva fare niente.

La cosa prese spunto, principalmente, da una perizia che lui aveva fatto su un paziente che si era suicidato dopo una serie di bastonate dei fascisti. Il federale, che allora era a casa nostra per un invito, per cercare di aggiustare un po' le cose, ebbe l'idea di dire a mio padre: "Beh, professore, se c'ero io a Lucca, ai tempi della perizia, lei avrebbe tratto delle altre conclusioni", naturalmente mio padre non poté accogliere questa frase e ci fu un piccolo battibecco. Questo forse fu una delle cause per cui cominciò una persecuzione verso di lui.

Poi vennero un sacco di cose, certificati contestati, la telefonata del federale "Guarda che se vedi quel tale non deve essere matto" o cose del genere, ed è stata un'escalation continua.

Poi ci fu la caduta del fascismo, il 25 luglio. Gli infermieri che erano stati sorpassati da altri per i meriti politici, fecero una sommossa, in ospedale, dicendo "Noi vogliamo i nostri diritti ora". Allora mio padre fece un ordine del giorno in cui mise una frase che era "La caduta senza gloria di un governo rovinoso non deve farvi perdere i vostri precisi doveri ecc. ecc."

Poi venne l'8 settembre e furono fatti togliere tutti questi ordini del giorno, ma ne rimase uno, dentro uno stipetto degli operai, che fu tagliato e portato alla federazione. Questo fu l'ultimo atto, perché dopo parti il mandato di cattura da parte del tribunale fascista. Cercarono di arrestare mio padre ma lui riuscì a fuggire e facemmo lo stesso anche noi due fratelli quando dopo due - tre giorni vennero a cercare noi due, finché poi andammo a finire nella famosa Certosa di Frammeta. Noi cercavamo di stare vicini perché il papà non aveva mai voluto allontanarsi dall'ospedale, quindi eravamo fuggiti sul monte vicino. Quando incominciarono

a battere la zona pensando che ci fossimo noi, i Padri della Certosa di Farneta che ci fecero sapere che potevamo andare lì e che saremmo stati protetti da loro, perché altrimenti i tedeschi sarebbero passati sui loro corpi. Ma i tedeschi passarono sopra ai loro corpi, uccisero dei frati e noi fummo catturati.

Poi fummo portati a Camaiore e, dopo la notte in prigione durante la quale ci fu qualcuno ucciso, ci portarono con una gran macchina al Forte di Massa, alla prigione di Massa. Lì noi ci trovammo un pochino meglio, perché eravamo alloggiati nella cappella insieme a delle persone che ogni giorno uscivano, quindi c'era un certo contatto con l'esterno ma dopo due - tre giorni che eravamo lì ci presero tutti quanti per portarci via e sulla porta ci divisero da papà.

È l'ultimo ricordo che ho di lui al di là del Forte, della prigione, con una scodella in mano e una coperta sotto al braccio, e ci dissero che ci avrebbero portato a lavorare fuori, mentre lui avrebbe lavorato in un ospedale e così ci lasciammo abbastanza tranquilli.

Ho avuto la certezza che lui fosse stato ucciso a Massa solo dopo 17 anni, durante i quali abbiamo fatto le ricerche più impossibili in campi di concentramento in Germania, ecc. ma non era risultato niente. Poi venne da me un rappresentante di medicinali dicendomi che mi portava i saluti di una signora che ci aveva dato un pacco quando i tedeschi ci caricarono sul camion e ci portarono via. Mi ricordai di questa cosa del pacco e andai a trovare questa signora che mi disse, appunto, che si ricordava bene di tutto e che quando lei ci dette il pacco sapeva che mio padre era già stato ucciso, però non ce lo disse per lasciarci tranquilli.

Così io ricominciai le ricerche, che già avevo fatto subito dopo il passaggio del fronte, tra i vari morti, perché sull'elenco dei morti del cimitero del Mirteto ci sono io, c'è mio fratello e c'è mio padre. Io pensai che non trovando mio padre nella fossa che gli era destinata, forse se l'era scampata anche lui, come ce l'eravamo scampata noi due. Trovammo invece una salma che è rimasta lì 17 anni e riesumandola potei constatare che era la sua. Così gli ho dato la sepoltura dove lui la voleva, levandomi un gran peso, perché mentre prima facevo sempre dei sogni bruttissimi, sognandomi il suo ritorno in una maniera o nell'altra, da quel giorno lì ho dormito in pace anch'io.

Franco Lippi Francesconi

Mio fratello ha già riferito molto. Vorrei solo aggiungere che la mattina in cui, nel carcere di Malaspina di Massa, ci divisero da nostro padre, assicurandoci che lui avrebbe continuato la sua professione medica ci precisarono, lo disse un tedesco che venne a prenderlo, che avevano bisogno di medici di qualsiasi tipo e ci rassicurarono, dato che noi eravamo giovani, io minore avevo 15 anni e mio fratello ne aveva 18, che il papà sarebbe stato utilizzato come medico.

Ricostruendo tutto questo, quando è stato rinvenuto il cadavere, abbiamo trovato anche delle persone che hanno assistito alla sua uccisione, erano delle

donne nascoste in un certo posto vicino alle cave di marmo di Carrara. Hanno visto arrivare una camionetta dalla quale è stato fatto scendere nostro padre e in un secondo l'hanno fatto inginocchiare e l'hanno ucciso con una rivoltellata in testa. Questo è avvenuto, pare, venti minuti dopo il momento in cui l'hanno diviso da noi.

L'abbiamo cercato per 17 anni perché questa era una cosa assolutamente non conosciuta e abbiamo fatto ricerche ovunque, ma purtroppo l'abbiamo ritrovato solo dopo tutto questo tempo.

È la nostra storia, non abbiamo altro da dire. Ci sarebbero molte cose da aggiungere, ma è che siamo stati presi e poi noi siamo riusciti a tornare indietro. Purtroppo oltre la situazione che è nota trovammo che era stato ucciso anche il nostro fratello più piccolo di 12 anni e che era stata ferita gravemente nostra madre, per cui la nostra famiglia è stata gravemente colpita.

Siamo rimasti solo noi superstiti: mio fratello ha seguito la carriera di papà, io no, io mi sono rivolto ad altre cose e ringraziamo comunque per l'attenzione che ci avete dedicato.

Considerata l'importanza di ricordare questa tragedia e il sacrificio di un coraggioso collega psichiatra si ritiene utile riportare anche l'intervista che il dott. Tranchina, psicologo di Firenze, ha fatto prima di questo convegno ad uno dei fratelli Lippi Francesconi, così da inquadrare meglio i fatti nel loro contesto storico.

Intervista al Prof. Pierluigi Lippi Francesconi

Lucca 28 settembre 1998

Paolo Tranchina: le ho telefonato alcuni anni fa, in occasione della prefazione che scrissi, insieme alla dott.ssa Maria Pia Teodori, per gli atti del convegno "Psichiatria e Nazismo", tenutosi a Monrupino l'8 febbraio 1993. (1) Allora mi diede sintetiche informazioni sull'assassinio di suo padre da parte delle brigate nere che riassumemmo così:

"Del prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore del manicomio di Lucca, si racconta che abbia rifiutato di dare ai fascisti l'elenco dei suoi 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 fu riferito dal figlio, dr. Pierluigi Lippi Francesconi, suo padre, il prof. Guglielmo, 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." (2)

Riprendendo adesso il discorso le sarei molto grato di sapere di più di suo padre.

Pierluigi Lippi Francesconi: mio padre giunse alla direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Lucca molto giovane, aveva 36 anni e incominciò una vita tranquilla di lavoro e dedizione per alcuni anni, benché avesse difficoltà a gestire il tutto perché c'era il capo del personale dell'ospedale che era fascista, era il segretario politico della zona che lo boicottava: per esempio alle adunate fasciste gli mandava sempre l'invito come direttore, e il papà le poche volte che c'è andato, c'è andato in divisa da granatiere perché lui era il capo dei granatieri in congedo, e quindi poteva usare anche quella divisa. Così le cose sono state difficili fino al momento che si sono accentuate queste difficoltà. Ha avuto alcune difficoltà con i vari federali che si sono succeduti e la situazione è diventata sempre più tesa per

cui durante questo periodo gli hanno fatto un sacco di angherie, gli hanno sequestrato la macchina, insomma l'hanno veramente martirizzato in ogni modo. Ci sono stati degli episodi, come il federale che telefona che quel tale non doveva essere dichiarato malato di mente, quell'altro sì, insomma cose del genere, e poi le cose si sono accentuate fino a che un certo momento venne a sapere dalla telefonata di un amico che era stato emesso mandato di cattura dal tribunale fascista.

Lui si allontanò dall'ospedale, riuscendo a chiedere il permesso per assentarsi un po', e poi venne in ospedale per prendere noi figli, noi scappammo, raggiungendo papà sulla montagna, accanto all'ospedale, dove ci siamo rifugiati per un po' di tempo. Poi i padri della Certosa vennero a sapere che noi eravamo lì, e ci dissero che saremmo potuti andare lì da loro, che loro ci avrebbero protetto, dicendo che avrebbero dovuto passare sui loro corpi, cosa che poi i fascisti hanno fatto. Andammo in Certosa. La notte tra l'1 e il 2 settembre fummo presi da loro. Sentimmo suonare all'una e mezzo alla porta della cella in cui eravamo e c'erano due mitragliatori pronti, spianati. Fummo presi. Da lì ci portarono a Camaione, anzi a Novi, ci portarono a Novi, dove fecero una selezione. Un certo numero di persone le fecero fuori subito. Furono quelli uccisi a Pioppeti. Noi invece ci portarono a Massa con una marcia lunghissima, e arrivati là ci misero nelle prigioni di Massa. Ma noi eravamo stati messi in una cappella insieme a degli operatori e ad altre persone che erano portate fuori di giorno a lavorare, per cui eravamo abbastanza tranquilli. Invece altri nostri compagni li avevano messi nelle galere. La mattina del 10 dicembre ci dissero che dovevamo andare via tutti e mentre stavamo uscendo, papà lo fermarono sulla porta, dicendo che sarebbe stato adibito a lavorare in ospedale e noi invece dovevamo seguire i deportati. Poi noi siamo stati al campo di concentramento di Fossoli, a Carpi, vicino a Modena, e lì, dopo una quindicina di giorni, riuscimmo a scappare e a tornare indietro e quando fummo a casa si seppe quello che era successo, che mio fratello era stato ucciso e la mamma ferita durante un rastrellamento. Era il mio fratello più piccolo; non le dico la vita di mamma quella che è stata. Non ha perdonato questa cosa e ha sofferto moltissimo nella sua lunga vita, perché la mamma è morta a 87 anni e mezzo.

Dopo 17 anni di ricerche in tutto il mondo venne da me un rappresentante di medicinali di Carrara e mi portò i saluti di una signora che disse che aveva dato a me e a mio fratello un pacco... Io mi ricordai di questa donna, andai a trovare questa signora e la riconobbi perché aveva un occhio storto che mi era rimasto impresso e questa signora mi disse che papà era stato ucciso qui a Massa. Io avevo sentito gente che aveva detto di averlo visto a Bolzano, ma non era mai risultato da nessun documento, in campi di concentramento o altro. E allora io ricominciai le ricerche a Massa dove le avevo già fatte, appena Massa fu liberata. Al cimitero di Massa, tra i morti, c'ero io, mio fratello e mio padre, però essendo notizie sbagliate, controllai la tomba di quello che doveva essere mio padre ma non era lui, io ho aperto la cassa e non era lui. Aprimmo altre casse e non lo trovai. Non potevo aprirle tutte, specialmente di quelli che non erano conosciuti.

Allora riandai a Massa e ricominciai a cercare finché non venni a sapere da

un becchino del cimitero che c'era stata una salma che era conosciuta come quella del podestà di Lucca, un certo Domenico Jannini, ma quando avevano fatto il funerale di Domenico Jannini la moglie non lo aveva riconosciuto. E allora io ho fatto riesumare questi resti e potei vedere che era mio padre dalla forma del cranio, dalla protesi che aveva in bocca che era nuova e dalla altezza che corrispondeva a quella di mio padre. E poi aveva due fori alla nuca. Allora dopo 17 anni riuscii a dargli la sepoltura. E così è finita la nostra storia.

Paolo Tranchina: perché suo padre è stato perseguitato?

Pierluigi Lippi Francesconi: perché si era venuta a creare tutta una situazione. C'era stato un episodio che ho trascurato. Quando cadde il fascismo, il 25 luglio, lui fece un ordine del giorno in ospedale in cui scrisse che "la caduta senza gloria di un governo rovinoso, non deve far perdere di vista i vostri doveri". Allora tutti gli impiegati, infermieri che erano stati assunti per ragioni politiche, fecero una sommossa, e allora lui fece questo comunicato mettendo questa frase. E poi nell'ultimo periodo, negli ultimi anni c'erano stati diversi episodi in cui lui si era messo in difficoltà con la federazione. Dissero che era antifascista, ed era vero, perché mio padre lo era, nonostante cercasse di fare in modo di attenuare questa lotta che c'era, invitando a casa nostra, a pranzo, il federale. Una volta, a tavola, il federale fece riferimento a una perizia che mio padre aveva fatto di un tale che si era suicidato, dopo essere stato bastonato dai fascisti, nella quale mio padre scrisse che forse questo non sarebbe successo senza l'aggressione subita. E il federale a un certo momento disse "Ah professore, se noi ci fossimo conosciuti prima, anche le conclusioni della sua perizia sarebbero state diverse". Mio padre ripose che aveva scritto così perché la pensava così.

Un'altra volta ci fu un ufficiale a Lucca che ebbe uno scatto d'ira per cui fu preso e portato all'ospedale militare; mio padre era stato chiamato per vederlo e certificò che non era pazzo perché era stato sollecitato da particolari emozioni e poteva avere avuto uno scatto d'ira ma assolutamente non era una persona malata. Anche in quell'occasione telefonò a casa il federale dicendo: "Guarda che se ti capita di vedere il Raffaelli, quello non deve essere matto". Mio padre disse che non era matto, ma se sollecitato poteva avere questi scatti d'ira.

Egli era uno che non si piegava anche se non ha preso mai una posizione precisa ma naturalmente quando andavano a toccarlo sul vivo diceva quello che pensava.

Accaddero altre cose, come l'umiliazione di avergli sequestrata la macchina: doveva andare all'ospedale a Lucca in bicicletta.

Paolo Tranchina: risulta che suo padre aveva avuto un atteggiamento protettivo verso gli ebrei?

Pierluigi Lippi Francesconi: questo sì; chi ha potuto sistemare lui lo ha sistemato, sia gli ebrei che gli antifascisti. Li ricoverava in ospedale, erano là, sotto la sua protezione. Questo è successo varie volte.

Paolo Tranchina: e quando i fascisti gli avevano richiesto l'elenco degli ebrei ricoverati lui non glielo ha dato. Me lo ha detto lei qualche anno fa, quando le ho telefonato, che i fascisti gli avevano chiesto l'elenco degli ebrei ricoverati in ospedale e lui si è rifiutato di consegnarglielo.

Pierluigi Lippi Francesconi: forse sì, non ricordo bene, mi sfugge questo particolare. Ma c'erano diverse persone in ospedale che lui proteggeva. Sa c'erano allora 2000 ricoverati.

Paolo Tranchina: è l'unico direttore di ospedale psichiatrico ad essere stato perseguitato e ucciso.

Pierluigi Lippi Francesconi: è vero, e le dirò questo, che io mi ero un po' meravigliato che non se ne fosse parlato mai. Non ho voluto essere io a parlarne, e mi fa molto piacere che ci sia ora questa cosa che ricorda quanto è avvenuto.

Paolo Tranchina: Klaus Doerner in un suo recente intervento (3) si interroga sul perché del silenzio, sul perché dei crimini nazisti contro i malati di mente, che hanno causato più di 100.000 morti, siano stati scoperti e denunciati con tanto ritardo. Doerner fa un'analisi molto interessante del nazismo cogliendolo come una biocrazia, della quale i medici nazisti erano i sacerdoti. Questa cosa è importante perché ci aiuta a fare un po' di luce, perché se si parla di qualcosa che è come una guerra religiosa per la purezza della razza, del popolo eletto, allora si pensa subito all'inquisizione, agli eccidi dell'estremismo islamico. Doerner sottolinea anche che sono stati dei dilettanti di storia, non gli storici professionisti, a scoprire e denunciare questi fatti. La stessa cosa sembra sia avvenuta per suo padre. Quindi è importante saperne di più.

Pierluigi Lippi Francesconi: mio padre era un uomo che studiava tanto, lavorava tanto. Si alzava alle cinque e studiava fino alle otto. Poi alle otto andava in ospedale psichiatrico, dove svolgeva le sue funzioni di direttore, poi veniva a casa per il pranzo, si metteva a tavola e poi faceva un pisolino. Poi andava nel suo studio privato, che aveva in casa, e continuava a lavorare, studiare, fare perizie e cose del genere, insomma, lui era un uomo di scienza.

Paolo Tranchina: quando abbiamo presentato a Roma il libro "Psichiatria e nazismo", (4) ho sostenuto che secondo me noi italiani avevamo avuto un atteggiamento più morbido dei tedeschi rispetto alle persecuzioni contro gli ebrei. C'erano alcuni rappresentanti di gruppi ebraici che hanno detto che non era vero, che noi Italiani siamo più pasticcioni, meno efficienti dei tedeschi, e quindi abbiamo dato la caccia agli ebrei con meno efficacia dei tedeschi. Quindi è importante che lei venga a Venezia, al convegno su psichiatria e Nazismo. Lorenzo Toresini si occuperà di tutto, le faremo anche la dialisi a Venezia se ce n'è bisogno.

Secondo me la diffusione di queste informazioni è importante, può avere

una grossa rilevanza, è anche rendere giustizia a suo padre. Questo materiale entra in contesto internazionale e acquista la rilevanza che deve avere. In Italia c'è stata tutta una forte lotta contro il fascismo, il nazismo, c'è stata la resistenza. Qui, a differenza della Germania c'è stata una grossissima opposizione e suo padre rappresenta uno degli aspetti alti, nobili, anche perché, come dire, era un uomo retto che faceva il suo dovere, non era un rivoluzionario, un barrigadero, ma tuttavia era intollerabile per il fascismo uno che faceva il suo dovere, che non voleva mentire. Veramente questo accanimento contro di lui non è facilmente comprensibile, questa intolleranza. Ho letto che all'inizio degli assassini delle SS a Dachau, il procuratore locale si è opposto, ha fatto disseppellire i cadaveri trovando tracce delle sevizie. Poi però le cose erano cambiate e la giustizia è stata subito addomesticata. Non sono state tante le opposizioni al Nazismo in Germania. Anche suo padre, come quel procuratore non voleva negare la verità, solo che fa parte idealmente e concretamente di tutto un movimento che è stato specifico del nostro paese: la Resistenza.

Signora Lippi Francesconi: durante un rastrellamento, mia suocera rimase ferita a una gamba e con grande istinto di conservazione si è ricucita da sé la ferita con un ago, da sola. Perché rimase sola, tutte le donne del paese scapparono spaventate, e lei rimase sola con il bambino in braccio morto. Mi ricordo che raccontava sempre che gli usciva tutta la materia cerebrale, era stato colpito in pieno, è morto immediatamente. Aveva dodici anni. Si chiamava Pierfausto.

Paolo Tranchina: è importante che lei venga a riferire al convegno di Venezia, perché adesso le cose sono cambiate. Allora il direttore di un ospedale psichiatrico aveva un potere enorme, era un momento fondamentale di raccordo tra potere politico e potere sociale e potere istituzionale, aveva un posto fisso nella giunta provinciale.

Pierluigi Lippi Francesconi: mio padre è arrivato a Lucca come direttore a 36 anni ed lo è stato dal 1936 al 1944. È stato direttore 9 anni e glieli hanno fatti proprio soffrire tutti.

Paolo Tranchina: certo che è strana questa cosa, dal '44 sono passati più di 50 anni, è passato più di mezzo secolo, 54 anni esattamente, ed è strano come queste cose siano passate sotto silenzio per mezzo secolo.

Signora Lippi Francesconi: però tutti gli anni qui a Lucca viene commemorato l'eccidio di Farneta.

Pierluigi Lippi Francesconi: però l'eccidio di tutti in Farneta, anche dei Padri certosini ma non specificatamente l'omicidio di mio padre. Ma quando andavo alla commemorazione, e ci andavo tutti gli anni, di mio padre non si parlava mai.

Signora Lippi Francesconi: sì, però all'Istituto storico della resistenza c'è il quadro di tuo padre, di tua madre ...

Pierluigi Lippi Francesconi: li ho portati io.

Paolo Tranchina: certo che è strano questo silenzio. Adesso le cose forse stanno cambiando. Vi ho fatto vedere le pubblicazioni dei Fogli di Informazione su Psichiatria e Nazismo, Psichiatria e pulizia etnica in Alto Adige, credo che pubblicheremo anche gli atti del convegno di Venezia. Il convegno su Psichiatria e Nazismo è stato fatto per commemorare la deportazione dall'Ospedale Psichiatrico di Trieste di 30 pazienti ebrei. Le SS si erano dimenticate di una vecchina di 90 anni e dopo una settimana sono venuti a prenderla armati di tutto punto. La cosa è stata ricostruita attraverso lo studio delle cartelle dove era rimasta traccia della deportazione.(5)

Pierluigi Lippi Francesconi: per quello che ricordo io, papà li ha protetti, per questo l'hanno portato via.

Signora Lippi Francesconi: perché avete detto che egli è stato l'unico medico psichiatra che si è opposto al nazismo.

Paolo Tranchina: così esplicitamente sì, perché io sapevo del dott. Pieraccini, che era il direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Arezzo, lui era socialista e non lasciava entrare i fascisti in manicomio perché lì comandava lui. Io ho lavorato a Arezzo e mi hanno raccontato che quando i fascisti si presentavano all'ingresso dell'ospedale cercando di entrare, lui gli andava incontro con infermieri ben piazzati e insieme li scacciavano. E non ci hanno mai messo le mani sopra. Non è che, nonostante le linee generali, sia tutto uguale: Pieraccini ha mantenuto la direzione dell'ospedale. Non mi risulta che abbia avuto un atteggiamento così protettivo verso gli ebrei come il suo babbo, anche se forse lo faceva e non lo sappiamo. Colpisce che un socialista dichiarato che si opponeva violentemente contro i Fascisti non sia stato ucciso. Forse avranno cercato di perseguitarlo, non so, ma si vede che era una persona molto potente in zona. Mentre una persona mite come suo padre è stato ucciso. Come mai lui sì e Pieraccini no? Sono forse domande troppo semplici, ma noi non siamo storici. Siamo addetti ai lavori, io faccio lo psicanalista. Ma ci poniamo delle domande.

Signora Lippi Francesconi: io rimasi colpita che partisse da medici tedeschi un'iniziativa di ricerca sul problema dei rapporti tra psichiatria e nazismo.

Paolo Tranchina: sì perché loro stanno facendo tutta una ricostruzione di questo periodo sul quale c'è stato l'ostracismo per un mucchio di anni. Poi sono cominciati a uscire dei libri. Ricerche, come quelle di Doerner e Von Cranach. Anche da noi si è scoperto, per esempio, che ci sono state deportazioni di pazienti

ricoverati. Dal Trentino Alto Adige hanno deportato trecento pazienti, ma questi qui li hanno trattati bene perché c'era il problema degli altoatesini che dovevano prendere la cittadinanza tedesca. Sembra comunque che quando sono arrivati nei manicomi tedeschi abbiano occupato il posto di 300 pazienti gassificati. In Germania ci sono state grosse connivenze al silenzio. Innanzi tutto i grandi psichiatri che avevano sostenuta ed eseguita l'eutanasia erano ancora in carica, e poi chi usava le camere a gas era stato incentivato con grossi aumenti di stipendio e, addirittura, l'esenzione dal servizio militare. All'inizio le SS semplicemente fucilavano i malati di mente da eliminare, poi siccome non era una cosa così accettabile, hanno creato i manicomi di sterminio dove i pazienti designati, vite indegne di essere vissute, venivano uccisi con il gas. In seguito questa forma di eutanasia fu contrastata, fece scandalo e la chiesa ebbe un certo rilievo in questo senso, per cui si smise, si usò l'eutanasia passiva facendo morire i malati di mente con diete prive di proteine e grassi. Quindi gli apparati di gassificazione sperimentati per le prime volte sui malati di mente vennero trasportati a Est e utilizzati per assassinare gli ebrei. Spero proprio di avere occasione di riparlare con voi a Venezia.

Quindi è stato accertato, a quanto risulta da una testimonianza oculare, che il prof. Guglielmo Lippi Francesconi è stato assassinato dalle SS immediatamente dopo il suo arresto. Evidentemente i fascisti locali hanno trasmesso la loro "condanna a morte" ai nazisti che l'hanno eseguita. Le SS hanno portato il professore in una cava, lo hanno fatto inginocchiare e gli hanno sparato alla nuca.

Note

1) Vedi: Lorenzo Toresini, Bruno Norcio (a cura): **Psichiatria e nazismo**, (Fogli di Informazione N°161) Editrice Cooperativa Centro di Documentazione di Pistoia, 1993

2) Vedi P. Tranchina, Maria Pia Teodori: Introduzione, in Toresini, Norcio, 1993 p. 8

3) Vedi K. Doerner: Le ricerche sulle deportazioni psichiatriche negli ospedali psichiatrici tedeschi dagli anni '80. Il significato rispetto alla revisione critica della coscienza di un popolo, in Verena Perwanger, Giorgio Vallazza: Follia e pulizia etnica in Alto Adige, Atti del Convegno di Bolzano del 10 marzo 1995 (Fogli di Informazione n. 177), Editrice Cooperativa Centro di Documentazione di Pistoia, 1998 p. 7 - 12

4) Vedi nota 1

5) Le cartelle in questione si concludono così: "il di 23/8/1944 prelevato *manu militare* 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. Vedi B. Norcio, L. Toresini: Dal manicomio al lager di sterminio, riflessione sulla deportazione di un gruppo di ricoverati ebrei dall'Ospedale Psichiatrico di Trieste, in Toresini, Norcio 1993, op, cit. p.16

6) Vedi nota 3

L'Adriatisches Küstenland e la deportazione psichiatrica del 1944 dall'Ospedale Psichiatrico di Trieste

Bruno Norcio (Trieste)

1. Nazismo, razzismo, psichiatria.

La deportazione nazista degli ebrei ha una sua peculiarità che si connette profondamente ed estesamente a ciò che nella storia della psichiatria è stato definito come il “grande internamento”, rappresentandone in qualche modo - nello sterminio eseguito nei lager - la tragica quanto coerente conclusione. Esso appare, infatti, la logica prosecuzione di quanto già iniziato - sempre in Germania con il programma di eliminazione sistematica dei malati di mente irrecuperabili dell' Aktion T4, e di questo assumerà i metodi (la grassazione e la cremazione), ma soprattutto i presupposti teorici e i fondamenti psico - biologici di tipo razzista.

Rileggiamo alcuni passi del pensiero di Hitler, nel suo Mein Kampf:

“... se proviamo a tirar fuori dal termine “nazionale” l'intimo significato, arriviamo a questo risultato: l'idea politica oggi diffusa si fonda sulla concezione che si debba attribuire allo stato una capacità di creare e civilizzare, ma che lo stato non abbia niente in comune con premesse di razza... invece l'idea nazionale razzista ammette il valore dell'umanità nelle sue originarie condizioni di razza. Concordemente con i suoi principi, essa riconosce nello stato solo un mezzo per concepire un fine, il fine del mantenimento dell'esistenza razziale degli uomini. Quindi non ritiene vera l'eguaglianza delle razze, ma ammette che sono differenti, e che hanno un valore maggiore o minore, e da questa ammissione, si sente costretta a pretendere, conforme con l'eterna Volontà che domina l'Universo, la vittoria del migliore, del più forte, la sconfitta del peggiore, del più debole. E così rispetta l'idea di base della Natura, che è aristocratica e crede che questa legge sia fondamentale anche per l'uomo più umile. Essa non solo ammette un diverso valore delle razze, ma anche di quello dei singoli. Mette in luce l'uomo di valore, e agisce così da ordinatrice... riconosce il bisogno di idealizzare l'umanità. Vedendo solo in questa idealizzazione la base della vita dell'umanità stessa. Ma non può permettere ad un'idea morale di esistere se quest'idea costituisce un rischio per l'esistenza razziale dei sostenitori di una morale superiore perché un

mondo corrotto “negrizzato” resterebbe per sempre privo dei concetti di umanamente bello e del sublime, e di ogni cognizione di un futuro idealizzato dell’umanità. Cultura e civiltà del nostro continente sono strettamente collegate, con la presenza degli Ariani. Il declino e la sparizione dell’Ariano riporterebbe sul mondo ere di barbarie... Generalmente già la natura delibera e apporta alcune modifiche nel problema della purezza di razza di creature terrestri. Essa non predilige i bastardi... In moltissimi casi la razza sopravvive, mentre il bastardo muore. In questo bisogna riconoscere una modifica apportata dalla natura: che spesso si spinge ancora più oltre. Essa riduce la probabilità di diffusione: distrugge lo sviluppo di altri incroci e li porta alla morte... Perciò uno stato nazionale in primo luogo dovrà innalzare il matrimonio dal grado di un continuo scandalo per la razza e dargli la legittimità di un ordine chiamato a procreare creature fatte a somiglianza del Signore e non aborti tra l’uomo e la scimmia... lo Stato nazionale deve porre la razza alla base dell’esistenza generale. Deve preoccuparsi di mantenerla incontaminata. Deve permettere che soltanto chi non è malato procrei figli, che sia contro la morale il generare bambini quando si è malati o difettosi... lo stato deve chiarire agli uomini che l’essere malati è solo una sfortuna degna di pietà...”

E così sulla base di questi principi, nella Germania nazista, si lanceranno campagne per la purezza della razza, si vietarono i matrimoni “misti”, si identificheranno soprattutto gli ebrei come l’antirazza, anzi neppure una razza, ma “il prodotto della mescolanza razziale più vile”, la cui estirpazione fisica è assolutamente necessaria per lo sviluppo e l’affermazione definitiva della razza superiore. Ma anche i prodotti di scarto di una razza ‘pura’ - i malati incurabili quindi gli imbecilli, gli handicappati, i malati di mente - devono essere eliminati in nome di un principio di mantenimento dell’integrità della stirpe da un lato e di un principio di economia che impone il massimo sforzo verso chi è sano e dovrà riprodursi.

Il termine ‘eutanasia’, buona morte o morte pietosa, propagandato dal regime come una sorta di necessità e - nei casi degli ariani - addirittura come una richiesta dei malati stessi consapevoli di essere inutili e quindi di desiderare la morte (famoso un film di taglio propagandistico in cui una giovane ariana della buona borghesia, chiede al marito di essere uccisa, dopo la scoperta di essere affetta da un male incurabile) è la copertura ideologica e la premessa di tutto il programma Aktion T4.

La psichiatria, sia sul versante disciplinare che istituzionale, com’è stato già ampiamente detto, con le sue peculiarità di gestione dell’anormale e del diverso in luoghi concentrazionari - i manicomi - dove di fatto si realizzava la morte civile dei malati di mente attraverso il sequestro a vita dal contesto sociale, rappresenta un modello utilizzabile (l’internamento) e insieme uno strumento che può essere piegato fino ad oltrepassare lo stesso confine dell’internamento, cioè l’eliminazione fisica.

In fondo la psichiatria manicomiale - pur con le originarie e sempre successivamente confermate intenzionalità terapeutiche - ha in sé una intrinseca vocazione 'razzista', ha cioè sempre considerato i malati mentali come categoria biologicamente debole (si pensi al discorso sulle tare ereditarie) da separare dagli elementi sani della società. Anche se è pur vero che la separazione non si identifica con l'eliminazione fisica e per questa, com'è avvenuto in Germania, è stato necessario un'ulteriore escalation, gestita, come sappiamo, con una certa segretezza e non scevra di resistenze e timidi boicottaggi.

Solo un ferreo sistema politico-ideologico-militare, associato ad un meticoloso apparato organizzativo stratificato in precise gerarchie di poteri, e ad un'opinione pubblica opportunamente manipolata e educata negli anni, come è stato il 3° Reich, poteva riuscire nell'intento. Ma, mentre per l'eutanasia e gli omicidi dei malati di mente, nel '40 e '41, vi furono da parte della popolazione opposizioni e proteste, nel caso dello sterminio degli ebrei, non vi furono grandi opposizioni. Nel caso degli ebrei, questi elementi ci sono tutti insieme: il furore ideologico del capo e dei suoi più stretti collaboratori; l'antisemitismo razziale, religioso e sociale della gran parte della società tedesca, antisemitismo sapientemente coltivato dalle campagne di propaganda; la progressiva escalation accuratamente organizzata e normativata: di restrizioni, allontanamenti, confische, distruzioni, fino all'estremo della deportazione nei lager e allo sterminio.

Nella fase di "soluzione finale", come dice Silva Bon nel suo libro la "Persecuzione antiebraica a Trieste" (per inciso l'Autrice sta riscrivendo il libro, dopo la consultazione di una ulteriore mole di centinaia di documenti), citando Poliakov:

"... il meccanismo dell'eccidio, organizzato dalla efficiente burocrazia tedesca, si mette in moto e si scatena a pieno ritmo, allargandosi con un processo logico, inesorabile, come una macchia d'olio, a tutta l'Europa occupata. E, quanto più la situazione bellica diviene insostenibile, tanto più lo sterminio diventa 'necessario', incalzante, quasi a scavare un abisso di orrore intorno al popolo e all'esercito tedesco, irreparabilmente coinvolto e fatto complice di inaudite mostruosità".

Saul Friedländer, intervistato su Repubblica (Domenica 4 ottobre 1998) sul suo nuovo libro (La Germania nazista e gli ebrei (1933 - 1938) gli anni della persecuzione, Garzanti) parla di "antisemitismo redentivo" di Hitler e della sua cerchia più stretta, cioè di una visione apocalittica della storia secondo cui il mondo sarà salvato se gli ebrei spariranno, e di una assoluta peculiarità della 'shoah', rispetto ad altri genocidi di questo secolo:

"... per i nazisti lo sterminio doveva includere ogni ebreo vivente, bambini, uomini, donne, vecchi, malati. Non un ebreo doveva rimanere sulla faccia della terra. Questa impostazione apocalittica è qualcosa di eccezionale. Altrove troviamo desiderio di uccidere un altro gruppo nella maggiore quantità possibile, è successo con gli armeni, in Unione Sovietica, in Cambogia, in alcuni paesi africani... Ma gli assassini non andavano a cercare i sopravvissuti per eliminarli.

I tedeschi invece fecero degli sforzi enormi per eliminare gli ebrei in Norvegia, in Finlandia, a Rodi, lo stavano pianificando per il Nord - Africa andavano, cercavano, tornavano e tornavano, una volta e ancora una volta...”

È quanto anche noi nella nostra piccola ricerca d'archivio abbiamo potuto constatare: il ritorno ossessivo e puntiglioso, a distanza di un mese dalla deportazione di un gruppo di ricoverati ebrei, per il prelievo di una sola anziana donna!

2. L'Adriatisches Küstenland e la persecuzione antisemita.

Il 15 ottobre 1943 viene instaurata ufficialmente la Zona di Operazioni dell'Adriatisches Küstenland, cioè del litorale adriatico, (secondo la vecchia denominazione dell'impero asburgico) formata dalle provincie 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 una 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. Ancora Silva Bon:

“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. 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 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 ha detto:

“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 Kippur, il 9 ottobre del '43,

una seconda il 19 gennaio del '44, una terza il giorno dopo e una quarta il 28 marzo dagli ospedali (ed 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.

Silva Bon:

“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 imminente. 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 infieriscono ferocemente su tutti : anche contro i mezzi ebrei, i convertiti, gli arianizzati e tutti devono cercare di nascondersi per sfuggire alla razzia sistematica”.

3. La deportazione dall'ospedale psichiatrico.

È questa la cornice storico - politica in cui avviene la deportazione dei ricoverati ebrei dagli ospedali: psichiatrico, per lungodegenti, l'ospedale maggiore e l'ospizio “Pia casa Gentilomo” (ospedale israelitico e ricovero per ottanta anziani) che abbiamo già descritto in una comunicazione mia e del collega Toresini ad un convegno del 1993 e di cui riportiamo alcuni stralci. Scrivemmo allora:

Trentanove cartelle cliniche dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale 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 S. Sabba e “gasate” (con l’eccezione di un solo superstite) nell’operazione “soluzione finale”.

La rilettura di queste cartelle 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 ad una dimensione tragica .

In un’ottica ‘professionale’ alcune di esse possono anche essere lette come conferma dello stretto rapporto tra concreti eventi di vita, e cioè 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 ed una minoranza perseguitata con l’affiorare nei perseguitati dei vissuti di diversità, di difesa, di paura, di inferiorità e 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. R. di anni 44, commerciante, israelita convertito alla religione cattolica, ricoverato il 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 di 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 una stazione termale per cure, venne fermato dai tedeschi insieme ai 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 "frenastenia in sordomutismo... apertamente nervoso, facilmente irascibile, presentò uno scatto violento ed 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 perseguire e addirittura deportare i cittadini ebrei.

Sig. I. M. ...69 anni, sarto, israelita, entrato il 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..."

Tra i ricoverati in ospedale psichiatrico (25 persone) si evidenziavano almeno due gruppi: coloro che erano già ricoverati da lungo tempo (alcuni già prima dell'emanazione delle leggi razziali del regime fascista) per motivi psichiatrici ordinari (12 persone) e coloro che erano stati 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 (per esempio: 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 ed 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 ad essa.

La considerazione generale, che si può comunque fare, è che da un excursus sullo stato professionale e lavorativo si deduce, nella media, una collocazione sociale negli strati economicamente e socialmente più deboli (casalinghe, pensionati), categoria che da sempre è stata la più comune tra i ricoverati negli ospedali psichiatrici. Si tratta comunque di persone che non erano riuscite a trovare altre

vie di scampo, per esempio con la partenza.

Rispetto al problema di una eventuale complicità tra direzione dell'ospedale psichiatrico e pratica della deportazione, scrivevamo:

“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 rendere noto 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 esprime o non si poteva 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 (i 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 aspetto apparentemente paradossale dell'istituzione segregante: istituzione che proprio in quanto segregante è la più concentrazionearia e alla fine la meno adatta alla tutela”.

Una ulteriore considerazione in quel testo riguardava 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.

Scriviamo:

“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 a *Asylums* di Goffman - 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, abbiano costruito il pregiudizio come obiettivo politico preciso per il rinforzo della maggioranza dominante rispetto ad 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.

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 ad oscillare tra un estremo e l’altro dell’etnocentrismo, come metodo di soluzione dei propri conflitti e delle proprie contraddizioni”.

Concludevamo il nostro intervento infine con alcune considerazioni su fatti contemporanei al convegno (si era nel pieno della guerra serbo - bosniaca) che, partendo da vari episodi di cronaca, evidenziavano violenze xenofobe e razziste e quindi imponevano una linea di condotta di denuncia costante delle atrocità del presente e di memoria attiva sulle ancora più grandi atrocità del passato. Citavamo Habermas:

“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 anamnestică di una solidarietà che i posteri possono esercitare solo mediante un ricordo che continua a rinnovarsi, spesso disperato comunque sconvolgente.”

4. Conclusioni

In quel convegno tenutosi a Monrupino, sull’altopiano carsico, nel 1993, vi furono importanti contributi oltre che di von Cranach e di Agostino Petrella, anche dello storico Marco Coslovich che, proprio in occasione della nostra ricerca, appurò l’omonimia di due deportati entrambi dal nome di Bruno Piazza con destini diversi e del figlio del direttore dell’ospedale psichiatrico di Trieste il prof.

Donini, il quale sul filo della memoria, ricordò quel momento così difficile per il padre e rievocò intensi momenti personali, dei colleghi sloveni Darovec, Milcinski e Skerbinek, i quali illustrarono i comportamenti degli occupanti italiani nell'ospedale psichiatrico e la resistenza di quest'ultimo. Tutti interventi ispirati ai principi, sottolineati in apertura dal presidente della comunità israelitica di Trieste Giorgio Wiesenfeld, del ricordare e del non dimenticare.

Dal 1993 a oggi, 1998, il percorso del ricordo, della denuncia e della riflessione, non si è interrotto: ci si è incontrati di nuovo a Bolzano, a Roma, a Pistoia, ancora a Trieste. Dopo il convegno di oggi, a Venezia, sarà Reggio Emilia in novembre ad ospitare un convegno dal titolo quanto mai significativo: Il sapere e la vergogna.

Da psichiatri dobbiamo continuare ad essere molto sensibili al tema della vergogna. Ricordare il comportamento complice e vergognoso di tanti psichiatri, può aiutarci a costruire azioni di libertà di cui non vergognarsi.

La questione delle opzioni nel 1939 in Alto Adige e la deportazione dal manicomio di Pergine e dalle vallate all'interno del progetto T4

Verena Perwanger (Merano)

Il 26 Maggio 1940, alle ore 4 del mattino un treno straordinario partì da Pergine. A bordo si trovarono 299 malati di mente; destinazione: Zwiefalten, una grande Clinica Psichiatrica in Baden Württemberg .

Scopo del viaggio: trasferire nel Reich i malati optanti per la Germania

Alle 6,45. il treno sostò a Bolzano ed il prefetto, dott. Agostino Podestà, venuto alla stazione, ispezionò “minuziosamente” il convoglio e salutò i malati e i loro accompagnatori. E si dichiarò soddisfatto: infatti tutto era organizzato bene.

Le vetture erano in buono stato, una vettura sanitaria accoglieva i più gravi; i malati, 160 uomini e 139 donne, venivano assistiti da 31 infermieri e 13 suore, erano “ben lavati e ben rasati, vestiti con l’uniforme nuova dell’Istituto e contraddistinti da un numero indelebile sul dorso...” (come si legge nell’ordine di servizio), ebbero un pasto accurato; c’era materiale di medicazione e di pronto soccorso.

Il prefetto salutò anche una delegazione tedesca ed una italiana che accompagnarono il trasporto. Gli italiani erano lo stesso direttore del manicomio di Pergine, prof. Alberto Rezza ed il suo segretario Bruno Maccani, il dott. Lino Agrifoglio, medico provinciale di Bolzano e due funzionari della Provincia. I tedeschi erano il dott. Schneider, psichiatra, il dott. Simek, esponente dell’Ordine dei medici del Reich e il sig. Teichmann, funzionario amministrativo dell’ufficio competente per le opzioni. (ADERST).

Perché questo trasferimento, e perché in un momento così precoce?

La prima idea della deportazione si era concretizzata a metà dell’ottobre 1939 a Tremezzo in un incontro tra Himmler, capo delle SS e Bocchini, capo della polizia italiana ed è da vedere come tappa importante all’interno della questione delle “opzioni”.

Dall’annessione nel 1918, ma soprattutto dall’inizio della politica fascista di colonizzazione, la questione del Sudtirolo divenne un punto di conflitto importante nelle relazioni tra l’Italia e l’Austria e, dopo il 1938, la Germania. Rischiava di compromettere i buoni rapporti tra Hitler e Mussolini. Così entrambe le parti erano interessate ad una soluzione “definitiva”.

Il 21.10 1939 venne concordato “l’accordo sulle opzioni”: fino al 31 dicembre 1939 la popolazione di madrelingua tedesca delle province di Bolzano, Trento, Belluno ed Udine poteva “scegliere liberamente” tra la cittadinanza tedesca e con questa l’emigrazione nel Reich entro i prossimi tre anni oppure la

permanenza in Italia e implicitamente l'accettazione del regime fascista e la rinuncia alla propria identità culturale.

Roma sperava di eliminare con questo qualsiasi pericolo di irredentismo e di confermare il confine del Brennero, per Berlino la rinuncia al territorio sudtirolese non significava una rinuncia alla popolazione tedesca. Oltre che per motivi ideologici e di prestigio politico l'immigrazione dei sudtirolesi era desiderata anche per motivi economici (cioè l'afflusso di mezzi finanziari) e perché portava nuovo "materiale umano" necessario per l'occupazione dei territori dell'Est – Europa.

Sotto la pressione di un'intensa campagna di propaganda, specie delle organizzazioni naziste (Völkischer Kampfring Südtirols) l'86% dei sudtirolesi (ca. 200.000) optò per la cittadinanza tedesca e per l'emigrazione nella Grande Germania.

Per quanto riguarda il trasporto dei malati psichici, Himmler, nell'incontro con Bocchini, aveva assicurato di spalancare le porte a tutti: "ai minorati psichici e fisici, così come ai pregiudicati e ai delinquenti...". I tedeschi avrebbero aumentato il numero degli optanti per la Germania, i pazzi costituivano un prezioso "Zählmaterial" e in Germania non si avevano molti problemi per il mantenimento dei malati. Gli Italiani, da parte loro, non gradivano l'idea che partissero i giovani, i lavoratori, i soldati e restassero i vecchi, i pazzi, i deficienti. Se i malati, conseguita la cittadinanza tedesca, fossero rimasti a Pergine, la Germania avrebbe dovuto pagare le rette. E questa preferì, evidentemente, importare i malati piuttosto che esportare i marchi.

Così l'intesa fra le autorità tedesche ed italiane fu perfetta.

Un'altra domanda si potrebbe porre: perché portare via tanti malati tutti insieme?

Non sarebbe stato doveroso trasferirli singolarmente, parallelamente al trasferimento delle loro famiglie, e ciascuno all'ospedale più vicino al luogo destinato alla sua famiglia? È evidente che un trasferimento di tanti malati, senza l'esame del singolo caso, senza considerazione del possibile effetto del rapido cambiamento di ambiente e dell'interruzione delle relazioni umane instauratesi negli anni, non era deontologicamente ammissibile. Ma è altrettanto chiaro che questo aspetto, in quella decisione non fu considerato, fu considerata l'istituzione, come fonte di spesa e la "praticità" di un trasporto collettivo.

Un'altra domanda si pone a questo punto: i malati trasportati erano informati? Consenzienti? O incapaci di intendere? Chi prese la decisione al posto loro?

Approfondendo questo punto incontriamo una serie di irregolarità, omissioni, di comportamenti superficiali o perfino illegali da parte dei medici, ma anche dei magistrati, che a mio avviso rendono legittimo chiamare questo trasporto una vera e propria "deportazione".

All'inizio del 1940 alcune famiglie si rivolsero all'ospedale di Pergine,

comunicando di aver optato per la Germania e chiedendo di sottoporre il modulo dell'opzione al proprio congiunto per la firma. Ma non furono molte, la stragrande maggioranza della famiglie non ebbe contatti con l'ospedale. L'ente che si attivò fu la provincia di Bolzano che sosteneva le spese di degenza. L'amministrazione inviò all'ospedale una lista delle famiglie optanti pregando di "agevolare il malato nel suo diritto di decisione perché possa seguire la destinazione dei familiari".

La direzione ospedaliera rispose usando tre formule prestabilite:

- rimetto il modulo di opzione debitamente firmato e controfirmato da questa direzione per l'autenticità
- il ricoverato non ha optato né intende optare
- il ricoverato non è in grado di decidere.

Nell'archivio di Pergine si trovano 124 risposte: 82 firmate dai malati e controfirmate dai medici, 3 attestati di volontà contraria alle opzioni e 39 attestati dei medici circa l'incapacità dei malati di intendere la decisione.

Prima di tutto la facoltà di autenticazione e specialmente la raccolta delle firme non competeva ai medici, ma ai funzionari comunali, come previsto dagli accordi italo - tedeschi.

Ma c'era un problema più grave, che veniva dai malati incapaci di intendere e di volere. Era un problema, che derivava da una precedente violazione della legge. Era invalsa da anni la prassi di non promuovere l'interdizione dei ricoverati nei manicomi, per quanto obbligatoria. A molti giudici sembrava una misura troppo drastica. Sennonché, mancando l'interdizione, mancava per conseguenza un tutore, cioè colui che avrebbe dovuto tutelare gli interessi del malato e firmare in luogo suo.

Le autorità trovarono una soluzione molto disinvolta, cioè di estendere la dichiarazione di opzione di una famiglia automaticamente anche sui propri membri incapaci di intendere e di volere. Questa soluzione, pur essendo contraria a tutte le leggi vigenti fu accolta anche dalle autorità giudiziarie. Le conseguenze di questo tacito accordo furono abnormi, così furono ritenuti validi moduli non firmati e moduli firmati da fratelli, amici e perfino da un "padrino della cresima" e anche moduli relativi a malati che si erano espressi contro l'opzione.

Per quanto riguarda i medici agirono in modo superficiale di fronte al problema delle dichiarazioni e non espressero alcuna posizione di fronte ai vari aspetti tecnici che l'esodo implicava. A questo comportamento contribuì forse la convinzione che i malati sarebbero comunque andati in ospedali migliori e la convinzione che una intera popolazione che trasmigri non avrebbe potuto lasciare dietro di sé gli infermi di mente.

Ma contribuì anche una norma dell'ordinamento manicomiale, cioè che i ricoverati erano sempre trasferibili da un manicomio all'altro, anche senza il consenso del malato o del tutore.

Torniamo al 26 maggio 1940

Alle ore 9.30 il treno valicò il passo del Brennero e alle 22.00 giunse a Zwiefalten - Riedlingen. I malati, ignari della destinazione, inizialmente pensava-

no di tornare a casa, ma poi i più consapevoli capivano che la destinazione era ben diversa. Uno dei malati cercò di fuggire, ma venne ripreso.

All'arrivo a Zwiefalten qualcuno si rifiutò di scendere dal treno e fu tratto fuori a forza dagli infermieri.

Suor Andreina Dell'Antonio, la quale ricorda il lungo viaggio, descrive la sua grande delusione: "Speravo di accompagnare le mie malate fino al letto assegnato a loro, aiutarle a disfare le valigie, riporre le cose nell'armadio, conoscere le nuove infermiere e parlare delle abitudini delle pazienti, delle manie, delle paure. Ma non me lo permisero e io sentii di subire un torto. Provai una grande pena nel cuore."

Non vi era tempo per una visita della struttura, per aiutare nella sistemazione dei malati. O forse, le autorità tedesche erano attente a tenere nascoste le reali condizioni all'interno dell'ospedale.

Negli anni successivi si ebbero altri piccoli movimenti nell'ospedale di Pergine. Nel 1940 - 41 e nel 1943 altri piccoli gruppi di malati furono deportati; alcuni malati, le cui famiglie erano risultate optanti per l'Italia, tornarono in dietro.

Un'altra serie di deportazioni di malati psichici avvenne tra l'Ospedale Psichiatrico di Hall in Tirolo e l'Istituto di Schussenried. Dal 1940 la maggioranza della popolazione tedesca in Alto Adige, avendo scelto la cittadinanza tedesca, non ebbe più accesso all'ospedale di Pergine. I malati venivano avviati al più vicino ospedale della Germania che era, appunto, Hall in Tirol. Nel corso del solo anno 1940 erano stati ammessi circa 170 nuovi malati. Durante la guerra furono 180 gli altoatesini deportati da Hall a Schussenried, suddivisi in 4 gruppi:

112 pazienti il 1. novembre 1940; 16 il 10 marzo 1942, 46 il 11 marzo 1942 e 6 il 13 marzo 1942. A questi furono aggregati almeno 108 malati altoatesini ricoverati in altri istituti del Tirolo.

Le relazioni sul primo di questi trasporti riferiscono che: "I malati furono spinti sul treno come pacchi, all'arrivo furono buttati fuori dai vagoni con spintoni e strattoni, tra le grida e i lamenti di quei poveretti". Un'infermiera che protestò fu arrestata e portata al commissariato.

Complessivamente circa 600 malati altoatesini furono deportati in ospedali tedeschi. Erano destinati, in qualche piano segreto dei tedeschi, all'eliminazione fisica all'interno del progetto T4?

Probabilmente no. Almeno dei 299 pazienti provenienti da Pergine nessuno è stato coinvolto nei piani di sterminio, almeno non nelle camere a gas. Si può pensare che i malati optanti per la Germania furono esclusi dai programmi di eutanasia per motivi di convenienza politica. Non si volle rischiare di turbare la massiccia immigrazione nel Reich della popolazione optante; oppure non si volle che si sapesse che la Germania uccideva uomini che l'avevano scelta come loro patria, tanto più che la frazione degli optanti per l'Italia in Alto Adige, alla quale apparteneva anche la maggior parte del clero, aveva più volte apertamente

espresso “il terribile sospetto” (come era intitolato un articolo sul “Volksbote”) che in Germania venisse praticata l’eutanasia.

Tuttavia, una gran parte degli altoatesini nel Baden - Württemberg (48%), morirono durante la guerra: rarefazione di operatori, sfollamento in sedi precarie, scarsità di viveri, freddo, malattie infettive, insieme all’interruzione dei rapporti con la famiglia, lo sradicamento culturale e l’incertezza per il futuro crearono un meccanismo infernale. Se già fuori la vita era difficile, sopravvivere all’interno del manicomio diventava quasi impossibile.

Ringrazio il dott. Giuseppe Pantozzi che con le sue ricerche sulla storia della psichiatria in Alto Adige ci ha fornito le basi di questa relazione e il collega dott. Ermanno Arreghini che ha svolto le ricerche sull’archivio dell’Ospedale Psichiatrico di Pergine.

Riferimenti bibliografici

- Pantozzi Giuseppe: *Gli Spazi della Follia* Erickson
- Pantozzi Giuseppe: *La deportazione in Germania dei malati di mente durante la seconda guerra mondiale* in: Studi Trentini di Scienze Storiche A.LXXV p. 367-369; 1996.
- Pantozzi Giuseppe: *Il trasferimento dei malati di Pergine a Zwiefalten* in: Follia e Pulizia Etnica in Alto Adige; Collana dei Fogli di Informazione 20, 1998
- Ermanno Arreghini: *Volenti, nolenti o incapaci di intendere* in: Follia e Pulizia Etnica in Alto Adige; Collana dei Fogli di Informazione 20, 1998

Testimonianza

Helen Brunner (Trieste)

Il binomio psichiatria e nazismo rimanda, quasi automaticamente, alle parole “deportazione, internamento, soppressione, annientamento, olocausto”, parole tremende, totali, mortifere che rinviano ad esperienze traumatiche che fanno fatica ad essere comprese nell’area della pensabilità e sono parole che ricorrono nei titoli e nelle relazioni di questo convegno.

Mi è stato chiesto di fare un intervento quale discendente di un deportato dall’Ospedale Psichiatrico di Trieste, mi è stata richiesta una sorta di testimonianza.

Sulle prime la cosa mi ha fatto sorridere nel senso che non riesco a collocarmi nel ruolo. Avevo delle difficoltà nell’interpretarlo. Da una parte mi sentivo un po’ come quelle persone anziane chiamate alle manifestazioni e ai convegni a raccontare le loro esperienze, dall’altra non ho vissuto quell’esperienza; da allora sono passati cinquant’anni e hanno riguardato la generazione dei miei nonni e dei miei genitori. Certamente mi sono state trasmesse in modo consapevole ma soprattutto in modo inconsapevole.

Mi è sembrata comunque un’occasione da cogliere e ringrazio in particolare il dottor Toresini che mi ha spinto a riflettere e a cercare parole in grado di contenere livelli di esperienza, di non pensabilità che passano da una generazione all’altra.

Nell’introduzione al suo libro “Mosaico” Stefano Levi della Torre scrive: “Per me, come per molti della mia generazione, diffusamente secolarizzata, nata fortunatamente durante lo sterminio nazista o subito dopo, l’ascendenza ebraica era rimasta sullo sfondo, un blasone di scampato martirio e un insieme di sintomi, di storie e di lessici familiari, un retaggio delegato alla generazione dei padri e delle madri. Ma la loro morte ci ha posto di fronte alla scelta di assumere o no quell’eredità tramandata appena per cenni; ho dovuto mettermi a studiare partendo da una fondamentale ignoranza”.

La generazione a cui fa riferimento Levi della Torre, che poi è anche la mia, benché sia più giovane di lui, è quella che convenzionalmente viene chiamata “Seconda generazione dopo la Shoa” e in termini più generali sono i figli della guerra ma soprattutto del dopoguerra, quella generazione che è stata adolescente o giovane nel 1968. Anch’io ho dovuto mettermi a studiare partendo da una fondamentale ignoranza.

La mia storia personale si intreccia probabilmente, non a caso, con la mia storia professionale e questo riguarda un po’ tutti.

Quando iniziai a lavorare come volontaria all’Ospedale Psichiatrico di Trieste, nei primi anni ‘70, le motivazioni che mi spingevano a farlo non erano certo il ricordo dello zio Egon, fratello di mio nonno paterno, prelevato da lì, manu militari dalle SS nel marzo del 1944 e morto in località sconosciuta, né la vicenda di mio nonno materno, uno psichiatra ebreo tedesco deportato da Mannheim, in

Germania, al campo di Gurs nei pressi dei Pirenei.

Tutto questo allora era sullo sfondo, era latente. Poi piano piano, con gli anni, da uno sfondo privo di immagini, di voci e di parole, avvolto in un grande vuoto, riempito solo dal silenzio e dalla sofferenza dei testimoni diretti, hanno ricominciato a riemergere alcuni frammenti di questa vicenda. Così, ricordo dopo ricordo, con i vari intrecci si sono evidenziati i collegamenti, a tal punto che oggi faccio fatica a pensare che allora si trattasse di una scelta puramente casuale.

Storia, memoria, identità; “zahore” è il termine che in ebraico vuol dire ricordare e che rinvia al verbo di segno opposto dimenticare.

Scavando nella storia familiare accanto al silenzio a cui accennavo prima, ai sintomi, alle storie e ai lessici famigliari ho ritrovato anche delle testimonianze scritte; nel leggerle mi son posta alcuni quesiti: in presenza di testimonianze che parlano di vicende tremende, di una realtà cruda e violenta, come si fa a passare dal registro della testimonianza a quello della narrazione e del racconto, che a livello psichico facilita l'oscillazione tra memoria e oblio così importante per poter prendere le distanze? E ancora: come ridare vita e voce a un materiale così prezioso, come utilizzarlo con il necessario rispetto?

La strada che ho deciso di prendere è semplicemente quella di leggere qui alcuni frammenti di queste testimonianze.

Dal libro delle memorie della nonna paterna, a proposito di suo cognato ricoverato con diagnosi di parafrenia all'Ospedale Psichiatrico di Trieste nel 1936 e prelevato, manu militari dalle SS, nel marzo del 1944: “D'intelligenza rara ma dalla mente sviata, fece magnificamente i suoi studi, due lauree, scrisse libri illeggibili, che poi io ho trovato, per caso, nella biblioteca universitaria a Cambridge catalogati come letteratura fascista. Richiamato come ufficiale nella Prima Guerra mondiale, fu fatto prigioniero sul fronte russo, lì si dichiarò italiano e così fu impiegato dai russi come interprete e viaggiò con questo ruolo infinite volte fra Mosca e Vladivostok. Questo avveniva in piena rivoluzione dei soviet. Parlava ben nove lingue; egli ritornò a Trieste nel 1919, con un lungo viaggio via Giappone - India sempre facendo l'interprete e mi portò dalla Russia un enorme pellicciotto che esiste tuttora, e dall'India una scimmia “Yoko” che divenne il martirio dei nostri poveri cani. Infatti molto spesso Yoko saltava loro in groppa e li cavalcava al galoppo, un gioco, questo, che essi non mostravano di apprezzare.

Quando era di mente chiara era affettuoso e di ottima compagnia, però finì in manicomio a Trieste e da là nella famigerata Risiera, dove concluse sventuratamente la sua vita ammazzato dai tedeschi”.

Ho trovato anch'io questi libri, che sono delle strane fiabe di difficile lettura; il pellicciotto esiste ancora e di recente l'ho ritrovato. Il nome del prozio, insieme a quello di tanti deportati, è inciso su una stele al cimitero ebraico di Trieste.

Dal saggio del nonno materno Ludwig Mann, pubblicato nell'ottobre del 1946, saggio che parla della sua esperienza di psichiatra deportato in un campo di raccolta e di smistamento, dove ha continuato a fare lo psichiatra nel 1946: “Un giorno la moglie del mio amico d'infanzia, a suo tempo pediatra a Mannheim, si trovava insieme alla moglie del mio compagno di studi, a suo tempo avvocato a

Costanza, erano state catturate dalla milizia, trascinate in un centro di raccolta e da là, con un grande trasporto, portate a Gurs. Qui le ho trovate, povere donne, e non avevano ancora raggiunto il limite dei sessant'anni, entrambe con la pressione incredibilmente alta, entrambe mezze disperate e mezze speranzose, dato che ci si era incontrati. Un momento sedevano sul pagliericcio, un momento correvano in giro inquiete, un momento si appostavano dietro la porta della baracca o vicino al filo spinato in ansiosa attesa del mio arrivo.

Che dovessimo telefonare ai loro mariti perché venissero? Ma era difficile ottenere il permesso, alla fine diventò inutile e il mattino seguente i due uomini erano arrivati.

Le parole che ci siamo detti provenivano dal più profondo dell'animo; come le onde del mare che salgono dalle correnti più profonde, sollevate dalle correnti e dai gorgi dell'intimo, le ondate di parole esplodevano fino all'infinito; liberate dalle turbinanti tempeste dell'animo le parole si spingevano in alto, liberate a tal punto che la risposta non raggiungeva mai più l'intimo di chi chiedeva. Nonostante il gran parlare si rimaneva sempre soli nelle domande e nelle risposte, nel dubbio e nel progetto e non si scopriva altro che la solitaria comunanza in un destino, nel cui buio la vita sprofondava.

Il coro, che accompagnava gli eroi delle antiche tragedie celebrando il fatto incomprendibile all'uomo che ne viene calpestato, qui mancava, ma nello spirito degli uomini questo coro cantava, senza parole; cantava l'angoscia del destino di queste donne, che sarebbero state trascinate via verso una meta che non conoscevano, in un luogo dal quale nessun viandante ritorna, come stava per salirmi alle labbra.

I mariti mi chiedevano: "Secondo te, dobbiamo accompagnarle?", mentre io sentivo voci di donne che dicevano: "Dottore mio marito deve rimanere, dottore devo andarmene da sola, dottore ma io sono ammalata, dottore lo dica dunque al medico capo". Era già stato tentato di tutto sempre invano, loro lo sapevano quanto me che tutto sarebbe stato inutile, ma la paura continuava a domandare.

Chi sarebbe stato capace, in una situazione così pericolosa, di respingere i desideri di qualcuno che pure sono diventati assolutamente senza senso! Chi sarebbe capace di inoculare lo strazio dell'abbandono nell'ansia e nell'inconcepibilità di un destino!

Tentai tutte le vie d'uscita da questa condizione disperata e sopportai volentieri l'umiliazione dei rifiuti sdegnosi; molto più difficile era trasmettere il messaggio a chi mi guardava con gli occhi ormai vuoti delle donne votate alla morte.

E alla fine arrivò anche la domanda degli amici che più temevo: "Amico, devo andare anch'io? Amico tu cosa faresti?"

Oh, a questa domanda, che chiunque, io compreso, avrebbe posto, era difficile rispondere. So bene che si può dire che di queste domande non bisogna porne, so anche che chiunque avrebbe evitato di dare una risposta. Se devo dire il vero qualcosa di simile ad una ribellione è guizzata nella mia anima solo per un momento. Lapidatemi pure per questo ma qualcosa di simile è guizzato in me, non per molto, non nel profondo; è stato un attimo finché non ho pensato a mia moglie

e poi ho detto: “Un consiglio così non si può dare”. “Che cosa faresti tu?” Allora ho visto mia moglie davanti a me e ho risposto la verità sebbene pericolosa: “Non potrei lasciarla sola”, questo però è il mio personale punto di vista, che non è assolutamente necessario seguire e che tuttavia ritengo giusto.

Non dissi che per me avrei preso, a pretesto almeno, il fatto che almeno uno dei due genitori deve sopravvivere per i figli; so che per i nostri figli, di fronte ad una disgrazia, sarebbe stato edificante e rassicurante che il padre avesse seguito la madre sulla strada del martirio, per i figli i genitori sono un tutt’uno che solo la morte può spezzare, ma non un destino che permette scelta.

So anche e sapevo, quando lo espressi, che questo atteggiamento avrebbe avuto effetto sui miei amici e infatti l’ha avuto. Infatti non abbandonarono le loro mogli e se ne andarono insieme a loro, essi come il medico del convoglio. Partirono, non assoggettandosi ad un ordine, ma seguendo la propria coscienza; partirono spontaneamente e di loro, come degli altri di quel convoglio, non si è saputo più nulla.

Anche voi lettori sconosciuti onorate questi uomini che dominarono se stessi per fedeltà.

So bene che la mia risposta può aver influito sulla loro tragica determinazione e anche questo so, lo ripeto, che in effetti questa risposta vi ha davvero influito, mi pesa sulle spalle, ma solo colui che tra voi ha vissuto, come me, una simile tragedia ha diritto di lapidarmi, si sollevi contro di me, non vacillerò, oggi rifarei quello che ho fatto.

Coloro che se ne sono andati, vivono in me. La loro memoria non mi accusa e il giudice supremo, la mia coscienza, mi assolve; al di fuori di questa coscienza non esiste in questo mondo nessun giudice su queste cose”.

Maneggiando questo materiale mi sono tornate in mente alcune parole di Anna Harendt tratte dal saggio “Il pescatore di perle” dedicato a Walter Benjamin, riguardo al suo pensare poeticamente per frammenti, e tale pensiero nutrito dal presente funziona con i frammenti di pensiero che riesce ad estrarre dal passato e a raccogliere intorno a sé.

“Come un pescatore di perle che si cala sul fondo del mare non per dispeppellirlo o riportarlo alla luce ma per liberare quel che di esso c’è di ricco e inconsueto, le perle e il corallo, e ricondurlo in superficie, questo pensiero scava nei recessi del passato, ma non allo scopo di resuscitarlo a ciò che era e di contribuire al rinnovamento di epoche estinte. Ciò che guida questo pensiero è la convinzione che benché i viventi siano soggetti alla rovina del tempo, il processo di decadimento è contemporaneamente un processo di cristallizzazione, che sul fondo degli abissi, ove affonda e si dissolve ciò che un tempo era vivo, certe cose subiscono un sortilegio del mare e sopravvivono in nuove forme cristallizzate, immuni agli elementi, come se aspettassero solo il pescatore di perle che un giorno scenderà da loro per ricondurle al mondo dei vivi, quali frammenti di pensiero, cose ricche e strane e forse addirittura eterni Urphänomen”. Grazie.

La deportazione ebraica dagli ospedali psichiatrici di Venezia nell'ottobre 1944. Storia e contenuti

Angelo Lallo e Lorenzo Toresini (Portogruaro)

1. Premessa

Dopo oltre 50 anni dalla fine del nazifascismo si era sperato che il germe dell'odio e della violenza fosse stato debellato alla radice.

Così non è stato poiché la ricca Europa di fine millennio, l'Europa teoricamente pacificata trova difficoltà a fermare i sentimenti di odio e razzismo che provocano, fatalmente, tensioni politiche, sociali e razziali.

Tuttavia, se non possiamo cambiare il senso della Storia, possiamo "ricordare" alle nuove generazioni che *Coloro che non si ricordano del passato sono condannati a riviverlo*¹ e che il passato non deve essere dimenticato.

Sicuramente hanno rivissuto il passato le popolazioni della Bosnia con le atrocità di pulizia etnica, dei campi di concentramento che pensavamo non più possibili.

Per evitare un'altra Bosnia, altre Shoah, tutti i saperi devono collaborare per far sì che l'imperativo di essere testimoni attivi della democrazia entri nel codice genetico dell'uomo contemporaneo.

In questa prospettiva, dopo la riscoperta di alcuni frammenti di olocausto psichiatrico in Italia,³ presentiamo una ricerca su un caso di deportazione di pazienti ebrei dall'Ospedale Psichiatrico⁴ di San Servolo (Venezia), convinti che è necessario approfondire queste ricerche nel nostro paese.

Il quesito da porre, in senso più generale, è quanto la psichiatria nazista si colleghi con alcuni presupposti teorici della psichiatria istituzionale; se in sostanza si è in presenza dello stesso paradigma.

2. Dalle leggi razziali ai campi di concentramento Venezia 1939/1944

Nel 1937 i responsabili della Comunità Ebraica di Venezia, pur obbligati a tranquillizzare i correligionari sul fatto che nulla sarebbe cambiato nella normalità quotidiana, erano preoccupati per l'atteggiamento governativo che stava diventando poco tollerante verso gli ebrei.⁵

Uno dei paradossi del Fascismo, la cui ideologia conteneva presupposti razzisti, emerge con chiarezza dal fatto che, dopo l'avvento del Nazismo in Germania, esso continuò, contemporaneamente al varo di leggi contro gli ebrei italiani, a permettere pubblicamente l'accesso sul territorio nazionale agli ebrei

esuli. Era una permissività che serviva al regime, non solo come veicolo promozionale nei confronti della stampa estera, ma anche ad occultare la mancanza di democrazia interna.

Nel 1938 il regime promulgò *le leggi antiebraiche* con il titolo: “Provvedimenti per la difesa della razza italiana”, che colpirono tutti gli ebrei residenti sul territorio italiano, compresi gli stranieri e quelli che nel frattempo erano diventati apolidi. Per costoro si prevedeva l’espulsione se non avessero abbandonato l’Italia entro il 12 marzo 1939.

Nell’estate del 1940, dopo l’entrata in guerra dell’Italia, coloro che non avevano potuto o voluto ottemperare a tale ordine furono internati in appositi campi, di cui il più importante fu quello di Ferramonti di Tarsia in provincia di Cosenza⁶, ma di fatto gli ebrei continuarono ad essere presenti sul territorio nazionale.

Mai sentore era stato così preciso, poiché il Regio Decreto del 5 settembre 1938 con i “provvedimenti per la difesa della razza nella scuola fascista”, confermati poi dalla “dichiarazione sulla razza” approvata dal Gran Consiglio del fascismo nell’ottobre 1938, inaugurò la politica antisemita sfociata nella deportazione e nello sterminio di massa.

In questo frangente la comunità ebraica veneziana viveva in uno stato di enorme apprensione, aggravata da una disposizione del Ministro degli Interni, che ordinò a tutti i prefetti il censimento degli ebrei. Fino a quel momento non esisteva in Italia una statistica demografica che distinguesse i cittadini secondo la razza.

Si trattò di un censimento *riservato*, articolato nelle istruzioni ma impreciso nel corso della rilevazione, anche perché il concetto di razza era del tutto inedito nell’Amministrazione. Il censimento individuò 2.136 veneziani di razza ebraica: in seguito fu ordinata una parziale revisione che determinò rilevanti variazioni. Da questa rilevazione l’indicazione della razza ebraica divenne obbligatoria su tutti i documenti civili. D’altra parte la Comunità Israelitica era già obbligata fin dai primi anni ‘30 a mantenere in ordine i registri anagrafici per permettere agli organi di polizia di controllare, in qualsiasi momento, la consistenza della comunità stessa.

Era un momento difficile aggravato da numerose informative riservate della polizia e del PNF che denunciavano la presenza di ebrei veneziani nelle attività professionali, denunce che provocarono nei primi mesi del 1940 la cancellazione di medici, avvocati e ingegneri dagli albi professionali.

Nonostante le intense pressioni della Comunità ebraica, l’istruzione pubblica fu preclusa agli ebrei; l’iscrizione all’anno scolastico 1938/1939 fu condizionata al possesso di un certificato di non appartenenza alla razza ebraica; gli insegnanti ed impiegati ebrei furono licenziati.

Le Assicurazioni Generali e la Cassa di Risparmio licenziarono il personale non “ariano”; dagli elenchi telefonici e dalla toponomastica cittadina scomparvero i nomi ebraici; furono ritirati tutti gli apparecchi radio.

Il Ministero della Cultura Popolare non risparmiò i centri culturali e provvide a far licenziare artisti e orchestrali della Fenice; dall’Istituto di Scienze, Lettere e Arti furono estromessi giuristi, matematici, medici e professori; alla

biblioteca della Casa Goldoni fu proibito di accettare le donazioni di libri e carte di ebrei; la Fondazione Querini Stampalia, oltre al divieto di avere dipendenti ebrei, ebbe disposizioni sul divieto di consultazione di autori ebrei e sull'accesso di studiosi e studenti ebrei. Disposizioni che nel loro insieme produssero drammi, disoccupazione ed esodi tali da ridurre ancor di più gli introiti della Comunità, provocando fatalmente frizioni nei ceti più disagiati della popolazione ebraica veneziana.

I raid squadristi del 1942 contribuirono al peggioramento di vita di tutta la Comunità ed una disposizione ministeriale, che precettava civilmente a scopo di lavoro gli ebrei compresi tra i 18 e i 55 anni "poiché gli ebrei devono restituire quei benefici che la cittadinanza italiana ad essi procura", rese la situazione ancora più grave.

L'aspetto più odioso della campagna razziale riguardò l'istruzione elementare e media con l'allontanamento degli studenti dai loro compagni di classe, in ottemperanza alla "purezza del pensiero e della cultura", e ciò rese necessaria l'istituzione di corsi elementari e medi per i giovani studenti.

L'Università veneziana perse prestigiosi docenti come Gino Luzzatto, costretto a proseguire la sua attività scientifica con pubblicazioni anonime; gli studenti si videro rilasciare i diplomi di laurea con la dizione "appartenente alla razza ebraica", aspetti che fatalmente portarono il numero degli universitari ad esaurirsi in poco tempo.

Nessun campo della vita sociale fu risparmiato e si deve all'A.D.E.I.⁷ l'aver saputo organizzare, in quei momenti così difficili, con encomiabile forza d'animo, forme assistenziali di base: dalle colonie estive alla refezione scolastica, dall'organizzazione di corsi di lingua e cultura ebraica alla celebrazione delle maggiori festività. Sostanzialmente la Comunità veneziana fu obbligata ad assumersi compiti assistenziali prima d'allora di competenza statale, rendendo ancor più profondo il distacco dagli altri cittadini.

Le istituzioni di beneficenza provvidero all'assistenza sanitaria, al soccorso per le famiglie povere, all'aiuto economico per i giovani studenti meritevoli e ad altro ancora.

La Casa di Ricovero assunse un'importante funzione, poiché divenne luogo di degenza per anziani, mensa per i più disagiati e centro di assistenza per coloro che transitavano per la città, in quanto dopo l'entrata in guerra dell'Italia la vita per gli ebrei stranieri e per coloro che transitavano sul territorio nazionale divenne difficile. Molti furono confinati o rinchiusi nei 16 campi e località di internamento del Veneto.⁸

Per tutto il 1942 e il 1943 il flusso di profughi provenienti dai Balcani - occupati dai tedeschi e bombardati dagli alleati - rese allarmante la situazione sociale della città.

La caduta del fascismo, il 25 luglio 1943, non migliorò la condizione degli ebrei veneziani; dal 9 settembre 1943 con il controllo tedesco di Mestre e di Venezia si entrò nell'ottica nazista della "soluzione finale", che presupponeva come premessa alla deportazione, la precisa conoscenza degli ebrei puri o misti.

La questione era delicata poiché gli elenchi in possesso della Prefettura non

coincidevano con quelli della Comunità che, pertanto, era continuamente sollecitata a dare riscontri alle numerose domande di chiarimento.

Era ovvio che i dirigenti della Comunità Ebraica fossero gli unici in possesso di elenchi aggiornati e, proprio per non consegnare queste liste, il professor Giuseppe Jona, dopo aver affidato i nomi ad una persona di provata fiducia, si tolse la vita.

Volendo appropriarsi di elenchi ancor più dettagliati rispetto a quelli che possedeva già, la polizia ritirò i registri di nascita, di morte, di matrimonio e di abiura,⁹ utilizzandoli in maniera indiscriminata.

Dopo l'inizio dell'occupazione tedesca e della costituzione della R.S.I. la persecuzione antiebraica si sviluppò in due fasi distinte: in una prima fase fu il Ministero degli Interni che si occupò della ricerca e degli arresti degli ebrei; nella seconda fase la stessa polizia tedesca si sovrappose a quella italiana. Il 30 novembre 1943 il capo della polizia emanò un ordine di arresto e di sequestro dei beni di tutti gli ebrei, considerati nemici della patria in applicazione alle leggi di guerra, ordine che fece precipitare la situazione della Comunità.

Infatti, nei primi giorni di dicembre ci fu una grande retata da parte della polizia italiana in seguito alla quale vennero rinchiusi parecchie decine di uomini, donne e ragazzi (questi negli Istituti per minori) nelle carceri di Santa Maria Maggiore, nella casa di Ricovero Israelitica (durante i 18 mesi della permanenza nazifascista fu l'unica istituzione a funzionare curando vecchi e malati) e del Convitto Foscarini. Sebbene le disposizioni lo prevedessero, non furono rilasciati i malati gravi, gli ultrasessantenni e le famiglie miste.

Naturalmente chi poteva nascondersi lo fece, nonostante i feroci rastrellamenti condotti dalla polizia fascista, autonomamente all'inizio, in collaborazione con le autorità tedesche in seguito.

Giuridicamente le leggi razziali italiane si basavano sugli stessi valori discriminanti di quelle di Norimberga, anzi per alcuni aspetti erano più severe in quanto riconoscevano come di razza ebraica pura, persone con un solo terzo di ascendenza israelitica.¹⁰

Il 28 dicembre 1943 il questore di Venezia, in base alle nuove disposizioni legislative, ordinò la prima deportazione nel campo di concentramento di transito di Fossoli di Carpi degli ebrei arrestati agli inizi di dicembre.¹¹ Nessuno veniva risparmiato, ammalati, vecchi e bambini, tutti gli ebrei d'Italia, come quelli veneziani, avevano il destino segnato.

Qualora arrestati, erano destinati al campo di sterminio, chi attraverso Fossoli, chi da Bolzano - Gries, chi da Borgo S. Dalmazzo, chi attraverso la Risiera di San Sabba di Trieste,¹² quasi tutti furono deportati nel campo di sterminio di Auschwitz - Birkenau. Talvolta alcuni ebrei deportati dall'Italia furono diretti verso Ravensbruck e Bergen Belsen.¹³

Nella seconda fase nazista s'iniziò ad arrestare i malati dagli ospedali cittadini di Venezia e il 7 ottobre 1944 alcuni di essi furono deportati dapprima verso il centro di raccolta di Trieste, poi caricati su vagoni verso Auschwitz - Birkenau.¹⁴

Qualche giorno dopo, l'11 ottobre 1944, su ordine del comando SS

germanico, dall'Ospedale Psichiatrico di San Servolo furono prelevati sei pazienti di religione ebraica ed è su questo triste episodio che si incentra la nostra ricerca. Essa si occupa delle modalità di prelevamento di questi pazienti, della loro deportazione e della immaginabile destinazione finale, visti attraverso l'analisi dei documenti inseriti nelle cartelle cliniche.

3. Cronaca della deportazione dall'Ospedale Psichiatrico di San Servolo

Le prime notizie di fonte ebraica sulle deportazioni dagli OO. PP. di Venezia (San Clemente e San Servolo),¹⁵ erano già apparse sulla rivista "Israel" nel 1945, poi riportate da testimonianze e riprodotte in numerosi testi di storici.

Tuttavia leggere le cartelle cliniche, 54 anni dopo, comporta inevitabilmente una duplice analisi poiché, se è difficile separare le considerazioni storiche dall'aspetto più propriamente umano, non si può colpevolmente essere indifferenti e non adoperarsi affinché queste microstorie servano non solo *per ricordare*, ma *ad evitare che si ripropongano*.

Non si tratta solo quindi dello studio freddo dei rastrellamenti e di altre nefandezze ancor più vergognose perché subiti da soggetti vulnerabili, ma la presa di coscienza, in un parziale risarcimento da parte della Storia, di restituire considerazione a vite "*indegne di essere vissute*",¹⁶ in modo da ribaltare la formulazione delle vite indegne di essere vissute in un recupero della loro dignità umana.

La ricostruzione di quegli eventi inizia l'11 ottobre 1944 quando un Commissario di P. S. di Venezia consegnò alla direzione di San Servolo questa nota: "*d'ordine del comando SS. Germanico, ritiro dall'Ospedale Psichiatrico di San Servolo il ricoverato di razza ebraica T. G. di 65 anni, pur essendo avvertito dalla Direzione di questo ospedale che si tratta di malato di mente regolarmente ricoverato a norma di Legge e tuttora bisognoso di cura e custodia in ospedale specializzato*",¹⁷ che è molto simile alle note ritrovate nelle sei cartelle cliniche reperite nell'archivio di San Servolo.¹⁸

Quindi, pur essendo consapevole di essere in presenza di un malato bisognoso di cure, il poliziotto italiano adempie all'ordine di prelevamento e dopo il ritiro dei pazienti, consegna "per ricevuta" la cedola giustificativa come in un banale movimento di merci.

Sulla tabella nosologica di alcuni, ci sono degli appunti che con buona grafia invitano, in caso di dimissioni del paziente a telefonare all'Ufficio di P. S. di S. Elena ed "anche al Comando Tedesco".

Dall'esame delle cartelle cliniche dei sei ebrei arrestati l'11 ottobre 1944 appare chiaramente come essi, prima ancora che dalle autorità naziste, erano stati fatti oggetto di interesse e di sorveglianza da parte della polizia italiana. Prendiamo il caso di L. C. che il 9 luglio 1943 aveva chiesto spontaneamente di essere mobilitato civilmente (in sostanza di essere dimesso) e di essere adibito in lavori materiali esterni.¹⁹

Il direttore pur dichiarando che il paziente "è guarito dai disturbi mentali ed è in grado di essere dimesso" si sentì in dovere di far presente che il paziente "è

di razza ebraica”. In realtà L. C. non solo non fu rilasciato ma il suo stato mentale si aggravò tanto che “la crisi di eccitamento si è sviluppata in una tale forma da rendere necessario l’isolamento del malato. Iniziarsi la cura dell’elettroshock”: cura che continuò fino al 4 ottobre 1944.

La domanda non venne presa in considerazione anzi, di nuovo il 29 dicembre 1943, l’Ufficio di P. S. di S. Elena si assicurò che il paziente fosse ancora ricoverato. Infatti richiese alla direzione di San Servolo di “comunicare (anche per telefono) l’eventuale dimissione”. La risposta fu celere poiché il 4 gennaio 1944 la direzione si premunì di assicurare “che in caso di dimissioni dell’ebreo L. C. sarà data comunicazione a codesto ufficio”.

Anche il comando tedesco chiese notizie del ricoverato e il direttore di San Servolo rispose, con una nota inviata in data 18 febbraio 1944, che “L. C. di religione israelita, di professione impiegato, trovasi ricoverato per malattia mentale con diagnosi di paranoia”.

Nonostante questo certificato l’*Aussenkommando Venedig*, situato al numero civico S. Marco 105, richiese perentoriamente in lingua tedesca per iscritto “... una perizia medica sullo stato di salute di L. C. Chiediamo in particolare che venga considerato nella perizia la durata e il decorso della malattia, il momento dell’eventuale guarigione ... di accertare se le condizioni di salute della suddetta persona siano allo stato attuale compatibili con la carcerazione”.²⁰ In realtà la richiesta dei tedeschi non riguarda lo stato mentale di L. C. ma la preoccupazione che egli sia sempre rinchiuso e quindi arrestabile. Come vedremo in seguito, la storia di L. C. si concluse tragicamente, come per altri, con l’arresto il giorno 11 ottobre 1944.

Ma il peggio doveva ancora avvenire ed infatti il 19 aprile 1944 la Questura di Venezia inviò una riservatissima - personale ai direttori degli ospedali e case di cura cittadini²¹ con la quale richiese di fornire l’elenco e le informazioni inerenti a degenti ebrei in modo da poter verificare se “le loro condizioni siano effettivamente tali da impedirne il trasporto in campo di concentramento e se agevole ne sia la sorveglianza da parte del personale degli stessi Istituti di cura”.²² In realtà poiché si stava preparando la retata si voleva solo appurare la loro presenza nell’Ospedale Psichiatrico

Per inciso compare per la prima volta, negli atti inseriti nelle cartelle cliniche dell’Ospedale Psichiatrico, la dizione “*trasporto in campi di concentramento*”.

Il 4 ottobre 1944 il vice commissario di P. S., supportato da un interprete e da un militare tedesco, visitò San Servolo e San Clemente. Il gruppo accompagnato dal medico di guardia esaminò il registro dei ricoverati, prelevato direttamente dall’ufficio economato. Nel contempo prese diretta visione degli ebrei ricoverati nei due ospedali, accertandosi di persona della reale presenza di questi pazienti.

Nel pomeriggio del giorno dopo lo stesso vice commissario informò telefonicamente la direzione di San Clemente che “per ordine del Comando Tedesco, tra un’ora saranno prelevati gli ebrei qui ricoverati”, prelevamento che sarebbe dovuto avvenire con l’unica formalità di *regolare ricevuta debitamente firmata*.²³

Il direttore di San Clemente avvisò immediatamente il direttore di San Servolo (il quale peraltro era già a conoscenza della disposizione) dell'ordine di consegna, tuttavia il prelevamento fu rimandato al giorno seguente per il forte vento che agitava la laguna.

Difatti il mattino dopo - 6 ottobre 1944 - il vice commissario con agenti di P. S. e militari tedeschi prelevò cinque degenti ebrei dall'Ospedale Psichiatrico di San Clemente firmando le ricevute di consegna. Egli si premunì di avvisare che stava eseguendo un ordine del Comando tedesco e che il suo compito era solo quello di accompagnarli nella Sala Custodia dell'Ospedale Civile di Venezia.²⁴

Dopo questo episodio il direttore di San Clemente provvide ad avvisare non solo la Procura di Stato, l'Amministrazione Provinciale e la Prefettura di Venezia ma anche i familiari di coloro dei quali si conosceva l'indirizzo.²⁵

Per quanto riguarda San Servolo, sebbene fosse stato già impartito l'ordine di prelevamento, la disposizione venne invece eseguita solo qualche giorno dopo. L'11 ottobre 1944 con le modalità seguite per il prelevamento da San Clemente, lo stesso gruppo misto di militari italiani e tedeschi al comando del vice commissario della Questura, prelevò altre sei persone.²⁶ Nello stesso giorno il direttore di San Servolo comunicò alla Prefettura, alla Procura e alla Questura che "oggi è stato ritirato da questo ospedale dalla Polizia Repubblicana Italiana, d'ordine del Comando SS Germanico il ricoverato di razza ebraica L. C. [...] qui accolto il 10 ottobre 1940".

La notizia venne riportata nella cartella clinica ma alla voce osservazioni non venne scritto *prelevato dal comando militare* bensì, in bella grafia, che il paziente era stato *dimesso*. Pochi giorni più tardi dal registro della popolazione di Venezia la notizia venne perfezionata con la notifica che "il giorno 11 ottobre 1944 dall'Ospedale Psichiatrico di San Servolo *partì* L. C.", naturalmente per destinazione ignota. Questo iter è stato ripercorso in tutte le cartelle cliniche dei sei pazienti.

Analizzando ancora la cartella clinica del paziente M. L.²⁷ si può azzardare l'idea che sia stato fatto internare dalla madre, nella speranza di poterlo salvare da eventuali retate, infatti essa stessa lo accompagnò a San Servolo la mattina del 26 ottobre 1943 in uno stato di normalità. Dalla lettura della cartella clinica non si può stabilire una precisa diagnosi per il solo fatto che la grafia del medico risulta indecifrabile.

M. L. risulta essere nato a Palermo ma da indagini effettuate egli non risulta iscritto in quegli anni all'anagrafe palermitana, pertanto si può ipotizzare che dalla famiglia siano stati prodotti documenti falsi. Forse anche per questo il Centro di Documentazione Ebraica Contemporanea²⁸ di Milano ritiene che M. L. non sia ebreo. Tuttavia dalle notizie fornite dal direttore dell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo, accanto ai dati M. L. venne aggiunto il cognome *BLUMS* di chiara origine ebraica: con ciò possiamo ipotizzare che il direttore fosse al corrente dei dati anagrafici falsi.

Nei primi anni '60 il governo tedesco emanò una disposizione con la quale si misero a disposizione dei fondi per indennizzare i familiari di internati nei lager o gli internati stessi, se sopravvissuti, che avessero potuto dimostrare l'avvenuta

deportazione.²⁹ Il governo italiano delegò per la ricerca sia le associazioni degli ex deportati sia le Comunità Ebraiche.³⁰

Il caso di C. I.³¹ rientra in una di queste richieste.³² Da notare, anche a titolo di curiosità, che l'efficienza burocratica, vanto dello Stato fascista, in questa circostanza presentò una lacuna poiché all'Anagrafe di Venezia sfuggì che la persona in questione figurava in partenza dalla popolazione di Venezia.³³

L'Ufficio Provinciale del Tesoro di Venezia addirittura scriveva, con richiesta urgente n.1160 del 30 gennaio 1945 rivolta all'Ospedale Psichiatrico di San Servolo, che "quest'ufficio deve provvedere al pagamento delle rate di pensione dal 6/1/1944 a data corrente. Pregasi pertanto voler comunicare con cortese sollecitudine se la prefata pensionata trovasi ricoverata o facente parte del personale di servizio di codesto ospedale".

La Direzione di San Servolo rispose semplicemente che la paziente era stata ritirata d'ordine del Comando tedesco in data 11 ottobre 1944: con questo, credo, non potremo mai sapere dove sia andata a finire la pensione di un anno della paziente.

Un altro strano ricovero è quello di B. G.³⁴ trasferito dalla Casa di Salute ebraica "Fate – Bene - Fratelli" dove era stato accolto, per sua specifica richiesta, il 10 novembre 1943 con diagnosi di stato depressivo.

Dopo soli 13 giorni venne trasferito all'Ospedale Psichiatrico di San Servolo senza il decreto di ricovero definitivo da parte del Tribunale, che stranamente alla data di trasferimento non era ancora pervenuto.³⁵ Dalla tabella nosologica dell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo si evince che la diagnosi di accettazione è palesemente diversa da quella della Casa di Salute "Fate – Bene - Fratelli"; che non esistono recidive di ricoveri; che lo stato di salute è quello di un normale anziano signore di oltre sessanta anni.

Pertanto dai dati in nostro possesso è presumibile che il ricovero sia stato un modo per sfuggire alle retate già in atto su tutto il territorio nazionale e che il trasferimento presso l'Ospedale Psichiatrico di San Servolo sia stato pensato come un'ulteriore possibilità di salvezza dato il gran numero di persone ricoverate in quel luogo.

Oggi sappiamo che gli eventi portarono invece anche B. G. ad essere prelevato, in quanto ebreo, l'11 ottobre 1944.

Le vicende di G. R.³⁶ ci riportano in un quadro prettamente politico. Infatti egli venne internato con atto della Regia Questura di Venezia il 14 marzo 1940.³⁷ Nella tabella nosologica della sua cartella si legge che "l'infermo non ha mai presentato disturbi di mente. [...] Fu per molti anni interprete nelle Ferrovie dello Stato a Milano. Servì la Patria nel 42° Reggimento Fanteria. Per le leggi razziali il paziente divenne un paziente di mente [...] per la perdita prosperità, l'umiliazione di dover [*illeggibile*] la denutrizione. È depresso, non dorme, commette atti strani".³⁸

In seguito l'Amministrazione della Provincia di Venezia chiese all'Ospedale Psichiatrico di San Servolo notizie molto dettagliate sul passato di G. R.,³⁹ notizie che vennero inviate celermente due giorni dopo confermando che egli era nato in Turchia, aveva trovato lavoro in Italia dapprima in qualità di portiere

nell'Albergo "Esperia Palace" di Roma, poi, dopo un ritorno in Turchia di qualche anno, aveva trovato occupazione come interprete presso il buffet della stazione centrale di Milano; di aver prestato servizio militare nel 42° Reggimento Fanteria di Savona; di aver ancora qualche parente in Turchia.⁴⁰

La nota dell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo non sfuggì alla federazione dei fasci di combattimento - sezione di Venezia in Ca' Littoria - che informò il direttore di San Servolo che "G. R., ricoverato in codesto ospedale ha inviato la lettera che qui unita vi rimetto al Segretario dei fasci italiani all'estero chiedendo assistenza. Vi sarò molto grato se vorrete fornirmi notizie sulle condizioni economiche dell'interessato [...]".⁴¹

Il carteggio tra il direttore di San Servolo e la federazione dei fasci di combattimento si chiude con l'ultima nota trovata nella cartella clinica indirizzata al vice Segretario Federale che relaziona "[...] non posso garantire l'esattezza di quanto afferma, ma è probabile che vi sia del vero. Egli è sprovvisto di mezzi e ne chiede continuamente a tutti. La Confraternita Israelitica, a cui egli si è più volte rivolto, non gli ha dato sussidi, dei quali in verità, finché resta in Manicomio, non ha alcun bisogno. Il Ministero tempo addietro autorizzò il suo espatrio in Turchia, ma sia per le sue condizioni mentali che per la situazione internazionale non ha potuto avere esecuzione. Restituisco la lettera del G. R. Vincere!"⁴²

Le vicende di G. R. si chiudono come gli altri nella giornata dell'11 ottobre 1944 con il prelevamento dall'Ospedale Psichiatrico di San Servolo ma forse è utile trascrivere le ultime righe della sua storia clinica perché illuminante sia del clima che si respirava nel manicomio di San Servolo, sia del pensiero ideologico del direttore che aveva scritto queste note.

Egli infatti scriveva nel luglio 1944: "[...] *molto probabilmente la condotta che tiene nel manicomio è quella abituale della sua razza. È odioso e fa il piccolo commercio per procurarsi i mezzi per poter soddisfare i suoi piccoli bisogni personali, specialmente il fumo. Del resto è calmo, tranquillo, ordinato [...]*".

La conclusione lapidaria dell'opinione "abituale della sua razza" suscita diversi dubbi interpretativi che qui si tenterà di riassumere attraverso delle domande che potranno divenire ipotesi di futura ricerca.

Era la psichiatria italiana, oltre che sicuramente connivente con il regime fascista, anche collaboratrice nel formulare il concetto di razza? Oppure questo concetto è imputabile ad un antisemitismo popolare presente in tutte le classi sociali? Esso è da ascrivere agli effetti deleteri della propaganda, fatta anche attraverso i giornali e i film che sicuramente il direttore di San Servolo avrà avuto occasione di visionare?

Probabilmente il direttore avrà avuto una sensazione di *dèjà vu* quando, nel dopoguerra, avrà letto qualcosa sull'*organisieren* nei lager di quel piccolo commercio che tanto dava fastidio al medico e che tuttavia permise a molti deportati di sopravvivere.

Altro argomento estremamente interessante che filtra da queste note consiste nel fatto che il medico responsabile di San Servolo non ritiene l'ospedale un luogo dove il ricoverato abbia il diritto al superfluo (come le sigarette) in quanto parte delle proprie abitudini di vita. L'ospedale psichiatrico quindi viene considerato

còme un luogo di costrizione e di punizione e, ipotesi azzardata ma verosimile, in cui il ricoverato esiste in funzione della malattia.⁴³

Probabilmente altri pazienti ebrei sono stati prelevati da San Servolo per essere deportati nei vari campi di concentramento anche prima dell'11 ottobre 1944, ma allo stato attuale della ricerca e con i dati in nostro possesso possiamo solo registrare il caso della paziente S. A.⁴⁴ che era seguita, come altri pazienti ebrei, direttamente dall'ufficio di P. S. di S. Elena.⁴⁵ Come per altri pazienti ebrei si chiedeva continuamente di conoscere l'eventuale dimissione; evento poi verificatosi in data 11 gennaio 1944, singolarmente a soli quattro giorni dal ricovero ordinato dalla Questura di Venezia, con biglietto urgente avente come oggetto: "*S. A., ebrea, demente*".⁴⁶

Della dimissione della paziente fu tempestivamente avvisato il Commissariato di P. S. il giorno prima ed anche se non compaiono altre notizie nella cartella di questa paziente possiamo senz'altro concordare con gli storici che hanno compilato gli elenchi dei deportati che la paziente S. A. è stata internata ad Auschwitz - Birkenau con partenza dal campo di Fossoli il 22 febbraio 1944.⁴⁷

Ma come spesso accade in queste ricerche, la scoperta di tragedie familiari sono frequenti ed infatti, dopo attenta e scrupolosa analisi effettuata negli archivi del C.D.E.C., con l'ausilio delle fonti ritrovate nelle cartelle cliniche, si è accertato che S. A. ha avuto due bambine illegittime: una nata nel 1935 di nome Anna, l'altra nata nel 1938 di nome Rosetta. Mentre la madre era alternativamente o in carcere o in ospedale psichiatrico le due bambine furono accolte (o nascoste) da persone sconosciute. Purtroppo i documenti testimoniano che le due bambine il 1 marzo 1944 (quindi da sole) furono internate a Fossoli prima e poi deportate ad Auschwitz - Birkenau dove, data l'età, furono trucidate all'arrivo.

Fin qui la ricostruzione di alcuni frammenti di storia veneziana vista attraverso i documenti inseriti nelle cartelle cliniche di pazienti internati in un'istituzione totale. Naturalmente è risaputo che la storia si fa con i documenti, ma attraverso quali documenti? Se si dovessero ricordare o ricostruire gli avvenimenti dell'11 ottobre 1944, accaduti all'interno del manicomio di San Servolo, solo attraverso atti ufficiali, allora questa ricerca si dovrebbe chiudere con un grande interrogativo, perché i documenti in nostro possesso non ci permettono di sapere con certezza qual è stata la destinazione finale dei sei pazienti prelevati dal manicomio.

In ciò consiste la difficoltà delle ricerche che si occupano di deportazione poiché il reperimento delle fonti è di estrema difficoltà; del resto il procedimento di sterminio prevedeva la cancellazione di qualsiasi traccia dell'individuo da sottoporre a *soluzione finale*, di conseguenza *la distruzione di ogni documento* di identificazione era una precisa scelta del nazismo.

Tuttavia, pur non essendoci documenti ufficiali che possono far completamente luce su quelle vicende, qualche testimonianza, come quella della dott.ssa Cortesi Maria Clara, medico psichiatrico a San Servolo nel 1944, ci permette di definire alcuni particolari inediti.⁴⁸

Per la risposta finale, in mancanza di testimonianze scritte e orali, questa ricerca cercherà di definire, con il maggior grado di attendibilità possibile,

attraverso l'analogia del percorso con altri deportati, qual è stato il destino dei pazienti arrestati a San Servolo, partendo dall'ultima notizia in nostro possesso ovvero il prelevamento e la successiva loro custodia nell'Ospedale Civile di Venezia nella giornata dell'11 ottobre 1944.

In quel giorno nella Divisione Custodia degli Ospedali Civili Riuniti (come allora si chiamava l'attuale Ospedale Civile) erano rinchiusi quindici pazienti di religione ebraica.⁴⁹ Essi provenivano dagli ospedali della città o direttamente da casa, e il loro ricovero era avvenuto nei giorni immediatamente precedenti l'11 ottobre 1944.⁵⁰ La domanda da porsi è: la Divisione Custodia serviva da luogo di smistamento in attesa di passaggio in altri reparti oppure era una vera sala custodia per pazienti detenuti?

Dalla lettura delle quindici cartelle cliniche reperite nell'Ospedale Civile di Venezia si deduce che i pazienti non erano affetti da sintomatologie che potessero giustificare il loro ricovero in ospedale e ciò si nota dal vuoto nelle caselle della diagnosi di accettazione. Poiché dieci pazienti erano ultrasessantenni, si può ipotizzare che le famiglie, in considerazione dell'età avanzata, avessero tentato di nasconderli per salvare loro la vita, aiutati in questo caso dai responsabili dell'Ospedale Civile.⁵¹

Unica eccezione riscontrabile in S. A., nata in Siberia, già detenuta in un campo di concentramento in località sconosciuta, ricoverata in condizioni pietose e quindi non trasportabile. Il luogo di nascita e il fatto che provenisse direttamente da una pensione della città, fa presumere che fosse di passaggio in Italia.⁵² Dall'incrocio delle fonti, cartelle cliniche e documenti in possesso del C.D.E.C., possiamo dedurre come probabile che S. A. fosse madre di M. Blums. Non è escluso che il loro ultimo incontro sia avvenuto nella sala custodia dell'O. C. di Venezia il giorno 11 ottobre 1944.

Altro dato molto interessante è la presenza di due cartelle cliniche intestate alla stessa persona, J. A., compilate da mano diversa nei giorni 6 e 7 ottobre 1944.⁵³ Di conseguenza la domanda da porsi ancora è: l'Ospedale Civile era già in possesso di una lista di ricoverandi ebrei? Il divario tra i dati forniti dall'Ospedale Psichiatrico di San Clemente e i dati ritrovati nell'O. C. di Venezia ci permette di rispondere in modo negativo alla domanda. Per suffragare questa tesi forse è utile ricordare che nel periodo interessato vi è stato un aumento degli ingressi nell'Ospedale Civile, evento che ha potuto probabilmente nuocere all'organizzazione interna.

Inoltre dal confronto delle liste fornite dalla direzione dell'Ospedale Psichiatrico di San Clemente e dall'Ospedale Civile di Venezia appare evidente che la sala custodia di quest'ultimo fosse una vera cella di detenzione e non sala smistamento per malati. Infatti gli elenchi dell'Ospedale Psichiatrico di San Clemente registrano cinque pazienti consegnati, il 6 ottobre 1944, direttamente al Comando militare tedesco, che a sua volta li rinchiusse nella sala custodia dell'Ospedale civile per altri cinque giorni.⁵⁴

In questo caso possiamo porre degli interrogativi su come è stato possibile individuare il gruppo di pazienti ebrei ricoverati nell'ospedale e su chi ha avvisato il comando militare tedesco della loro presenza.

Per rispondere a questa domanda forse è utile menzionare che in quel periodo, da Venezia ad Udine, era molto attivo il capitano Stangl che comandava il distacco delle SS di stanza a Trieste con il compito di ricercare, con l'aiuto della polizia fascista e di collaborazionisti, ebrei nascosti. Se il Comando militare tedesco aveva momentaneamente rinchiuso i pazienti dell'Ospedale Psichiatrico di San Clemente nell'Ospedale Civile, in attesa di altra destinazione, e quindi era direttamente a conoscenza di queste persone, sembra del tutto scontato che le notizie che hanno permesso il prelevamento (direttamente da casa nella stessa giornata del 6 ottobre 1944 di altre cinque persone) siano venute dall'interno dello stesso Ospedale Civile.

Nella lista e nelle note delle cartelle cliniche dei quindici pazienti dell'Ospedale Civile essi risultano *dimessi* il giorno 11 ottobre 1944, nello stesso giorno quindi del prelevamento dei pazienti dell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo, notizia avvalorata dalla tradizione orale della Comunità Ebraica veneziana. Tuttavia dagli atti dell'archivio ospedaliero non compaiono tracce dei pazienti provenienti da San Servolo.

La dott.ssa M. C. Cortesi testimonia, a proposito di San Servolo, che pochi ebrei erano ricoverati; che la direzione del manicomio non poteva ricevere altri ospiti, per tentare di salvarli, principalmente per il gran afflusso di parenti in isola e poi perché i registri erano severamente controllati.

La dott.ssa M. C. Cortesi ricorda i nomi di alcuni pazienti che coincidono con le persone di cui ci stiamo occupando, quindi la testimonianza conferma sostanzialmente i dati in nostro possesso.⁵⁵

Lei ricorda inoltre che “dentro l'ospedale entrò con le SS un ebreo austriaco, giustiziato dopo la guerra, identificando così gli ebrei che poi furono deportati”.⁵⁶

La mattina dell'11 ottobre 1944 quando si presentarono i militari italiani, nel manicomio erano presenti circa trenta giovani “partigiani” (secondo il relatore della testimonianza erano renitenti alla leva) che accusavano finti disturbi psichici. Costoro non furono presi in considerazione poiché l'attenzione dei militari era indirizzata verso i pazienti ebrei, in precedenza avvisati dal direttore dell'ospedale psichiatrico del pericolo che avrebbero potuto correre. I pazienti non seguirono i consigli del direttore Cortesi, ad eccezione di R. A. che “fu l'unica che si oppose con tutte le sue forze facendo la pazza pericolosa che fece scappare le SS. e la spia tedesca terrorizzata. La signora R. A. aveva seguito le indicazioni del prof. Cortesi eseguendo la messa in scena perfettamente”.⁵⁷

Gli altri, inconsapevolmente secondo la dott.ssa M. C. Cortesi, seguirono “con gioia gli aguzzini, felici di andare in Germania. Dal confine mandarono una cartolina al prof. Cortesi comunicandogli che erano in viaggio per la grande Germania”.⁵⁸

Questi fatti ribaltano ciò che risulta dalle espressioni trascritte nelle cartelle cliniche dei pazienti di San Servolo e usate dal direttore che all'epoca appariva non esente da pregiudizi antiebraici. Alla luce di questa testimonianza, però, non possiamo escludere che i medici dell'ospedale psichiatrico fecero il possibile per salvare la maggior parte di internati ebrei dalle retate.

Allora è d'obbligo porre altri quesiti che qui di seguito riportiamo. Il direttore del manicomio era interessato alla sorte dei suoi pazienti? Richiese informazioni sul loro destino alle autorità naziste, che comunque, ricordiamo, non erano tenute a rispondere in quanto Venezia era territorio occupato militarmente? L'arrivo delle cartoline ci può far ipotizzare che i nazisti volessero tranquillizzare il direttore del manicomio in risposta alle sue sollecitazioni? Per ultimo, le sollecitazioni del direttore erano dovute ad un ripensamento personale o era un modo preventivo di giustificare il suo comportamento successivamente?

Domande senza risposte ma, continuando con la ricostruzione degli eventi, l'aggregazione dei sei pazienti di San Servolo al gruppo dei quindici dell'Ospedale Civile non può essere accertata perché, come già detto, non risulta dagli atti in nostro possesso né in quelli del C.D.E.C., però possiamo ricostruire il percorso di alcuni ebrei presenti nell'Ospedale Civile e di cui si conoscono i movimenti.

Da Trieste, dall'11 ottobre 1944 al febbraio 1945, sono partiti cinque convogli per destinazione Auschwitz e Ravensbruck (l'ultimo deviato a Bergen Belsen), pertanto possiamo presumere che, se non trucidati nella Risiera di San Sabba, i pazienti possono essere stati destinati per questi Konzentrationslager.⁵⁹

Purtroppo alcune liste di trasporto (*transportlisten*) non sono conservate poiché, per il gran numero di convogli in partenza dalla Risiera di San Sabba, le registrazioni in partenza dal campo non sono note; occorre aggiungere che i nominativi dei pazienti dell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo non vengono menzionati dalle liste dei trucidati nella Risiera di San Sabba.

L'analisi dei movimenti ferroviari in partenza dalla Risiera di San Sabba ci obbliga ad escludere gli ultimi tre convogli partiti da Trieste perché troppo distanti dall'11 ottobre 1944. Pertanto i convogli con i quali possono esser stati deportati i pazienti ebrei, in riferimento alle date di prelevamento nell'Ospedale Psichiatrico di San Servolo, sono soltanto il 39T partito il 18 ottobre 1944 e il convoglio 40T partito il giorno 1 novembre 1944, ambedue per Auschwitz - Birkenau ed arrivati a destinazione in data imprecisata. Poiché i convogli non sono registrati in arrivo nei documenti dell'archivio del museo statale di Oswiecim, a meno del reperimento di altre fonti, non possiamo chiudere questa ricerca con certezza.

Tuttavia se il nostro lavoro è servito a ricostruire parzialmente le microstorie di alcune persone, a recuperare e a ricordare le loro individualità violate, a portare *un solo mattone al grande monumento della Memoria* (intesa non solo come conservazione di essa ma come stimolo a *mai dimenticare*) allora il nostro compito di studiosi ha avuto un senso.

4. Conclusioni

Si è ritenuto di ricordare queste vicende ad oltre 50 anni di distanza non perché strumentalmente siano stati rinvenuti dei materiali d'archivio finora sconosciuti, ma per arricchire la memoria storica. Essa rappresenta, come memoria sociale, il senso d'identità e continuità di un gruppo, ma è un senso che la nostra società tecnicamente progredita tende ad annullare, a trasformare in nozioni da scrivere sui libri scolastici o da seppellire nelle biblioteche.

Ormai da qualche anno, consci della profonda cesura tra storia e memoria, gli storici stanno rielaborando la questione, cercando di conciliare i due aspetti in quanto parti ineludibili del vissuto sia individuale che collettivo. Anche lo studio della Shoah ha bisogno di essere continuamente reso visibile, poiché dal genocidio degli Armeni del 1915 ai crimini staliniani, dalle atrocità in America Latina a quelle nei Balcani, dai crimini di Pol Pot alle stragi algerine, altre Shoah,⁶⁰ in tutte le varie forme e particolarità, si sono ripetute o si stanno ripetendo. Proprio per questo non possiamo deresponsabilizzarci, anzi il ricordo del genocidio degli ebrei non deve essere ridotto a fenomeno della Storia, eccezionale o singolare, ma reso sempre più attuale, vicino e “ingombrante” per quelle coscienze ancora oggi indifferenti.

Se oggi la società cosiddetta civile rinuncia alla comprensione delle dinamiche dei lager, dei gulag, delle deportazioni e dei manicomi allora si corre il rischio che le stesse metodologie vengano usate in futuro nei confronti di chiunque venga definito inutile o dannoso per la società.

C'è un'ultima notazione nel rapporto tra il termine lager e quello di manicomio. È vero che molti sopravvissuti hanno utilizzato la parola manicomio o lager per far comprendere il luogo delle sofferenze ma erano parole del proprio quotidiano e non sinonimi esemplificativi della loro esperienza. Tuttavia ci sono sicuramente delle analogie metodologiche e organizzative tra il lager e il manicomio, entrambi espressione dell'*universo concentrazionario*⁶¹ e della negazione dell'identità individuale.

Divergono certamente come obiettivo da raggiungere, in quanto il lager è espressione di un regime che lo prevede come elemento caratterizzante, mentre per la psichiatria il manicomio rappresentava uno strumento di controllo sociale presente in ogni istituzione politica, democratica o meno. La scommessa del futuro è allora quella di evitare il ritorno delle *ideocrazie* (sebbene camuffate) frantumando, *possibilmente per sempre*, il legame tra istituzioni totali e organizzazione della società.

Per le libertà

Emilio Lupo (Napoli)

Andavano e andando cantavano eterna memoria. Nelle pause, sembravano fossero i piedi, i cavalli, gli aliti di vento a continuare il canto intonato.

B. L. Pasternak

Prima di iniziare voglio immediatamente trasmettervi le immagini - in stridente contrasto tra loro - evocate in me dal pensare ai rapporti tra psichiatria e nazismo: la prima, riportata dall'iconografia classica di Ph. Pinel che a Parigi scioglie il gigantesco e pericoloso marinaio dalle catene delle carceri e lo abbraccia, e la seconda delle camere a gas dei lager nazisti che, come riportato dalla propaganda scientifica dell'epoca, "liberano i pazzi dal peso di una vita di sofferenze incurabili".

Se Pinel in quel momento, sulla scorta dei valori espressi dalla rivoluzione francese, fonda la psichiatria moderna, le procedure adottate dai nazisti aprono il campo ad aspetti e interrogativi fortemente inquietanti e direi decisamente ingombranti.

Senza soffermarmi ad esaminare i vari e diversificati orientamenti che hanno caratterizzato la psichiatria da circa duecento anni, voglio parteciparvi di alcune riflessioni.

La psichiatria all'inizio si pone come espressione dell'istanza di liberare l'uomo dalle sue "catene", reali e simboliche. Essa dunque si fonda su istanze di libertà, che tuttavia vengono puntualmente rinnegate nel passaggio alle pratiche operative (oggi possiamo parlare di differenza tra *exposed theory* e *theory in use*). Ciò sembra dimostrato dalle innumerevoli situazioni che hanno costellato questi anni - da Pinel ad oggi - e che, nel periodo nazista, hanno espresso il massimo possibile di violenza attraverso la deliberata e programmata soppressione fisica.

È indubbio che la psichiatria possiede in sé stessa una radice distruttiva, la cui natura non può essere identificata *tout-court* con la radice positivistica che ne connota lo sviluppo dalla seconda metà dell'800 in poi.

La radice positivistica, identificando in un danno biologico - sia pure non ancora noto - le cause delle malattie mentali, ha sicuramente determinato lo sviluppo della cosiddetta utopia biologistica, la cui espressione pratica è rappresentata dalla costruzione di asili, sempre più numerosi e capienti, nei quali rinchiudere tutte le espressioni delle diversità, psicologiche e sociali, e sottoporle a "studi approfonditi" dei comportamenti e del soma, nell'attesa della scoperta del rimedio efficace e/o risolutivo. Non può essere sottaciuto che lo statuto scientifico fa capo all'utopia biologistica e ha decisamente scotomizzato i tanti altri aspetti dell'umano che sono stati, sino a qualche tempo fa, decisamente alienati dalla

ricerca e dall'assistenza. Per essere chiari, il prodotto pratico dello statuto scientifico ha determinato il convergere dell'attenzione sulla malattia e non sull'uomo (malato), rendendo sempre più ristretti gli spazi assistenziali, sino a forme di vero e proprio abbandono, e allargando sempre più quelli della ricerca e della sperimentazione, sino a forme di spaventosi accanimenti terapeutici.

Ma essendo per fortuna più ampio e variegato il panorama degli interessi dell'uomo, lo sviluppo delle pratiche ed il contagio con altri saperi ha finito per promuovere la salute mentale, facendo così convivere le due anime della psichiatria, alle quali fanno capo molteplici modalità operative e di ricerca.

La prima è un'anima amica dell'ordine pubblico e quindi costituzionalmente costrittiva, violenta, repressiva, sino talora a meritare un'appartenenza al genere dei nazismi. La seconda, fortemente legata ai bisogni dell'individuo, tende invece al rispetto dei diritti del singolo e del suo futuro. Essa appartiene al gruppo delle libertà.

Lo scontro, che ancora oggi continua, con modalità sempre più raffinate, ci dice della grande attualità del tema che andiamo ad affrontare in questa importante assise, per l'appunto i rapporti tra la psichiatria ed il nazismo e che potremmo anche titolare dei nazismi e delle psichiatrie.

Voglio pertanto dire subito che nell'affrontare il tema centrale di questa giornata, mi sono apparse non poche – e di certo non fortuite – le connessioni, le correlazioni e la reciproca funzionalità tra il nazismo e la psichiatria di quegli anni. Tentiamo, perciò, di soffermarci sulle loro caratteristiche predominanti, così come sono state percepite, interpretate e vissute dalla gente.

Il nazismo rappresenta il punto più alto del soffocamento dei diritti, della sopraffazione, della totale violenza, della pura ferocia.

Il pensiero comune, attraverso la psichiatria dell'epoca, è come se abbia trovato nell'ideologia nazista (e affini) un substrato politico - culturale, un alibi per rendere operativo il vissuto negativo nei confronti della diversità.

La psichiatria, che già si presentava fortemente affiliata all'ordine pubblico e da essa giuridicamente dipendente, nutrendosi delle tecniche della contenzione e della separazione anche attraverso l'uso del manicomio, non faceva fatica a fare suo il mito del superuomo e della difesa della razza, offrendo e sciorinando al potere nuove e più sofisticate "cure" fino a spingersi alla somministrazione dell'eutanasia.

La psichiatria e il nazismo provvidero, così e insieme, all'allontanamento forzato di uomini, donne e bambini dalle loro abitazioni, rendendosi responsabili di una delle forme più miserevoli di crimine, privandoli delle proprie radici, della propria storia ovvero di tutto ciò che è autentico, profondo, intimo. E la psichiatria che pure era nata per aiutare l'uomo a spezzare le catene, finì per sottrarre affetti, sogni e speranze ad intere generazioni che ebbero in cambio solamente barbarie, violenza e morte.

Com'è stridente e forte il contrasto tra la spietata, tragica e luttuosa povertà del nazismo e la prorompente ricchezza della libertà, che è sempre ricchezza di scambi, riscossa, speranza.

La malattia mentale, che portava con sé le stimmate della diversità, finì da

quella psichiatria e dal nazismo per essere sempre più identificata come grave colpa: chi ne era portatore, venne punito, dapprima in maniera parziale (dal contenimento alle pratiche di shock) in seguito in maniera totale con l'annientamento.

Tutto ciò per vari ordini di motivi quali: A) I programmi economici non contemplavano il sostegno dei malati perché incapaci a garantire forza lavoro o impegno bellico, né tanto meno i malati mentali potevano garantire produzione e riproduzione, ovvero la razza pura, che doveva naturalmente essere di origine controllata; B) La storia era vissuta, dai nazisti, esclusivamente come lotta razziale: pertanto tutti i diversi – che erano poi i non ariani - risultavano essere nemici e come tali da sopprimere.

Se l'obiettivo era l'annientamento dell'uomo diverso, se questo era l'unico scopo, allora quale sarà la risposta alle domande: perché è successo? Come è stato possibile giungere a tanto? Chiunque abbia cercato di affrontare i temi legati al nazismo - ed anche chi vi parla - si è trovato davanti questi interrogativi tanto ampi da potersi perdere. È breve, difatti, il passo dai luoghi comuni - acritici ed unidirezionali - ad una cronaca che non ha il peso della storia.

Dov'è la libertà se colui che insegna non contempla una porta che ti lascia entrare, da cui, se vuoi, puoi anche uscire? Ma come possiamo fare correttamente convivere storia e memoria?

Ci viene in aiuto uno dei più apprezzati scrittori israeliani contemporanei, Abraham Yehoshua, il quale ha recentemente sostenuto che “nessuno può chiederci di dimenticare... ma non dobbiamo, non vogliamo precipitare nell'oblio. L'olocausto è stato un evento così importante, così pieno di significati che ognuno può scegliere il proprio modo di rapportarvi... ma ciò che dovrebbe interessarci è trarre da quella tragedia una lezione perché eventi del genere non debbano ripetersi”.

Il rischio, quindi, potrebbe essere quello, si diceva, del semplice racconto, di apparire scontati, superficiali, persino monotoni e di non riuscire, in ultima analisi, a giungere alle nuove generazioni, lavorando per comprendere, riconoscere e riconoscersi, senza doversi ritrovare, ancora una volta, ad ignorare la voglia dell'homo sapiens: la libertà.

Discutendo della Shoah, del Nazismo, dei campi di concentramento, della soluzione finale, si è sostenuto in certi ambienti, ed in maniera del tutto approssimativa, che in fondo l'assoluta violenza come la negazione di tutti i diritti, sia stata la colpa di alcuni uomini che hanno sbagliato oppure solo di taluni che si erano accaniti e basta. Questa lettura è francamente inaccettabile. È invece necessario chiedersi: ma come si è giunti fin lì?

Com'è stata favorita e fatta crescere la cultura e la pratica della violenza? Come, in tanti, hanno soffocato la propria ed altrui libertà?

Dov'era il mondo?

Dobbiamo partire da queste premesse se vogliamo tentare di tracciare il percorso della psichiatria di quegli anni e cercare i suoi rapporti con il potere istituzionale, in modo da riflettere anche sull'oggi e, soprattutto, sul domani!

È noto che storici autorevoli ed accreditati, così come i cronisti della carta

stampata o i semplici attori dell'epoca, hanno fornito le spiegazioni più diverse sui tremendi avvenimenti di quegli anni; anche qui, però, con il trascorrere degli anni si è spesso caduti nelle esemplificazioni, nelle ritualità, oppure, sull'onda emozionale, dopo qualche do maggiore, ci si è lasciati per troppo tempo la musica alle spalle.

Il rischio che si perda la memoria storica di quegli accadimenti induce in me forte preoccupazione: temo che il numero degli omicidi, le date delle deportazioni, il nome dei lager, il numero degli zingari o dei malati mentali su cui venivano fatti "esperimenti di morte" rischino, con ogni generazione che avanza, di pietrificarsi e di perdere peso e valore. Bisogna invece che la più immane tragedia moderna rappresenti il più grande, forte, pesante, sentito appello alle libertà, sussurrato, urlato, scritto, recitato, cantato in tutte le lingue, filmato con tutti i toni dal più sfumato al più intenso.

Di ciò dirò, brevemente, quest'oggi, ritenendo la libertà l'elemento centrale e di straordinaria attualità: come tutti i sogni è sempre cogente, come tutte le cose sostanziali è illusione. Vi è pertanto bisogno che si allertino le sentinelle della libertà affinché non abbiano più a coprirsi simili tragedie. Queste sentinelle non sono le vaghe ed inconsistenti sensazioni dei fatalisti, tanto meno gli appelli - periodici quanto rituali - ad una solidarietà priva della tensione alla parità, bensì la costante attenzione e verifica alla pratica dei diritti degli uomini, di tutti gli uomini.

Non appaia azzardato il termine coprire perché la scienza psichiatrica tra il 1934 - 1944 si rese corresponsabile:

- a. della sterilizzazione di 350.000 persone;
- b. della morte di 70.000 pazienti psichiatrici, dichiarati incurabili da un gruppo di psichiatri
- c. della morte dell'80% dei pazienti psichiatrici morti negli Ospedali psichiatrici per fame, per infezioni e maltrattamenti.

Muller - Hill ricorda tra l'altro che tra il 1940 ed il 1941 "i pazienti psichiatrici ebrei vennero uccisi con il gas dagli stessi gruppi che uccisero i pazienti non ebrei".

Si fa oggettivamente fatica a parlare di etica psichiatrica allorquando si apprende che "nel luglio 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".

Mi è ancor più difficile poter serenamente pensare ad Ippocrate, al giuramento, alla cura, al benessere per i meno garantiti e a cosa allora si pensasse dei pazienti psichiatrici e più in generale dell'uomo da parte del potere e degli psichiatri stessi; il perché è presto detto: la scienza sperimenta il coma insulinico, l'elettroshockterapia. Nel 1938, mentre la nazionale di calcio italiana vince i campionati del mondo ed i fratelli Biro mettono in circolazione la prima penna a sfera, si sperimenta sugli ultimi e più indifesi la psicoturgia ed in Italia vengono promulgate le leggi razziali.

Poco più avanti si pensò di approntare una legge che giustificasse scientificamente (questo ci fa pensare a quanti soprusi si possono commettere in nome della scienza) l'assassinio dei pazienti psichiatrici ma per fortuna il progetto

non vide la luce.

In Europa in quegli anni non ci si impegnò per difendere gli ultimi, tantomeno in Italia, dove la mortalità nei manicomi passò dal 6% nel decennio 1930/40 al 14% nel triennio 1942/44. Nel mondo della psichiatria, di questo eccidio nell'eccidio, non vi è traccia negli scritti ufficiali del dopoguerra, tant'è che bisogna attendere fino al giugno del 1978 quando Vittorio Donato Catapano e collaboratori, pubblicano una ricerca sulla "fame e morte nei manicomi campani durante la seconda guerra mondiale". Essi, tra l'altro, scrivono: "Nel 1946 si tenne a Roma dal 18 al 20 ottobre, il XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria (S.I.P.). Era il primo congresso della Società dopo la guerra. Il precedente - il XXII - era stato tenuto nel 1940, pochi giorni prima dell'entrata in guerra dell'Italia. Ebbene nel Congresso del 1946 a tutte quelle morti non fu rivolta alcuna attenzione particolare. Seguendo la liturgia dei Congressi della S.I.P. dove vi è la consuetudine di ricordare gli iscritti deceduti, l'Assemblea si alzò in piedi ed in tale atteggiamento di rispetto e di omaggio ascoltò la commemorazione ed alla chiusura osservò un minuto di raccoglimento; ma nessuna iniziativa, nessun gesto commemorativo nei confronti delle molte migliaia di malati caduti... Senza dubbio sarebbe stato anche bene - continua Catapano - che la Nazione avesse saputo chiaro e tondo che nei manicomi durante la guerra erano morte migliaia di persone e, nella stragrande maggioranza, di fame".

Si sa, tutti i governi esortano al risparmio ed allora come oggi, taluni salvatori della patria pensavano al risparmio del denaro pubblico ed a più efficaci metodi di cura: 21 ottobre 1940, Divisione Sanitaria: "Allo scopo di ridurre al massimo il consumo di insulina e tenuto conto d'altra parte dei buoni risultati e dei vantaggi che si ottengono con l'uso dell'ESK in varie forme morbose mentali, questo Ministero intende che l'impiego di tale terapia sia maggiormente diffuso negli ospedali psichiatrici del Regno in modo che non si faccia ricorso all'ICT se non dopo aver sperimentato l'ESK".

Tutto ciò ci induce a riflettere sui possibili livelli di compromissione e di reciproco sostegno fra tutti i poteri istituzionali: la psichiatria non solo partecipò alla promozione di progetti e programmi di intervento ma in molti casi si fece carico della loro attuazione pratica andando, talora, anche oltre le intenzioni. Rischieremmo, però di fare della semplice cronaca o peggio dei rilievi sterili se non tentassimo di conoscere le cause di assuefazione e connivenza, così da poter tessere le reti di protezione, che ancora oggi sono necessarie alla difesa ed alla promozione delle libertà. È indispensabile, quindi, "che si possano riconoscere gli aspetti profondi di una lunga catena di responsabilità che parte da molto lontano, dall'indifferenza pubblica che esalta le virtù del mondo privato, alla cinica aspirazione all'ordine sociale, costi quel che costi". (Chianese e Del Monaco).

Il richiamo è chiaro e forte ed invita ad "acquisire la sensibilità vigile di chi è comunque libero nella scelta tra cecità complice o la consapevolezza del proprio partecipare al mondo".

Così si riesce a riflettere sul nazismo - sostengono Chianese e Del Monaco - e ad "accorgersi della miseria di chi ci è straniero perché povero, dei genocidi politici ed economici, che avvengono oggi nel mondo, dal Kurdistan alla Bosnia,

dalla Somalia all'America latina”.

Sicuramente non si potrà dire delle libertà senza attraversare le pieghe del potere, potere che riesce a superarsi, persino, come vuoto rassicurante, giustificazione di ogni atto, sfrontata impunità, ed uguale sotto tutte le latitudini quali che siano le professioni ed il ruolo che si finisce per occupare: potere quale annullamento dei valori etici, l'inafasto incontro tra l'integralismo, l'intolleranza e l'ignoranza: le libertà si soffocano con l'appiattimento culturale, il culto delle prassi, la pedanteria, il privilegio, il controllo dei suoni, del lessico, dei colori, il silenzio dei poeti, la scomparsa dei saltimbanchi e dei girovaghi.

Quella psichiatria fu, quindi, specchio e prodotto del potere e il suo ruolo subalterno, complice e misero, costituì l'espressione più esplicita di quale considerazione si avesse dell'uomo e quale valore si attribuisse alla sua vita. Difatti per la persona ammalata di mente la “cura” (dall'insulinoterapia alle terapie di shock alla già menzionata psicochirurgia) finiva per coincidere con l'accanimento, il controllo, la punizione, la violenza come mezzo e fine.

Della dignità, dei diritti e delle libertà non vi era alcuna traccia.

Psichiatria e nazismo finirono, così, per siglare un “patto di acciaio”: la sofferenza, il malessere, la ricerca e l'approfondimento clinico vennero sistematicamente soppressi - insieme alla cura - per fare posto ad una determinazione forte e ad una pratica brutale tendenti, esclusivamente, al controllo sociale.

Gli psichiatri tedeschi - ma non solo essi - probabilmente dovettero ritenersi, alla pari dei membri del III Reich, al solo servizio della giustizia anche in seguito: “gli psichiatri - ricorda Klee - molto raramente accettarono le “querelle” degli ultimi pazienti che erano stati sterilizzati o che comunque avevano subito danni di altri tipi... Dopo la guerra la maggior parte degli psichiatri coinvolti nell'omicidio dei pazienti rimase libera e continuò a praticare la professione. Molti di loro presentarono i pazienti che avevano salvato e persino coloro che avevano ucciso tutti i loro pazienti furono creduti quando dissero che pensavano veramente che fosse un buon comportamento terapeutico quello di liberare quelle povere persone dalla sofferenza”. Anche questo deve indurci a riflettere su come la continua negazione e lesione della cura e del diritto trovò ampia giustificazione proprio in nome di interessi che venivano riconosciuti come collettivi: in loro nome sono stati perpetrati abusi e violenze.

Ciò che abbiamo detto poco prima circa l'esortazione a non usare l'insulina ma la più economica energia elettrica, è di estrema attualità, se ancora oggi si deve registrare l'invito a risparmiare su alcune prestazioni socio - sanitarie o a ritenere inutili alcuni interventi di tipo sociale, semplicemente perché non tariffabili o perché al di fuori delle tradizionali pratiche terapeutiche.

Il prendersi cura veste spesso i soli panni dei bilanci da fare quadrare e pertanto la loro tinta è quella del cinismo e “quando un dubbio costo/beneficio sembra essere vantaggioso per la nazione vengono definiti etici tutti i mezzi adoperati per soddisfarlo”.

Possiamo pertanto affermare che è stretta la connessione tra soddisfacimento dei diritti elementari dei cittadini in difficoltà di vivere e capacità della psichiatria di proporsi come attraversamento, percorribilità, risorsa, fruibilità, capacità di

ascolto e promozione di relazioni significative. La psichiatria, insomma, finisce per essere uno degli indicatori dello stato di civiltà e di salute di una nazione, misura la capacità di un popolo ad accettare o meno quel che si definisce diversità, quelle “conchiglie umane vuote” come con torva fantasia venivano indicati i pazienti dagli psichiatri tedeschi durante la dittatura nazista.

Libertà e progresso vanno di pari passo e se non si incontrano con i diritti e la dignità sarà ben difficile che riescano ad esprimersi compiutamente. Lo sterminio di massa rappresentava più di tutto la negazione dell'individuo, verosimilmente perché si riferiva a vite che erano “superflue” e perché la società doveva ricevere un ammonimento.

Ho più di una perplessità nel ritenere che la lezione della Shoa sia stata colta tutta e fino in fondo, e che la psichiatria sia stata in grado, nella sostanza, di cambiare pelle, di fare la propria scelta (anche perché gli interessi che gravitano intorno ad essa sono tantissimi) così da potere centrare gli obiettivi di liberazione dalla malattia e di una costante attenzione e rispetto per l'uomo che esprime sofferenza e disagio, essendo ancora infarcita di un biologismo che seppur di volta in volta rivisitato ed aggiornato, rimane pur sempre ottocentesco. Tanto ci deve spingere a continuare la nostra ricerca delle libertà che riteniamo siano, in maniera assolutamente contestuale ed inscindibile, l'insieme della lotta della fantasia e del sogno di tutti gli uomini.

Di qui scaturisce una prima domanda: ma per il raggiungimento di quali libertà dobbiamo impegnarci oggi? Ed ancora: come facciamo a riconoscere la libertà? Di certo dovremmo attendere la pariteticità tra i diversi e molteplici bisogni dell'uomo - strutturali e sovrastrutturali - volgerci alle cose semplici, condivise e partecipate, superando ogni aspetto di drammaticità e di eroismo. A tale proposito Pisolini ricordava: “ho messo tra virgolette la parola “eroi” perché, come mi ha raccontato F. Basaglia, nel suo manicomio una ricoverata ha detto che gli eroi sono un prodotto delle società repressive”.

La libertà è da me intesa come pratica della giustizia, come giustizia da consumare. Quella giustizia che, talora, invociamo perché ci piace immaginarla e sentirla come la parte più alta e viva del sogno della libertà.

In questo senso nell'idea di giustizia vi è una sconfinata concretezza.

La violazione del sogno delle libertà ha privato gli uomini - resi poveri, soli, intimoriti, incarcerati, affamati, mutilati ed uccisi - della possibilità di incominciare o continuare il viaggio quotidiano: è di questo che dobbiamo assolutamente parlare, avviare una riflessione collettiva. Solo così - afferma Yehoshua - potremmo evitare di fare delle tragedie un mito di Stato, un mito che con il trascorrere del tempo finisce per svuotarsi dell'anima collettiva.

Dobbiamo evitare quindi di parlare un linguaggio astratto ed incomprensibile ai più, lontano dalla vita di tutti i giorni e dalla straordinaria quotidianità che ci spinge a fare, a programmare, a sperare e sognare: la vera barbarie è consistita nell'impedire con la forza, i soprusi e gli omicidi quelle tantissime cose semplici e consuete: poter andare e ritornare, decidere del proprio tempo, poter gestire il proprio negozio, innamorarsi, viaggiare, andare al mare, votare i propri candidati, festeggiare il compleanno, lavorare, nutrirsi, seppellire i propri cari, partorire

nella propria casa, laurearsi, andare al mercato, fare fotografie, imparare un mestiere, truccarsi, vendemmiare, dipingere, preparare la cena, sognare un futuro e soprattutto poter dire: domani.

La ricerca delle libertà continua... e nessuno reciterà con Wittmann:
"O Capitano! Mio Capitano! il nostro viaggio è finito..."

Bibliografia

- 1) Muller - Hill, La psichiatria nell'epoca nazista, in: Etica in psichiatria, (a cura di) S. Bloch e P. Chodoff, NIS, 2° vol. 1996
- 2) De Giovannangeli, Il valore dei simboli, L'Unità 15.08.98
- 3) G. Chianese, A. Del Monaco, Introduzione a: L'umanità come mezzo. Nazifascismo ed ebrei, in Dossier 199, Istituto Campano per la Storia della resistenza.
- 4) V. D. Catapano, A. Manfredi, N. Maturo, A. Nuciotti, Fame e morte nei manicomi campani durante la seconda guerra mondiale, in: Giornale storico di psicologia dinamica. Liguori Editore, 1976
- 5) B. Norcio - L. Toresini, Psichiatria e Nazismo, in: Fogli di informazione, Pistoia 1994.

Commento

Giuseppe Guido Pullia (Treviso)

Dopo l'intervento di Emilio Lupo non voglio prendere altro tempo, per cui mi limito a qualche breve considerazione personale.

Vedo un'analogia tra nazismo e fascismo, la loro radice culturale razzista e antisemita, e la psichiatria tradizionale.

C'è un veleno comune, che ritrovo riflettendo sull'onda di una serie di letture, da Sartre fino ad una recente intervista ad Adamo Luzzato, Presidente dell'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane, che si sofferma in particolare sull'eredità dell'antigiudaismo cattolico nell'antisemitismo moderno del regime fascista (e non a caso ha trovato un appropriato titolo redazionale in "Fratellastri d'Italia").

Adorno scriveva: "La propaganda fascista attacca degli spauracchi, più che dei rivali veri, vale a dire che costruisce un'immagine dell'ebreo o del comunista e la fa a pezzi senza preoccuparsi molto se e in che misura questa immagine corrisponda alla realtà; essa non ricorre alla logica discorsiva".

Adorno ci insegna, e la conferma di tale insegnamento ci viene dalla cronaca anche recente, che la democrazia e la tolleranza non sono mai beni acquisiti una volta per tutte. Basta che si apra una crisi negli equilibri precedentemente assestati perché riappaiano vecchi spettri, quali il culto del capo, la demagogia, il social - darwinismo ad uso e consumo dei forti ed il disprezzo per i deboli e le minoranze.

Petruciani afferma che l'antisemitismo e il razzismo diventano un canale attraverso cui si esprimono il risentimento anticapitalistico, la rabbia verso chi se la passa meglio, un egualitarismo dell'invidia e del livellamento che è la caricatura orribile della giusta aspirazione ad una società di liberi ed eguali; bisogna quindi guardarsi bene dagli *stereotipi*.

Adorno scriveva che "anche dietro gli stereotipi positivi sono in agguato quelli negativi" quindi spauracchi, immagini distorte dell'altro.

Ho potuto vedere la riproduzione di una pagina della rivista "La difesa della razza" del 1938 sulla quale erano illustrate due immagini, due profili umani chiaramente "non ariani", ai quali erano sovrapposti elementi geometrici ad identificare con precisione la fronte, il naso, la bocca. Sopra tali immagini caricaturali a caratteri di scatola un titolo: "L'ebreo c'è ma non si vede", ossia trovare il giudeo. Per perseguire gli ebrei era necessario non "conoscerli", ma "riconoscerli", riportarli a quegli stereotipi, a quelle immagini. Distinguersi da quella minoranza era necessario per la maggioranza, non tanto e non solo per poterla conculcare, ma anche e soprattutto per rassicurarsi sulla propria identità. Infatti quanto più è certa la definizione dell'identità dell'altro, in questa logica regressiva, tanto più è facile, e non richiede la fatica di una logica discorsiva,

tollerante e dialettica, costruire una propria identità, o meglio una pseudo - identità, fragile nella sostanza e autoritaria nella forma e negli atti che la rappresentano sia simbolicamente che nella violenza degli agiti.

E qui giungiamo alla psichiatria “tradizionale”.

Conoscere l'altro solo guardandolo per così dire “dall'esterno”, quindi riconoscerlo sulla base di stereotipi, significa non conoscerlo davvero né nella sua intenzionalità né per ciò che è in grado di dire di sé, ma invece ascoltare le sue parole e cogliere i suoi atti nell'ambito di una già avvenuta e precostituita codificazione del loro “apparire”, definire che io ho il diritto di parlare di lui e di giudicarlo mentre lui non ha il diritto di parlare né di sé né di me. Questo è il danno più profondo di una visione positivistico - scienista, negata al dialogo e all'incontro, che a volte può essere così impegnativo da tramutarsi anche in un confronto duro con l'altro. Ad esempio oggi predomina ancora nei fatti una concezione psichiatrico - forense che continua a vedere nel malato di mente un “incapace naturale”, anche se si sa bene quanti limiti abbia questo punto di vista, dato che tutti i sani hanno una “parte malata” e tutti i malati una “parte sana” con la quale gli operatori psichiatrici si confrontano costantemente nella loro pratica quotidiana.

Superata in gran parte la manicomializzazione, sopravvive quello che Franco Basaglia chiamava l'istituzionalizzazione “molle”, quella dell'assistenzialismo e del rifiuto della soggettività dell'altro, in cui, facendosi ognuno potente direttore di un proprio “manicomietto” privato, è chiaro chi deve stare di qua e di là da un muro non più necessariamente di mattoni. Il problema è che anche questa istituzionalizzazione molle condivide con la precedente la necessità di una bonifica sociale, cioè di una ripulitura, non attuata con strumenti troppo pesanti, di ciò che non è del tutto compatibile.

Se una bonifica sociale collocherà “altrove”, in luoghi fisici e mentali diversi, gruppi, comunità, persone non più riconosciute come individui, con propri bisogni e desideri, questi spazi saranno quelli che in quanto dedicati a categorie diverse, inferiori, probabilmente soffriranno per primi dei momenti di crisi.

Le relazioni di Galzigna, di Lupo, ma anche le altre che hanno ricordato le morti nei manicomi in tempo di guerra, la storia più recente del manicomio di Sarajevo, che ha visto una spaventosa quantità di morti – di 1000 ricoverati dopo la guerra ne sono rimasti 134 – ci mostra con quale facilità si determinano questo tipo di situazioni.

La soppressione dei pazienti psichiatrici a Vienna e le successive condanne

Eberhard Gabriel (Vienna)

Vorrei ringraziare per l'invito a questa manifestazione in cui parlerò della mia esperienza viennese. Vorrei ringraziare anche per il fatto che il dott. Toresini è stato d'accordo che non parlassi dei fatti, avvenuti fra il 1940 e il 1945, che hanno portato alla morte di tanti malati, bensì del modo in cui ci si rapporta con l'attività a partire dal 1945 e nei decenni successivi. Ormai questo periodo copre quasi due generazioni, almeno due generazioni professionali. Penso che in questo contesto le esperienze viennesi diano un contributo istruttivo almeno in generale. Parlerò quindi del modo in cui, nella Vienna del dopoguerra, ci si è rapportati con l'uccisione di malati psichici e di minorati psichici nel Terzo Reich. Costruirò la mia relazione, perché mi sembra importante, descrivendo in primo luogo brevemente la mia visuale. Poi accennerò brevemente ai fatti che vanno dal 1940 al 1945 e infine cercherò soprattutto di strutturare in epoche il periodo dal 1945 ad oggi, possibilmente senza pregiudizi. Queste epoche si caratterizzano per la loro atmosfera sociale e il loro influsso sul tipo di rapporto con questa problematica. Infine cercherò di aggiungere alcune parole sulla prospettiva. Ora la visuale; sarò breve, è la stessa cui stamattina ha accennato il dott. Von Cranach; in fondo siamo della stessa generazione, dello stesso ECG psichiatrico, senza voler essere importuno, e siamo divenuti direttori di grandi ospedali dallo stesso periodo di tempo. È quindi la visuale di una persona che riveste delle funzioni da circa 22 anni e che ha cercato di avere una visione della società diversa da quella della generazione dei nostri padri e almeno a partire dagli anni '80 ha dovuto porre in atto delle azioni in rapporto con l'attualità. Mi sembra importante aggiungere che io, e credo anche molti altri, non penso più a questi fatti nello stesso modo in cui ci si pensava e se ne parlava 10 anni fa. D'altronde penso si tratti di una evoluzione, una evoluzione verso diversi punti di vista che devono essere considerati, e non di uno sviluppo frammentario.

Dopo questo breve orientamento, voglio dire che il fatto cui mi riferisco e cui vogliamo oggi riferirci è avvenuto a Vienna, a quel tempo una grande e preminente città del Terzo Reich e capitale del paese inglobato nel Reich dopo il cosiddetto Anschluß, che è stato un evento molto contraddittorio; ma non è questa la sede per parlarne. A questi fatti era interessata la psichiatria e soprattutto l'ospedale psichiatrico, quale istituzione più grande e più importante di questo tipo. Si trattava dell'Istituto di cura per malati di nervi e mentali "Am Steinhof". Questo nome venne introdotto dopo la seconda guerra mondiale; prima si

chiamava Istituto di cura Wagner Jauregg, e prima aveva già cambiato diversi nomi. Qui siamo stati coinvolti nell'azione del gruppo T4. Eravamo in un istituto indipendente che però in quegli anni era collocato nell'area dell'ospedale psichiatrico, organizzato come clinica neurologica infantile con il nome di "Am Spiegelgrund", in cui venivano uccisi bambini, soprattutto bambini con handicap mentale. Seguiva le orme della clinica neuropediatrica, un'istituzione che era stata sviluppata nella città di Brandeburgo e che esisteva in diversi luoghi del Terzo Reich. Vienna era uno di questi luoghi ed aveva una delle cliniche maggiori. Il sottofondo ideologico di queste uccisioni è naturalmente lo stesso della azione T4 del passato, ma il periodo temporale è molto diverso. È importante vedere quali compiti aveva questa clinica neurologica infantile. Ha fatto parte dei compiti di queste cliniche fare una diagnosi sulle prospettive di sviluppo e poi, d'intesa con la centrale di Berlino, uccidere se questa prospettiva era negativa o veniva ritenuta negativa. Sottolineo questa seconda affermazione, perché già dai documenti di anamnesi e in base alle informazioni documentate, retrospettivamente, si giungerebbe a conclusioni completamente differenti. In questo contesto è importante sottolineare che eseguire direttamente le uccisioni dei bambini non è stato l'unico compito di queste cliniche, ma che questi fatti sono avvenuti fino al crollo del Terzo Reich nel 1945, mentre l'azione T4 si riferisce agli anni 1940/41. In terzo luogo (oggi se ne è già parlato) un accenno all'eutanasia selvaggia, anche se è difficile usare la parola eutanasia. Infatti dal momento che faccio parte di una generazione che al ginnasio ha imparato ancora il greco e quindi sa che quanto è accaduto in quel periodo non era eutanasia, non era morte dolce, forse neppure una morte benivola, ma uccisione, omicidio, mi sembra importante fare questa differenziazione, anche in rapporto alle discussioni di questi tempi sulla attuale eutanasia.

Voglio accennare brevemente al fatto che nel frattempo su questi episodi esiste già una letteratura (non ho citato il sig. Klee che ha già parlato qui). Il libro più valido e completo in questo senso è di Henry Friedländer, ed esiste una serie di autori viennesi che si riferiscono espressamente alla situazione viennese. Si nota che la maggioranza di queste pubblicazioni è della seconda metà degli anni '90. Vi si vedono cose che qui cerco ancora una volta di presentare. Già negli anni '50 queste uccisioni vennero citate pubblicamente. Il nostro ospedale è stato aperto nel 1907, ha quindi festeggiato il cinquantenario nel 1957, circa 10 anni dopo la fine della seconda guerra mondiale. E in questa ricorrenza il mio predecessore ha altresì dedicato un breve capoverso del suo discorso a questo periodo, formulando all'incirca questa frase: "Fa parte delle esperienze più terribili degli ultimi 50 anni di questa istituzione che essa ha perso in un solo anno più di 3000 pazienti per deportazione a causa di un atto di violenza e sotto la pressione dell'autorità statale". Egli si riferiva all'azione T4. Ha aggiunto, e questo è importante perché non era per giustificare ma riportava alla vecchia motivazione introdotta per capire questa azione, cioè che lo svuotamento di questo istituto, che prima era strapieno, non ha portato più spazio ai restanti pazienti, ma in quest'area vennero inserite "istituzioni estranee" (testualmente) e una di queste

era in realtà chiamata la clinica neurologica per bambini “Am Spiegelgrund”. Si tratta di un precoce esempio di una tendenza che è durata per lungo tempo e che ha anche una certa giustificazione perché questo ospedale era effettivamente un’istituzione indipendente a livello amministrativo ma anche con la presenza di oscure implicazioni, perché l’ospedale in cui egli si trovava nel 1945 e dove è anche ora, doveva con queste deportazioni fronteggiare un suo carico. Che però la storia dell’istituto “Am Spiegelgrund” sia poi stata sequestrata, non ci riguarda. Nel 1982, in occasione del settantacinquesimo anniversario dell’ospedale, tenni un discorso nell’ambito di un convegno organizzativo incentrato sui pazienti dell’ospedale psichiatrico; in quel periodo era una tematica importante che veniva focalizzata nell’ambito della riforma dell’assistenza psichiatrica che era agli inizi. In una breve rassegna degli ultimi 75 anni tuttavia ho dedicato un capoverso alla deportazione di malati adulti: anche ora l’ospedale assolve a dei compiti a favore di malati adulti e non si occupa solo dei bambini. Allora, come direttore medico di questo ospedale, non avevo ancora coscienza che questa non era una storia conclusa e che era collegata con la nostra propria storia.

A causa di vari influssi, su cui non mi soffermerò, ciò è cambiato nel corso degli anni 80, laddove il 1988 ha una sua importanza perché si commemorava il cinquantenario del cosiddetto Anschluss dell’Austria al Terzo Reich. In quell’anno l’ospedale psichiatrico, assieme alle altre istituzioni psichiatriche esistenti nel periodo del Terzo Reich, ai servizi psichiatrici e a un gruppo di giovani psichiatri impegnati anche socialmente, ha organizzato una prima manifestazione di commemorazione delle vittime della psichiatria, recepita anche dai media. Si è cercato di assicurare l’efficacia di questa manifestazione distribuendo un ciclostilato del mio discorso (parlai a nome della direzione dell’ospedale psichiatrico, a nome del direttivo della clinica universitaria e dell’allora direttore medico del secondo ospedale psichiatrico) a tutti i collaboratori dell’ospedale, qualsiasi mansione essi svolgessero, con una lettera accompagnatoria a firma di tutta la direzione, in cui si sottolineava l’importanza di questa manifestazione anche per il presente. Oggi, a dieci anni di distanza, dopo un periodo di intenso confronto esterno e interiore ci ritroviamo, alla fine degli anni 90 in una situazione in cui è divenuto molto più profondo il ripensamento e la elaborazione storica e scientifica di questa tematica. Nel 1997 abbiamo festeggiato il novantennio dell’ospedale, anche se è una commemorazione insolita. Lo abbiamo festeggiato perché probabilmente non arriveremo al centenario come ospedale psichiatrico, in quanto verremo inglobati in un policlinico di medicina generale, cosa di cui ci ralleghiamo. Volevamo sfruttare l’occasione di questo novantesimo anniversario e per questo abbiamo posto questo incontro giubilare nel segno della commemorazione delle vittime della psichiatria nel Terzo Reich. Quest’anno abbiamo organizzato ben 3 manifestazioni che hanno raggiunto un’ampia opinione pubblica e alla fine di gennaio nel nostro ospedale si è svolto un congresso di storici. Oggi, 60 anni dopo il 1938, è la prima volta che in Austria si celebra un giorno di commemorazione delle vittime del nazionalsocialismo e la corrispondente manifestazione organizzata nel nostro ospedale dalla città e dal Land di Vienna è stata dedicata alle vittime della psichiatria. In novembre organizzeremo nuovamente un incontro di storici

che si occupano di storia sociale della medicina e che ogni anno organizza un congresso; quest'anno lo ha dedicato alla medicina della Vienna del nazionalsocialismo e mezza giornata verrà dedicata alla psichiatria. Quindi c'è un forte incremento degli studi su questi temi, tra i quali la valenza della psichiatria all'interno di tutta la medicina e questo è un aspetto che mi sembra molto importante.

Qui non parlo da storico, ma da profano interessato alla storia, similmente al sig. Von Cranach. Credo che una ripartizione in epoche sia senz'altro possibile; essa viene attuata similmente anche da storici, come documenta un libro da poco pubblicato in Austria. Per prima epoca intendo gli anni immediatamente susseguenti al 1945, soprattutto i primi anni subito dopo la fine della guerra e il crollo del Terzo Reich e per seconda il lungo periodo fra il 1950 e il 1980. La terza è rappresentata dagli anni '80 ed ha visto un sensibile aumento dell'intensità del confronto con il passato in collegamento con l'anno di commemorazione 1988 e le relative conseguenze fino al periodo presente.

Alla fine vorrei tentare di esprimere anche alcune considerazioni. In Austria, subito dopo il crollo del Terzo Reich, con la nuova indipendenza dello stato, venne istituito un Tribunale popolare, da non confondere naturalmente con la Corte popolare del Reich tedesco (la denominazione non è stata molto felice), che ha svolto molto velocemente dei processi severi, ma differenziati, che si sono conclusi già nel 1946. Questi processi si sono rivolti, per quanto riguarda la psichiatria, contro collaboratori, dirigenti ed operatori della clinica neurologica per bambini "Am Spiegelgrund". Ho detto che erano severi e differenziati, dato che il primario Illing venne condannato a morte e giustiziato e una dottoressa venne condannata a vari anni di reclusione con l'interdizione dall'esercizio della professione. Dopo alcuni anni di reclusione venne graziata e per questa via ha anche riottenuto il grado di dottoressa, ma non ha più lavorato come medico. Il vice primario di questa istituzione aveva la stessa età della dottoressa e quindi probabilmente analoghe funzioni, ma a quel tempo non era catturabile, in quanto era prigioniero in Russia; alla fine degli anni 40 era ritornato e dopo un periodo di latitanza venne catturato. Dopo la carcerazione preventiva venne processato davanti allo stesso tribunale popolare. In prima istanza venne condannato a soli 2 anni e mezzo di reclusione e in seconda istanza, su revoca dell'accusa da parte della procura, rimesso in libertà. Queste circostanze hanno influenzato la vita civile di questa persona. Ne accennerò solamente, per non dilungarmi troppo. La città di Vienna, quale titolare della gran parte degli ospedali di Vienna, gli offrì un posto come medico ospedaliero, infine nell'ospedale psichiatrico, dove egli ha anche fatto una carriera media andando in pensione nel 1980 come primario. Negli anni '50 aveva iniziato ad analizzare i cervelli che erano stati tolti ai bambini uccisi nella clinica "Am Spiegelgrund" e che erano stati conservati nell'istituto patologico dell'ospedale.

La deportazione nella Grecia democratica del dopo-colonnelli. Storia e metafore

Thodoros Megaloeconomou (Leros)

Devo prima ringraziare per l'invito a questo convegno che considero molto importante per il suo tema.

Il mio intervento riguarda la deportazione parallela di ammalati di mente ma anche di prigionieri politici nella Grecia del dopoguerra, non dopo i Colonnelli, perché tutti i processi sono cominciati già dopo la guerra civile in Grecia degli anni '50. Sono cose che si assomigliano molto sia nel comportamento dello Stato che nei campi di concentramento, che si sono trovati nello stesso posto cioè nell'isola di Lero.

C'è una tradizione, che si perde nella storia e nei secoli, che vuole molte delle isole greche essere luoghi scelti per l'esilio. Nella Grecia antica era per l'ostracismo dei rivali politici ma, in questo secolo, oltre ai politici anche dei lebbrosi e dei matti.

Piccole, di solito aride, rocciose, lontane, le isole si offrono per l'acquartieramento e l'allontanamento sicuro degli estromessi, di ogni genere, dal corpo sociale organizzato e controllato. I confini chiusi dell'isola, il mare che si interpone, il deserto, la mancanza di abitanti in alcune di queste, la mancanza di ogni comunicazione salvo quella controllata assolutamente dai guardiani del campo, sono gli elementi ideali per l'isolamento sicuro dei pericolosi, per rendere innocui quelli che hanno un'opinione contraria indebolendone il vigore e la resistenza psichica e ideologica. È la siepe, la difesa efficace contro l'altro come alieno o estraneo.

L'isola isolata nel mare è oltre i limiti della realtà sociale, non solo della periferia della città, ma molto più lontano, fuori da ogni possibilità di approccio reciproco.

Esistono nomi con carico storico enorme, che nessuna considerazione postmoderna può scaricare, nomi di isole come Anafi, Folegandros, Macronisos, Aestratis, Chiffira, Azià, Icaria, Iaros, Lero: tutte queste isole sono state usate per campi di concentramento.

Alcune di queste sono placche rocciose aride e deserte come Macronisos e Iaros dove possono applicarsi i più rigidi programmi di isolamento, tormento, assassini ecc.; in altre esiste una rudimentale o anche organizzata struttura sociale, come Icaria o Lero, dove i deportati sono o imprigionati in un campo oppure, a seconda dell'andamento della correlazione politica generale delle forze, possono avere qualche tipo di relazione con la comunità locale.

Siamo entrati in un periodo dove una dialettica implacabile ha fatto sì che

la caduta del muro, nel 1989, possa essere il punto di partenza non della demolizione anche di altri muri, ma al contrario dell'innalzamento di muri nuovi, più atroci ed inumani, di nuovi campi di concentramento e massacri nel cuore, proprio, dell'Europa stessa. È un periodo di sradicamento in massa ed emigrazione di milioni di uomini miserabili ed affamati, disoccupazione su larga scala e di intensa esclusione sociale, di oppressione, di razzismo e neonazismo e di rinascita di nazionalismo assassino.

Resta quindi ovvio che come all'inizio e per tutta la sua durata, così anche alla sua fine, questo secolo è retto dalle manifestazioni di crisi continua di un sistema che già dalla sua nascita suggeriva forme precise di circoscrizione, alienazione, oggettivazione e reificazione dell'uomo. Forme, che nella nostra epoca, hanno acquistato un carattere sempre più distruttivo e feroce, arrivando fino allo sterminio organizzato in massa e al genocidio.

Si tratta di una organizzazione sociale strutturata in modo agonistico, che nonostante il fatto di aver passato varie fasi di sviluppo, non ha smesso mai di avere un progetto e una pratica per la libertà. Devo riferirmi adesso a Karl Marx; in un suo libro sulla questione ebraica - che è molto importante per approfondire la questione del razzismo, di cittadinanza e di esclusione - nel quale scrive che "Questo sistema considera la libertà nei limiti entro cui uno può muoversi senza danneggiare l'altro e che sono prescritti dalla legge, esattamente come i limiti di due campi militari sono definiti da un palo. Si tratta della libertà dell'uomo come unità segregata e isolata, chiusa in se stessa. Il diritto dell'uomo alla libertà non si rimette alle sue relazioni con l'uomo ma anzi alla separazione dell'uomo dall'uomo".

È proprio il diritto di questa separazione, il diritto dell'uomo che si accontenta di se stesso, a far sì che l'uomo veda nell'uomo non la realizzazione ma piuttosto la limitazione della sua libertà. Questa separazione degli uomini come unità segregate, che delimitano il loro spazio privato con il palo, è la radice della esclusione del razzismo, nel quadro di uno storicamente concreto sistema sociale.

Bisogna aggiungere, a questo punto, che le pratiche, delle quali facciamo menzione in questa relazione, riguardano quello che fu chiamato, seguendo Michel Foucault, "società di disciplina", forme di organizzazione sociale che hanno sostituito dalla fine Settecento al Novecento la società di sovranità e che ai nostri tempi danno il loro posto a società di controllo.

Le società di disciplina hanno organizzato i grandi spazi dell'internamento dove l'individuo non si ferma mai nel passare da uno spazio chiuso all'altro, dove ognuno di essi è dotato di deboli leggi, famiglia, scuola, armi, fabbrica, ospedale, manicomio, carcere. Al contrario le società che si definiscono società di controllo vengono a sostituire queste società di disciplina con le forme extrarapide di controllo nelle aree aperte, che sostituiscono le vecchie funzioni disciplinari in un sistema chiuso.

Non si tratta, naturalmente, di un passaggio automatico da una forma all'altra, attualmente il sistema pare che utilizzi metodi vicendevolmente completati da entrambe le forme storiche di manipolazione, sia forme disciplinari di reclusione

sia forme aperte di controllo sociale. Il manicomio, l'internamento e l'esilio continuano a costituire parti integranti della pratica del potere per la manipolazione della soggettività.

Per questa ragione il riferimento alla storia dell'esilio e internamento degli ammalati psichici in Grecia nei precedenti decenni, e specialmente all'isola di Lero dal 1958 fino al 1982, continua ad avere una importanza attuale soprattutto perché permette di trarre conclusioni sulla sostanza delle pratiche psichiatriche che, secondo noi, vengono anche oggi applicate in forme uguali nella sostanza, solo più mascherate.

Inoltre la storia di Lero e dei suoi istituti è una occasione per osservare una delle sorti comuni dell'esilio dell'ammalato di mente internato e del carcerato detenuto politico. Le differenze fra i due gruppi sono certo enormi e di conseguenza ogni approccio semplificativo è estremamente pericoloso, perché il detenuto politico alza una resistenza, è lotta attiva, ed è cosciente della sua situazione e del suo ruolo nello scontro con il potere stabilito che lo esclude e lo perseguita; "L'unico che non sia di solito in grado - come scrisse Franco Basaglia - di comprendere, a causa della situazione in cui si trova, in che grado è responsabile per la sua reclusione la sua malattia e di che grado sia la riabilitazione imposta dalla società, è il malato di mente". Nella sua impossibilità di sapere fino a dove arriva la sua malattia, si trova tutto il dramma sociale della sofferenza dell'ammalato psichico.

"L'ammalato di mente vive una doppia esclusione individuata sulla base della sua psicosi - come ha scritto Basaglia - dalla realtà da una parte, e dall'altra dalla società; la sua rivolta a quello che succede di fronte al potere oppressivo delle situazioni intrecciate viene espressa con la sofferenza della malattia e viene affrontata dal potere dominante, dalla razionalità dominante, come malattia e viene vissuta come sconfitta e costrizione".

Esistono, tuttavia, certi procedimenti, certi simbolismi. E spesso il trattamento presenta un'analogia e una somiglianza fra questi due gruppi esclusi e fa sì che siano spesso internati e perseguitati.

La psichiatria classica, parallelamente alle sue aspirazioni terapeutiche e sempre in conflitto con queste, si è offerta al fine di costituire un meccanismo di disciplina sociale. La psichiatria è basata sul modello medico positivista. Questo modello è stato impostato per la costituzione delle sue nozioni, per le sue categorie e per l'esercizio della sua pratica. Le teorie dell'epoca nonché il darwinismo sociale hanno svolto il primo ruolo sulla considerazione dell'ammalato di mente come se fosse una "versione inferiore, pericolosa, degenerata dell'esistenza umana".

Queste teorie, rigenerate e basate su una versione unilaterale e riconducibile alla moderna ricerca biologica e genetica, continuano ad innestare nella psichiatria, anche nella sua attuale versione, la neopositivistica.

È importante capire che vi è un filo sottile, quindi, che cominciando dalle radici antropologiche sociali dell'esclusione dell'altro e, con la mediazione delle teorie della degenerazione organica dell'inferiorità e la conseguente pratica

separativa, finisce in pratiche che vanno dall'internamento all'abbandono sociale terapeutico, dalla pratica disabilitante alla sterilizzazione, all'eutanasia, allo sterminio di massa dei campi nazisti.

Con l'autorità statale, che persegue il militante politico, questa psichiatria condivide l'aspirazione analoga della protezione sociale, della conservazione legale dell'ordine di protezione contro ogni attentato, deviazione, comportamento anomalo e irregolare, pericolo per la proprietà privata, offesa ai costumi, proiezione sovversiva della diversità intesa sia come comportamento eccentrico personale sia come proiezione di un modello alternativo e organizzativo di ristrutturazione della società ecc.

Una caratteristica degli anni '50- '60 in Grecia è che gli aderenti alla sinistra e i comunisti venivano chiamati dal governo di quell'epoca "miasma" cioè uomini e idee che infettano, pericolosi, che devono essere eliminati dal tessuto sociale, dallo Stato e che devono rimanere nei campi di concentramento e nei luoghi di esilio negli anni dopo la guerra civile. Queste codificazioni fanno evocare tutte le paure, le superstizioni, i pregiudizi primitivi in relazione all'altro come estraneo, alieno, pericoloso e demoniaco.

Nel periodo dopo la guerra civile in Grecia, dal 1944 fino al 1949, si è costituito, in seguito alla lotta rivoluzionaria della resistenza contro le forze fasciste e naziste d'occupazione, il movimento di sinistra, che poi è stato sconfitto ed i vincitori hanno imposto un governo feroce. Il movimento era costituito da migliaia di partigiani che furono chiusi in campi di concentramento e torturati fino alla morte.

Lero, nel 1947 si era appena unita con la Grecia nell'ambito della incorporazione del Dodecaneso dopo circa cinquant'anni di occupazione italiana, ma per molti anni, prima del 1947, Lero era stata usata dal regime fascista italiano come una grande base navale, per gli importanti porti naturali di cui dispone. Vi erano grandi forze militari, più di 15.000 uomini nell'esercito, e questo esercito di occupazione per i suoi bisogni ha dato una grande spinta ad un'economia subordinata alle attività e alla vita dei conquistatori sull'isola, soprattutto attività commerciali e lavori edilizi.

Nel 1949 in una parte delle caserme italiane abbandonate si sono istituite le cosiddette "Scuole tecniche della Regina" - la regina Federica - centri di educazione nazionale di giovani partigiani e di orfani, che per varie ragioni si erano trovati durante la guerra civile senza famiglia. Dato che l'economia dell'isola era entrata in crisi dopo l'unione con la Grecia e siccome in tutto il paese vi era una ristrettezza economica e una mancanza di investimenti, si è fatto un tentativo da parte di alcuni deputati, provenienti dalla periferia del Dodecaneso, di approfittare dell'occasione per utilizzare gli spazi per decongestionare i manicomi esistenti.

La fine della Seconda Guerra mondiale e della guerra civile infatti trova i manicomi con un numero di ricoverati estremamente grande, tanto, che vivevano, certe volte, tre - quattro internati su un letto; la miseria dell'asilo di Lero, non è altro che esportazione della miseria esistente in tutti gli altri manicomi.

Come si faceva con i detenuti politici imprigionati in varie isole, così era

cominciata la pratica di realizzazione di “piccole colonie”, così si chiamavano, di ammalati di mente che servivano per decongestionare i manicomi già esistenti. In questo periodo si osserva una crescente tendenza ad un tipo di accomodamento, per mezzo del trasferimento da una parte all’altra delle situazioni difficili per la miserabilità degli istituti psichiatrici greci.

Davanti al problema degli istituti psichiatrici in Grecia, dopo la guerra, la risposta della psichiatria dominante dello Stato può essere rapportata ad un accomodamento amministrativo. Dopo una scelta dei ricoverati non accetti, questi vengono trasferiti in un nuovo e più lontano luogo di reclusione.

Tale accomodamento amministrativo statale si compiace di credere di copiare la tradizione della colonia agricola in Germania mentre per l’istituzione del manicomio di Lero pare essere determinante l’influenza di uno psichiatra svizzero, che si chiama Repond, che dirigeva una colonia agricola. L’evocazione della creazione di colonia agricola indipendentemente dalla sua giustezza, non era altro che la foglia di fico del trasferimento gigantesco al più estremo esilio di oltre 4.000 ammalati psichici e persone con ritardo mentale, da tutti i manicomi del paese. Come criterio principale vigeva la definizione di incurabile e la mancanza di visite per i parenti, per due anni dall’inizio e per un anno al seguito dell’impresa.

L’istituzione della “Colonia di psicopatici di Lero”, come è stata chiamata, era la soluzione a buon mercato per lo Stato e per i suoi consulenti psichiatrici, perché avevano a loro disposizione le caserme abbandonate dagli italiani, a prescindere dal fatto che gli impianti fossero inadatti anche per gli animali. Non occorre altro che le firme degli psichiatri curanti, responsabili dei vari manicomi del paese e l’acatastamento di centinaia di internati a bordo di navi della Marina Militare, con un numero sul petto corrispondente al nome su una carta, che venivano scaricati a Lero. All’inizio veniva preparata una festa di accoglienza ma gli abitanti non sapevano come salvaguardare l’indipendenza dell’isola perché l’istituto stava per assumere dimensioni gigantesche, visto che rappresentava una soluzione a buon prezzo ai problemi disciplinari dello Stato ed era anche una risposta facile alla questione dell’occupazione degli abitanti.

Alcuni dei numeri appuntati sul petto dei trasferiti si sono persi durante il viaggio e fino ad oggi parecchie persone al manicomio di Lero non hanno nome. È la marcia dall’esclusione iniziale dell’ammalato e la sua oggettivazione di fronte ad una malattia astratta. Egli viene separato dalla sua esistenza sociale, che tramite il suo annichilimento e la disumanizzazione negli istituti porta alla sostanziale morte psichica e sociale in una situazione bestiale.

Non esiste forse una caratterizzazione più semplice e chiara su che cosa era, in fondo, l’impresa di trasferimento di migliaia di ammalati a Lero.

Dalla dichiarazione fatta anni fa da una psichiatra, che lavorò al manicomio per molti anni, ad un giornale: “Noi abbiamo amato e ricoverato gli ammalati, all’epoca di Hitler sarebbero serviti per fare sapone”; infatti questo esilio di massa era analogo a quello delle “vite indegne di vivere” condotte nei campi per lo sterminio di massa con le camere a gas.

La dittatura dei Colonnelli nel 1967 fu un tentativo disperato per la conservazione e fortificazione dello Stato dopo la guerra civile di fronte ad un

movimento popolare, che, dalla metà degli anni '60, aveva cominciato a superare le conseguenze della sconfitta. Esso esprime la crisi profonda di questo Stato e costituisce per tutta la sua durata, nonostante il suo carattere tirannico e tormentoso, un regime di crisi e questo si vede con il crollo nel 1974, accompagnato dalla demolizione dello stato del dopoguerra civile e dalla conquista di importanti, benché malsicure, libertà democratiche.

Durante la dittatura, dall'aprile del 1967, Lero dopo Iaros - un'altra isola - diventa di nuovo sede di campi di concentramento di detenuti politici contrari alla dittatura, soprattutto quelli di sinistra. Circa 4.000 detenuti politici sono stati trasferiti a Lero dal settembre del 1967 e là hanno vissuto per circa quattro anni, fino al 1971, in due campi, in due villaggi: Alachie e Parfeni. Il campo Alachie ha trovato alloggio in due grandi edifici semicrollati nella Regione di Aios Iorios, dove nel passato funzionavano le "Scuole tecniche della Regina". In uno di questi edifici in cui c'erano i prigionieri politici, ha trovato alloggio più tardi, nel 1985, il padiglione 16 del manicomio, noto come il "Padiglione dei nudi", che fu la pietra dello scandalo, dalla scoperta del quale iniziò il conto alla rovescia che creò le condizioni per un intervento mirato al cambiamento radicale che ebbe luogo dal 1990. Quella volta i detenuti politici, gli ammalati di mente e gli internati risiedevano in zone adiacenti; li separava un reticolato e, dietro questo, i due gruppi morivano di asfissia e imprigionati.

Esiste una breve e caratteristica menzione del campo di Alachie nel racconto di un detenuto politico; è una delle rare testimonianze esistenti: "In seguito abbiamo ottenuto un bagno mattutino al mare sotto la sorveglianza dei Poliziotti con mitragliere e armi automatiche; il bagno si faceva vicino al centro di psicopatici incurabili di Lero. Gli edifici di questi malati risalgono all'anno 1.000. Essi erano rinchiusi da un reticolato solido e quando passavamo vicino a loro, sempre sotto scorta, alcuni correvano verso il reticolato chiedendo sigarette. Alcuni esuli avevano riconosciuto dei loro compatrioti, vecchi detenuti politici che nel passato erano stati torturati ed erano diventati matti. Non è forse vero che anche adesso gli organi fanatici della dittatura ci minacciano e che potremo avere la stessa sorte dei "vicini"?"

È un capitolo molto importante quello dell'effetto delle scelte del potere centrale per l'uso di Lero come luogo di esilio e di sviluppo dell'economia istituzionale. Si erano creati degli interessi economici: prima con l'approvvigionamento del manicomio e in seguito l'approvvigionamento del campo dei detenuti politici. In quattro anni i due campi hanno portato alla creazione di gruppi con grandi interessi nell'isola, capaci di protestare quando la dittatura militare concesse l'amnistia parziale nel 1971 e sciolse il campo di Lero.

Devo dire anche che dal 1989 fino al 1995 sono stati effettuati sei interventi nel manicomio di Lero, molti furono i programmi finanziati dalla Comunità Europea che hanno cambiato radicalmente la situazione degli internati. Adesso più di 100 ex ammalati vivono in appartamenti dentro la comunità di Lero e molti altri in pensioni e appartamenti in varie regioni della Grecia continentale.

Tutti questi grandi e orribili padiglioni sono stati aperti e tutto l'ospedale ha cambiato la sua realtà, la maggior parte delle persone adesso abita in piccole

cassette di dieci persone e si presume che la vita delle persone sia cambiata.

Tuttavia, non è ugualmente sicuro che il crimine compiuto negli anni precedenti a carico di migliaia di persone sia veramente compreso e che siano dedotte le necessarie lezioni, in particolare per quanto riguarda la psichiatria, il suo esempio epistemologico dominante, la sua partecipazione in pratiche di disciplina e di controllo sociale.

Nonostante tutto gli ex internati stessi non sono pronti a dimenticare, molti hanno la sensazione di essere esuli anche nei loro appartamenti, ricordano la loro casa, ricordano la vita che hanno perduto. L'uscita dal manicomio non attiva solo la memoria ma spesso attiva una memoria dolorosa. La sensazione di esule, di colui che vive libero su un'isola dalla quale non può andarsene soprattutto perché non ha un luogo dove andare..., questa sensazione dello sradicato, pone in contestazione la sua libertà neoconquistata.

Dove e quando finisce l'esilio? La prigione che si vive all'interno della società può, certe volte, risultare più dolorosa e più soffocante, tuttavia il grado di coscienza delle contraddizioni sociali e della posizione di ognuno entro queste è più alto.

La questione che pongono gli internati e gli ex internati di ogni genere di Lero è di come superare l'esilio, come poter assumere le proprie responsabilità e come poter vivere la propria libertà in qualità di soggetto individuale e collettivo nel processo di una trasformazione sociale che non avrà bisogno di "cambi" e di "rifiuti" sociali. Questa è una domanda che ha bisogno di una risposta politica, sociale ma alla quale anche la psichiatria deve rispondere.

Sguardo retrospettivo sulla Psichiatria francese durante l'occupazione nazionalsocialista

Gottfried Treviranus (Berna)

Introduzione

Sono molto dispiaciuto di non aver poter potuto presenziare in prima persona a questo convegno, tuttavia desidero potervi partecipare ugualmente inviando il testo, e questo per diverse ragioni.

La psichiatria nazista, e più specificatamente l'eutanasia nazista, ma anche la eutanasia tout court, sono per me diventate un luogo d'indagine "politico - filosofica" centrale, nata per l'incarico a tenere una conferenza per Psichiatria Democratica tempo addietro in Toscana. Avevo trovato il volumetto di Lorenzo Toresini e Bruno Norcio in libreria, e ho capito subito che finalmente anche in Italia si cominciava ad affrontare il brutto passato per capire meglio il meno brutto presente. In precedenza avevo preso conoscenza attraverso gli anni di diversi risultati storiografici di amici amburghesi e berlinesi che si erano molto impegnati a riportare alla luce una storia particolarmente brutale e sepolta dalla volontà "della vecchia generazione", di voler dimenticare. Con gli amici italiani era sempre facile parlare di politica, sociologia e perfino psicologia, ma praticamente impossibile trasmettere l'importanza cruciale dell'eutanasia e delle politiche di gestione radicalizzata della società con metodi derivati dalle scienze biologiche e statistiche. In sostanza ciò che aveva rappresentato l'esperienza dell'eutanasia basata sull'ideologia dell'eugenetica sotto il III Reich. Da ciò, com'è noto, derivò l'olocausto. Quindi il libretto citato s'inserì in una situazione di incomunicabilità, creando anche per molti altri uno spazio di riflessione nuovo e - diciamolo - che incuteva anche non poca paura. Dopo la conferenza in Toscana rimasi solo, in Svizzera, con un manoscritto abbastanza lungo, che con gli anni si trasformò in un abbozzo di libro che maturava molto lentamente. Nel 1997 gli Editori Riuniti pubblicarono in Italia il libro molto riuscito di Henry Friedländer "The origins of nazi genocide" che raccontava tutta la storia nella sua essenza. Il compito che mi sono qui riproposto è quello di riferire su di un numero speciale della prestigiosa rivista "Informations psychiatriques" dedicato ad un convegno al quale ancora purtroppo non mi fu possibile partecipare. Dico purtroppo, però con poca convinzione perché la relativa gentilezza e perfino disponibilità iniziale dei diversi psichiatri e storici a collaborare con una mera lettura ed un commento critico al riassunto qui riprodotto si trasformò presto in un silenzio glaciale ed arrogante nel momento in cui notavano che i loro diversi approcci teorici mi sembravano non di rado in aperta contraddizione fra di loro o perfino chiaramente di destra. Devo dire che anche il mio livello di riflessione dei vari contenuti di quel numero da allora non è molto progredito, ma penso che questo testo fra mero

riassunto e polemica unidirezionale serve comunque bene allo scopo di introdurre il lettore ai sempre modesti dibattiti in corso in Francia qualche anno fa. Lorenzo Toresini auspica però già un congresso da tenere a Torino cogli autori francesi e ciò permetterà di vivere non soltanto on - line ma on - life le emozioni che vi sono connesse.

Le cimetière des fous

Ce cimetière enfanté par la lune
Entre deux vagues de ciel noir
Ce cimetière archipel de mémoire
Vit de vents fous et d'esprits en ruine
Trois cents tombeaux réglés de terre nue
Pour trois cents morts masqués de terre
Des croix sans nom corps du mystère
La terre éteinte et l'homme disparu
Les inconnus sont sortis de prison
Coiffés d'absence et déchaussés
N'ayant plus rien à espérer
Les inconnus sont morts dans la prison
Leur cimetière est un lieu sans raison

Paul Eluard, Saint - Alban, 1943

Nella storia della psichiatria di J. Postel⁶² si legge, che M. de Montyel già nel 1896 aveva sperato che la rivoluzione “avrebbe spazzato via le nostre caserme psichiatriche ed i nostri disgraziati metodi di isolamento”.

Le dodici relazioni che nel marzo del 1996 avevano costituito il simposio finora più importante sul “Destino dei malati mentali durante la guerra 1939 – 1945” nell’Ospedale Psichiatrico di Brumath⁶³ in Alsazia e che aveva attratto 300 partecipanti furono pubblicate sulla rivista scientifica “L’Information psychiatrique” dell’ottobre dello stesso anno.

Le riassunto qui nell’ordine del programma⁶⁴ non tralasciando dei commenti resi necessari dal carattere artificiale e perfino distorto di certe impostazioni teoriche (Nr. 7, 9).

Relazione Nr. 1: un monumento nell’Ospedale Psichiatrico di Brumath ricorda i 50 degeniti di Stephansfeld mandati a morire a Hadamar, dei quali solo uno fece ritorno; altri 50 di Hoerdt ed altri ancora da Struthof furono assassinati alla stessa maniera, mentre in Alsazia avanzava la nazificazione e l’assimilazione tedesca forzata. Le conoscenze sul destino di questi infelici, e sulla resistenza opposta da parte degli psichiatri contro le razioni da fame, sono ancora incomplete quanto quelle sui primi passi della riforma psichiatrica del dopoguerra che era stata preceduta già dal 1941 da alcuni ambulatori di quartiere a Parigi (OPHS). Nel

paesino di Saint - Alban invece, sperduto nell'arido nord - ovest del Languedoc, un gruppo di pionieri già nel corso alla guerra aveva cominciato colla deistituzionalizzazione ("désaliénisation") organizzandosi a partire dal 1945 nel "Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques" che riuscì ad imporre la settorializzazione della psichiatria degli adulti - però non quella dei bambini⁶⁵ . Oggi lo psichiatra riformatore, attivo fino al 1977, Lucien Bonnafé, dice, che l'esperienza della messa in pericolo mortale dei pazienti esclusi, durante il "fango" del periodo dell'occupazione, aveva suscitato in loro la strategia di abolire nel dopoguerra la psichiatria manicomiale escludente.

La stima a 40.000 del numero di morti per fame nei manicomi di Francia durante l'occupazione nazista si basa su un'inchiesta nazionale dell'epoca che lo storico Claude Quérel aveva pubblicato con un commento tranquillizzante⁶⁶ . Dalla statistica si ricava una sovrarmortalità degli anni 1940 - 1944 del 18,7% (con punte intorno al 25% nel 1941 e 1942) ed una diminuzione dei degenti del 44% a 59.503 con 26.530 nuovi internati. Al numero di 132.857 persone internate per diverso tempo in questo quinquennio si contrappone infatti l'incredibile⁶⁷ numero di 76.327 morti - che corrispondono ad una mortalità (non menzionata da Quérel) di perlomeno il 57,5%. Si sostiene che questo eccidio, comunque incontestato, apparentemente non soggiaceva a nessun piano, ma piuttosto alla volontà dello Stato di ignorare il fatto che le razioni di fame non bastavano alla sopravvivenza. Il governo di Vichy aveva lasciato senza risposta l'esortazione della "Société Médico - Psychologique" di aumentare le razioni. Una mitigazione molto tardiva ed insufficiente delle misure in quel modo prese, consistente in 210 kcal giornalieri, fu messa in atto su iniziativa della moglie, psichiatra, del ministro per l'approvvigionamento del governo Laval. Bonnafé personalmente non può addossare molta più colpa al governo di Vichy di quanto vada alle ideologie che in Francia facevano capo al fondatore della chirurgia vascolare Alexis Carrel (1873 - 1944; premio Nobel del 1912). Io credo però che nel frattempo gli studi di Anne Carol⁶⁸ hanno fatto vedere come l'impatto della "Fondation française pour l'étude des problèmes humains" di Carrel, almeno sui medici improntati più sull'eugenismo medico - igienico, era rimasto molto modesto e che le motivazioni dei politici che collaborarono con questo crimine rimangano completamente ignorate, anche per la mancanza di un'indagine giudiziaria⁶⁹ .

Nr. 2: il libro dello psichiatra lionese M. Laffont apparso nel 1987 durante il processo Barbie sul "dolce sterminio" attraverso la fame nel grande manicomio lionese di Vinatier aveva suscitato un grande scandalo⁷⁰ . Egli sottolinea come siano state deluse le speranze, espresse dai suoi superiori, che la testimonianza oculare dello psichiatra dott. Requet: "Noi vivevamo nel clima d'un campo di sterminio", sarebbero state contraddette. Egli aveva tratto dall'elenco dei deceduti per gli anni 1929 - 1939 il numero di 272 decessi annui, per il periodo 1940 - 1944 la cifra di 645 decessi annui, per il 1945 - 1949 la cifra di 196 decessi annui e aveva così calcolato 2000 persone morte in eccesso. L'aspetto più grottesco della vicenda sta nel fatto che gli alimenti prodotti dalla fattoria della clinica continuavano

ad essere venduti, mentre la clinica non sapeva cosa fare dei soldi ricavati. Anche a riguardo di altre megacliniche, bisogna assumere dei fatti analoghi, mentre nelle cliniche più modeste, dirette da medici, il peggio poteva essere evitato. I "Rapporti sul funzionamento durante le ostilità", richiesti alle cliniche nel dopoguerra, aspettano però ancora la loro analisi completa⁷¹. Sul primo numero de "L'Information psychiatrique"⁷², nel 1945, si leggeva, che "In mezzo alle disgrazie che si erano abbattute sul Paese, a molti pareva essere un lusso superfluo il fatto di tutelare degli esseri ritenuti incurabili con un trattamento. Per quanto superficiale possa essere stato il condizionamento attraverso delle dottrine spregiatrici dell'umanità, esse avevano portato nientedimeno che al fatto di trascurare l'assistenza alle persone "di secondo livello"". Questo autore ha ripercorso le tracce lasciate nella stampa e nella letteratura dal 1945 ad oggi (vedi nota 3). Nel 1946 non si legge altro che la relazione del Ministro della Sanità, che afferma che gli internati erano "letteralmente morti di fame"⁷³. Solo nel 1984 il silenzio viene rotto con un numero speciale sulla nutrizione nelle cliniche psichiatriche dedicato alle decine di migliaia di degenti lasciati morire di fame. Gli "Annales médico - psychologiques", già considerati⁷⁴, tacciono se si passa al tentativo di spiegare delle anomalie vegetative di malati mentali colla loro particolare vulnerabilità (infatti spesso presente per via dell'aumentato CRF)⁷⁵. Nell'ambito della psichiatria anti - istituzionale le riviste "Esprit" (1952) e "Recherches" (1970 - 1978) avevano prodotto alcuni articoli⁷⁶. Pochi contributi congressuali o libri - dei quali solo "Les murs de l'asyle" di R. Gensis del 1973, d'impostazione scandalistica suscitò un certo interesse - completano questa rassegna alquanto magra. Dopo "Lo sterminio dolce" di M. Lafont⁷⁷, una tesi provocatoria dopo 46 anni di silenzio fu presa dalla rivista "Nervure" che nel 1988 pubblicò due articoli di G. Massé⁷⁸ - il quale scrisse: "Nel 1940 si muore di dissenteria, nel 1941 di cachessia, a partire dal 1942 di TBC". E nel 1991 i contributi di un simposio con un articolo di S. Folin, che pensava che durante l'occupazione "certi ospedali psichiatrici non erano per niente inferiori ai campi di concentramento nazisti"⁷⁹. La mortalità allora balzò dal 2,3% al 32,4% mentre la mortalità da TBC si quadruplicava. Un ispettore a Camille incontra solo il 71% in vita. Un direttore a Auxerre nel 1989⁸⁰ descrisse i tentativi di procurarsi alimenti.

Complessivamente tuttavia ha avuto luogo una gigantesca rimozione, che, subito dopo la liberazione, combaciava colla volontà di aprire una nuova pagina. La signora M. Rochet (Nr. 4)⁸¹ osserva ripercorrendo come storico le vicende dell'asilo di Saint - Alban - sur - Limagnole, che l'"asyle" instaurato nel 1821 dentro il castello in disfacimento del paese di montagna, solo nel 1933 sotto la direttrice A. Masson, ricevette riscaldamento ed acqua corrente per i 580 degenti. Con il lionese Paul Bavet (1936 - 1943) diventò direttore il primo di tutt'una serie di medici impegnati. Egli riuscì, malgrado un sovraffollamento del 30% (-47%), per via dei pazienti che arrivavano fra altro dall'Alsazia, a trasformare Saint - Alban in una clinica modello. Infermiere venivano preferite a causa "della loro evidente superiorità". Il personale a partire dal 1944 veniva istruito in psicologia, anatomia e patologia e motivato da compiti "propri, delicati e di fiducia". Un

rifugiato dalla Spagna nel 1940 portò il volume sull'ergoterapia di Hermann Simon, la quale "dopo insuccessi iniziali e con molto senso della misura" non di rado veniva trasformata anche in "lavoro non utilizzabile". "Residenti da molto tempo" vengono riabilitati, mezzi di costrizione aboliti. A partire dal 1942 la penuria impone, accanto all'agricoltura, lo sviluppo di altre attività utili come la ricerca della legna, il lavorare da sarto e a maglia, rafforzando con ciò i legami con i contadini del luogo. Però gli alimenti e le tessere annonarie ricavate dai baratti non bastano. Nel 1940 muoiono due pazienti di cachessia, nel 1941 già 19, nel 1942 ventisei persone. A partire dal 1943 la situazione migliora attraverso un grande impegno nell'agricoltura, presso le autorità e sul mercato nero, in modo che vengono raggiunte delle calorie giornaliere appena sufficienti per le 800 persone da nutrire. La maggior parte del bestiame e il grano raccolto vennero requisite e non rimasero che le spighe vuote.

Nr. 4b: già a partire dal 1941 erano stati stabiliti i contatti coll'università di Strasburgo in esilio a Clermont - Ferrand, la quale fino alla retata micidiale del 25.11.43 collaborava strettamente con la Résistance. I partigiani feriti venivano nascosti e curati a Saint - Alban. Molto intensa era soprattutto la collaborazione con Paul Eluard, di cui le "Souvenirs de la maison des fous" alla pari di numerosi altri autori della "Intelligence en guerre" venivano stampati in clandestinità⁸². Alla fine il filosofo della scienza e compagno di Bonafé durante l'antifascismo degli anni 30 a Toulouse, Georges Canguilhem, divenne non solo vice - commissario della repubblica a Clermont - Ferrand ma anche esponente del "Nouveau esprit scientifique" di Gaston Bachelard⁸³, al quale doveva succedere sulla cattedra parigina trasformando profondamente la percezione della follia.⁸⁴

Nr. 6, 7: lo psichiatra e partigiano Maurice Dide (1873 - 1944), assassinato a Buchenwald, già nel 1913 nella sua "Nosologia dell'Idealismo appassionato"⁸⁵ si era occupato di una sindrome con intellettualità intatta, però con idee sopravvalutate dirette unicamente dagli affetti, di cui la variante nazionalista gli sembrava coinvolta nella genesi dell'aggressione tedesca. Nel 1915 - 1919 egli era partito volontario come alpino e maggiore medico di un centro per neurolesi sul fronte avanzato e dall'esperienza aveva tratto nel 1918 il saggio "Le emozioni e la guerra".⁸⁶ Terminava colle parole: "Dobbiamo concedere con tutta modestia che ancora non siamo avanzati di molto nella conoscenza di queste forze affettive che agiscono quasi senza ragione e la cui forza è enorme". Tornato alla clinica vicino a Toulouse diretta da lui dal 1909, nel 1925 scrisse un "Saggio sulla psicologia dello sviluppo biologico".⁸⁷ Paul Guiraud nel 1962 annotò, a proposito della loro concezione comune: "Dide non voleva continuare ad applicare una psicologia intellettualistica e frammentata ad una neurofisiologia atomistica, ma al contrario penetrare nelle profondità originarie dello psichismo, che risultano dai sistemi anatomico - funzionali soprattutto sottocorticali". In parole di oggi si direbbe che per la spiegazione di processi della psiche intendeva privilegiare gli effetti delle emozioni, derivanti dal sistema limbico, sulle funzioni superiori della corteccia. Già nel 1913 chiariva, che per "idealisti" intendeva esseri umani in quello stato d'animo, "dove un elan invincibile ci porta al di là dello stato attuale

delle conoscenze”. Oggi riconosciamo in questo concetto gli individui che, da una corrente psicologica, con posizioni politiche per lo più di destra, vengono chiamati semplicemente individui ”psicopatici”, i quali sono esageratamente alla ricerca del nuovo (i cosiddetti “novelty – seekers”⁸⁸ della ricerca sulle personalità mediante l’analisi dei fattori). Per ”passion” invece intendeva una “inclinazione fissata”, che appare improvvisamente in un campo di instabilità mentale come punto di cristallizzazione. Nel 1938 Dide scriveva sui “metodi psicopatici che avevano causato il dramma del 1914 e che attualmente ne prepararono ancora di ben peggiori”. L’autrice della sua biografia⁸⁹, la psichiatra Catherine Mangin - Lazarus (al CH Paul - Guiraud, Villejuif) era stata affascinata da questo direttore di clinica, attivo dal 1940 nella Résistance, esternamente flemmatico ma di libero spirito, per di più perché era caduto in oblio, nonostante avesse scritto assieme a Paul Guiraud un trattato di psichiatria molto consultato⁹⁰. Il suo pensiero autenticamente biopsicosociale che precorreva il suo tempo e l’interazione stretta fra questo ed il suo straordinario impegno sociale, costituiscono il nucleo del suo fascino attuale. Maurice Dide, che nel luglio del 1943 a settant’anni era stato arrestato a Toulouse e deportato, aveva sempre esortato nelle sue lezioni alla partecipazione alla resistenza, nella quale egli stesso era attivissimo. Per il movimento “Combat” nato nel Midi⁹¹ rivestì la carica di direttore della rete - NAP per l’“infiltrazione nell’Amministrazione pubblica” della regione sud - ovest⁹². Nel luglio del 1943, proprio nel momento in cui la direzione della résistance, per via degli effetti della collaborazione poliziesca franco - tedesca, intendeva integrare il suo apporto egli veniva tradito. Morì nel 1944 a Buchenwald per le conseguenze di una punizione crudele con l’assistenza medica vietata.

Nr. 8: dei sociologi di Strasburgo impegnati nel 1992 in una ricerca sul posto sull’annessione tedesca dell’Alsazia avevano incontrato un ex - sindaco, emotivamente neutro, che raccontava che al tempo aveva dovuto denunciare tutti i cittadini “bizzarri”, “non - lavoratori”, handicappati o psichicamente menomati. Dopo il loro internamento “il loro periodo di vita non perdurava molto a lungo”. “Probabilmente ricevevano delle iniezioni. Da sei a nove mesi dopo, alcune famiglie ricevettero a casa delle urne. Il 17.2.42 il direttore dell’amministrazione civile di Strasburgo, pochi giorni dopo un suo colloquio con Hitler, aveva organizzato alle sue dirette dipendenze un sottodipartimento del “Commissariato di stato per la salvaguardia del carattere nazionale tedesco”. All’ottavo commissariato della polizia di sicurezza invece fu annesso un “Istituto di biologia criminale”, il quale per gli scopi della eliminazione finale degli elementi di razza inferiore, asociali e “fastidiosi”, ordinò al partito di catalogare la popolazione dell’Alsazia. Il 22.11.43 a Emmendingen invece - come già nel 1941 a Stephansfeld - si incontrarono i direttori dei due manicomi alsaziani e della clinica di Wiesloch (prof. Carl Schneider). Il direttore sanitario Sprauer propose di creare attraverso l’uccisione di 100 pazienti di cliniche alsaziane il posto per 100 malati mentali del Baden per i quali i letti sarebbero serviti. Una settimana dopo fu ordinato un treno per il 5.1.44. Il tragitto per i 50 pazienti di Stephansfeld da assassinare con dieci accompagnatori durò ventidue ore e costò 650 marchi, polizia e militari erano stati

avvisati, per “provvedere all’occorrenza protezione e soccorso”. Il direttore di Hoerdtsheim lo stesso giorno segnalò, che in tutto 100 pazienti sono stati portati via. A Hadamar lo aspettò il collega dott. Wahlmann, il quale durante il rapporto mattutino usava stabilire quali assassinare mediante iniezioni di Luminal; gli infermieri a poco a poco impararono ad agire di propria iniziativa. Gli omicidi in manicomio erano noti ai medici e paramedici e attraverso voci anche alla popolazione; molte famiglie alsaziane nel 1942 - 43 ottennero la dimissione dei loro famigliari malati. Il direttore di Stephansdorf ne parlò apertamente con i suoi infermieri, osservando che erano stati scelti quanti più tedeschi possibile. Agli infermieri accompagnatori alsaziani veniva vietato l’accesso alla clinica di Hadamar. Ai testimoni odierni “era stato raccontato tutto”; parlano di una “evacuazione”, dell’“obbligo di fare ciò che veniva richiesto”, del contesto storico. Altri avevano semplicemente notato che di 160 pazienti evacuati nella Francia del sud 100 erano morti di fame. Il trattamento degli ebrei fra i degenti durante i primi mesi dell’occupazione “si capisce da solo”; a Rouffach venivano cacciati dentro un padiglione e poi mandati al sud: “Perfino gli infermieri non ne parlano”. I malati “dormivano sulla paglia e vi erano dei problemi con la nutrizione”; “morirono di vecchiaia”. I sociologi enumerano diverse strategie che hanno notato nel comportamento dei testimoni in relazione alle loro memorie. Sul piano teorico incomodano un pacifico parallelismo con il panottico iperautoritario di Foucault, la tesi di Sternhell sui fascistoidi non - fascisti di Francia, il primato autoriproduttivo delle società autoritarie di Erving Goffmann così come una discolta funzionalista degli eugenetici. Concludono comunque sulle note della canzone di Aragon commemorativa del rastrellamento del 25.11.43: “Cattedrale da luci diurne, prigioniera dei tedeschi, tu infaticabile conti stagioni, lune, momenti...”.

Nr. 8: appena taciute le armi i tedeschi, in violazione delle norme internazionali, avevano instaurato nell’Alsazia - Lorena le loro amministrazioni di occupazione. La creazione di una “Università di Stato” a Strasburgo rivestiva un’alta priorità. Il professore di storia emigrato nel 1919 ad Amburgo, Ernst Anrich era previsto per il decanato ed aveva pianificato 129 cattedre ed un centro di formazione dei cattedratici attraverso le SS⁹³. L’inaugurazione pomposa dell’università, alquanto ridimensionata e solo ancora marginalmente obbligata verso le SS, si sarebbe svolta senza l’intervento personale di Hitler e senza la partecipazione del deluso governatore - Gauleiter Robert Wagner. La facoltà di medicina alla fine fu diretta dal decano di Heidelberg SS prof. Johannes Stein - e non dal giovane oculista di Bonn SS prof. Karl Schmidt - occupando ‘solo’ sei cattedre con delle SS ed orientandola più secondo criteri scientifici che politici. Gli studenti venivano indottrinati ogni settimana in “cameratismo”, ma non durante le lezioni. La ricerca veniva praticata dal fisico nucleare Rudolf Fleischmann, dal chimico Friedrich Weygandt e dal medico Otto Birkenbach (pioniere della microscopia elettronica). Solo quest’ultimo cooperava col professore di anatomia August Hirt, il quale nel Lager Natzweiler - Struthof eseguiva, per l’organizzazione “Ahnenerbe” delle SS, esperimenti sull’uomo con gas bellici

fino all'assassinio e l'osservazione degli scheletri di 87 prigionieri ebrei lì deportati da Auschwitz (per poter "legittimare" l'olocausto davanti alla posterità)⁹⁴. I tentativi di Hirt di collegarsi all'università fallirono però per la resistenza del Rettore e del Decano benché entrambi fossero dei dignitari delle SS. Anche l'istituto di "biologia razziale" fondato nel 1943 da Wolfgang Lehmann (più tardi a Kiel) si sottrasse all'influenza delle SS. Il professore di psichiatria August Boström, giunto nel 1942 da Lipsia, divenne presto addirittura famoso per la sua difesa dei diritti dei pazienti. Nel 1943 protestò presso il direttore sanitario Sprauer contro l'abolizione del segreto medico nei certificati di internamento, una specie di passaporto sanitario, attraverso il quale venivano trasmesse delle informazioni sociali e di medicina familiare direttamente alle amministrazioni locali che si mettevano direttamente ad inquisire i soggetti in questione. Giusto durante la deportazione da Stephansfeld egli vi organizzò una visita di studio; durante una lezione sovraffollata spiegò le idee dell'igiene razziale sulla "vita indegna di essere vissuta", per stigmatizzarle come indegne e facendo capire che l'"eutanasia" perdurava. Non veniva arrestato perché moriva l'anno dopo. Alla pari di alcuni altri docenti si era impegnato contro il reclutamento coattivo soprattutto per quanto riguardava i medici alsaziani, i quali, non voluti dal generale Keil, alla fine dovevano partire "volontari" nelle Waffen - SS, ciò che costrinse molti fra di loro alla clandestinità. Altri poterono proteggere molti dal reclutamento attraverso certificati falsificati⁹⁵. La classe medica si dimostrò anche resistente all'associazione "Anello del sacrificio", frequentò però volentieri il programma turistico annesso alle permanenze di indottrinamento nazista nell'Accademia di Alt - Rehse in Mecklenburgo.

Nr. 9: l'antropologo sociale Édouard Conte e lo storico Cornélie Essner di Berlino (autori di una recente opera che tende a disculpare gli eugenetisti riportando le contraddizioni delle concezioni razziali naziste)⁹⁶ portano avanti l'argomento che i crimini dell'eutanasia e dell'olocausto non possono essere interpretati semplicemente come messa in atto del pensiero eugenetista, poiché l'ideologia popolare con la sua gerarchia delle razze seguiva piuttosto delle teorie di derivazione pre - darwiniana. I nuovi potenti non sarebbero stati eletti sulla base della "magia del messaggio scientifico", ma si sarebbero essi stessi trovati di fronte ad un "labirinto" di concezioni razziali. L'autocelebrazione proiettata sul Führer avrebbe piuttosto dapprima costruito il diverso dal popolo e poi si sarebbe da esso sviluppata. I termini introdotti in vista della persecuzione programmata – con il crescendo: selezione, eliminazione, eradicazione, sterminio - restarono in ciò volutamente ambigui rispetto al loro significato micidiale. I nuovi detentori del potere sarebbero stati piuttosto interessati all'instaurazione di un "sistema fisico di controllo totale" e a questo scopo avrebbero semplicemente strumentalizzato gli eugenetisti scientifici. Perfino nel programma di sterminio dei pazienti "Aktion T4" molte vittime non avrebbero avuto alcun tipo di tare ereditarie, ma sarebbero state semplicemente dei "mangiatori inutili" così definiti dagli ideologi pre - nazisti Binding e Hoche. Hoche non aveva usato degli argomenti non - eugenetici, ritenendo impraticabile l'esclusione dalla riproduzione.

La maggioranza degli “organizzatori” - un termine che a mio avviso sarebbe più giustificato riservare agli inventori dell’“eutanasia” nazista, che erano certamente ben orientati verso l’igiene razziale ed ereditaria - sarebbero stati dei pragmatici e secondo Lifton quasi mai degli eugenetisti. L’eugenetica che aveva trovato seguito in tutto l’arco politico di Weimar era piuttosto stata idonea ad abituare gli intellettuali alla prassi del regime, che mirava ad abolire i diritti umani giudeo - cristiani del rispetto fisico e della libera volontà. Si può pensare che anche il “sangue ebreo” della propaganda nella rivista - SS “Der Stürmer”, perfino nella logica nazista, difficilmente poteva essere collegato con dei geni di qualità inferiore. Anche se l’eminente eugenista nazista Eugen Fischer al congresso parigino degli eugenisti della IFEO del 1941 affermava che gli ebrei sarebbero “di una mentalità talmente mostruosa, che non resta che parlare di inferiorità e dell’essenza di una specie diversa”. E sono questi stessi a citare Ernst Rüdin, che intendeva castrare tutti quelli che ai suoi occhi apparivano eticamente di qualità inferiore. Inoltre a loro sembrava anche non eugenetico che gli “ebrei per un quarto”, anche se non “malati ereditari”, venissero ritenuti integrabili nel “corpo del popolo”. Anche qui manca la comprensione del rispetto che pervade perfino l’eugenista più incallito davanti alla complessità dell’eredità comportamentale⁹⁷. A proposito del rabbioso antisemita e Capo dei medici del Reich Gerhard Wagner, si sottolinea come i suoi tentativi di rappresentare gli ebrei da sterilizzare come “degenerati” nel sangue, fallirono, perché probabilmente dei non - ebrei “degenerati” avrebbero in seguito dovuto portare del “sangue ebreo” nelle vene”. Tali esercizi di logica bizzarra e per di più in un tale campo sembrano andare oltre il limite del sopportabile. Servono unicamente a nascondere il problema vero del nesso fra forma di pensiero, legittimazione scientifica e la disinibizione di pulsioni assassine. Essi invece entrano in polemica con un apparente “amalgama fra eutanasia e olocausto” di una “certa corrente di ricerca attuale” - cioè quella delle pubblicazioni degli anni ottanta - e si lanciano contro la concezione, che lo sterminio degli ebrei sia stato in fondo solo (?) “una copia gigantesca dell’eutanasia” (secondo Ernst Klee)⁹⁸. Sebbene la sola incontestabile continuità tecnica dello sterminio (nel senso di un pass - partout che non è stato mai reclamato nella spiegazione della “follia delle razze” né dal concetto “dell’olocausto di igiene - razziale” di Weingart, ripreso da Henry Freidländer, né perfino da H. W. Schmuhl)⁹⁹ per sé non ne provasse l’origine nella stessa logica (se per “logica” non si vuole intendere semplicemente l’esclusione micidiale di soggetti attraverso delle dottrine). A riprova di questo lo stesso Ernst Rüdin parteggiò (probabilmente per pura retorica e a favore del suo finanziamento) nel 1934 per la “selezione dei geni” al posto della dolorosa “selezione personale”, riorientando il mirino delle “rovine psichiche” che autodistruggono i loro portatori, sui menomati.

La questione del come la riduzione in schiavitù degli ebrei attuata dallo stato nazista abbia potuto convertirsi nell’assassinio di massa, e la questione dell’accettazione sociale (favorita dalla guerra) di tale fenomeno, vengono spiegate con il negare l’esistenza di un “progetto complessivo, elaborato prima degli avvenimenti”. Di quest’affermazione tuttavia non viene addotta alcuna prova o motivo apparente. Gli storiografi che sostengono tale tesi cercano

evidentemente di confondere la tesi del nesso radicale fra eutanasia ed olocausto con quella di un progetto complessivo operativo. Essi tacciono sull'assassinio, indipendente dal progetto "T4", a volte simultaneo di ebrei e handicappati mentali per mano delle SS e delle "Einsatzgruppen" nella Polonia aggredita¹⁰⁰, e pospongono le uccisioni nei manicomi in Polonia dal 1939 al 1941. Altrettanto vaga resta la differenza fra una politica "pervertita" o "normale" in materia di "eugenetica" (tacendo sulla alquanto problematica disciplina scientifica con tale indirizzo). Gli autori si danno in seguito alla inutile ricerca di un legame ideologico alternativo fra criminali di tipo "völkisch" (popolare) cioè legati alle farneticazioni esoterico - mistiche sul primato del popolo tedesco e di tipo eugenetico - moderno. Secondo loro le concezioni molto diffuse di tipo neo - cristiano o neo - pagano sarebbero state molto più comprensibili rispetto ai concetti di razze "spersonalizzate" degli eugenetisti, per le quali una quantità limitata di caratteristiche si esprimeva in ciascun membro della razza. Da questo semplice concetto di razza sarebbe nato un "cambiamento di tutti i valori", che innalzava l'"assassinio in nome della razza ad imperativo morale". Il fatto che gli eugenetisti siano diventati coscientemente "attivi", malgrado la loro scienza non gliene fornisse alcuna base, viene ascritto unicamente a questo cambiamento di valori e non all'eugenetica stessa come preparatrice di pulsioni assassine. Questo discorso lacunoso si trova peraltro anche nel saggio del filosofo parigino Pierre - André Taguieff¹⁰¹. Anche quest'ultimo conosce delle punte polemiche, di cui la più aspra si direbbe contro la "fobia ideologizzata" di quelle voci - dal ministro alla giustizia Robert Badinter fino al genetista eminente Benno Müller - Hill - che all'epoca criticavano ciò che egli vedeva come un'eugenetica "ridotta alla corruzione nazista" oppure una "manipolazione genetica mitologizzata"¹⁰². Allo stesso autore tale eugenetica tuttavia - non si sa bene perché - non sembra necessariamente "destinata a fondare una biopolitica essenzialmente totalitaria", lesiva dei diritti umani. Questo neanche se dovesse creare un'"estensione sfrenata delle diagnosi prenatali che cercasse di uniformare l'informazione genetica degli individui", perché a ciò basterebbe una maggioranza burocratica. In Taguieff tutto si risolve nel miglior modo, "se il programma eugenetico viene condotto in modo radicalmente universalista, se non entra in interazioni con nessun sistema di catalogazione escludente; quando saranno presenti tutte le condizioni alla sua realizzazione mentre saranno fissate in modo chiaro tutte le garanzie poste per prevenirne il degrado". Dietro questo impegno di Taguieff si nasconde il concetto di un pensiero coraggioso ispirato da Nietzsche, che si scatena contro i predicatori della ragione come Gaston Bachelard: "La ragione contenta di se stessa e professorale del razionalismo che impartisce lezioni" - e che si erge a super - anti - razzismo - "non è altro che semplicemente un altro nome per la ragione irrequieta, il 'pensiero ansioso', che sta all'inizio della scienza". E che "esclude tutte le altre forme della conoscenza dal campo della scienza".¹⁰³ Anche qui si chiude un cerchio, quello che porta dall'esoterismo proto - nazista all'odierno profondo intreccio fra esoterismi e destra neo - nazista non solo in Germania. Dobbiamo però ricordare anche il grande scontro fra la società ed i suoi intellettuali e la settorializzazione della psichiatria che tendeva o tende strutturalmente a

psichiatrizzare “interi quartieri”. D’altro canto per un ricercatore è difficile ignorare l’impressione che qui vi siano delle pulsioni forti che si vogliono fare strada e che si lamentano degli ostacoli contrapposti dall’universalismo.

Nr. 10: lo psichiatra A. Viillard¹⁰⁴ in Francia è stato fra i primi a parlare degli assassini manicomiali. Egli sottolineava la continuità fra l’igiene razziale (difesa e praticata p. es. come sterilizzazione anche degli emigranti forzati in accordo con l’ordinario di Heidelberg prof. Mayer - Gross) e l’“eutanasia”, gli assassini manicomiali e i campi di sterminio, continuità che da lui viene addossata alla “ideologia biomedica”. L’eutanasia di massa negli stati moderni non era a suo avviso finora mai stata praticata e doveva essere preparata meticolosamente. Il più alto burocrate sanitario bavarese, prof. hon. Walter “Bubi” Schultze p. es., nel 1933 si felicita dell’“inizio” che con il campo di concentramento di Dachau era stato fatto, in vista d’una “Ausmerze” (eradicazione) di malati mentali e recidivi. Che la popolazione ebrea sia stata considerata dai nazisti portatrice di “geni pericolosi” a Vaillard sembra comprovato.

L’organizzazione professionale del crimine mediante l’organizzazione mimetizzante della “T4”, la creazione di una tecnologia dello sterminio ed i pochi tentativi di protesta o di fuga tentati, sullo sfondo di una posizione ambigua delle chiese, nel 1941 sfociano nella fase dell’“eutanasia selvaggia” con 100.000 vittime, che fu praticamente il “banco di prova per l’olocausto”, la selezione medica a scopo di assassinio nei campi di concentramento dell’operazione “14f13”. Una “catena eugenetista” ricongiunge la “legge sulla salute ereditaria” del 1933 ai campi di sterminio instaurati dietro il fronte dell’Est durante la fase d’espansione della Wehrmacht. La forma della licenza di uccidere era la stessa per i medici che selezionavano bambini e per i medici che selezionavano sulla rampa di Auschwitz. Un sistema “pseudoscientifico” per la cura dei geni si rivolse dapprima agli individui e poi ad intere popolazioni.

Nr. 11: lo storico parigino Benoît Massin¹⁰⁵ presentò un riassunto meticoloso dell’importante edizione francese (aumentata soprattutto anche attraverso i suoi contributi) dell’opera di P. Weingart (volume 2) e di P. Weindling (volume 1) apparsa nell’autunno 1997 dall’editore parigino “La Découverte”¹⁰⁶. L’opera chiude un’importante lacuna nella storiografia in lingua francese, tanto più che il nesso fra eutanasia ed igiene razziale viene sviluppato più intensamente che nell’originale opera tedesca - coll’intenzione di sciogliere i suddetti “amalgami” e di far avanzare la controversia fra Weingart e Schmuhl. Il filo della sua relazione parte dalla volontarietà degli assassini permessi attraverso la “Ermächtigung” (autorizzazione) per arrivare alla riconversione della psichiatria tedesca all’igiene razziale, sotto la guida della “Münchener Forschungsanstalt für Psychiatrie” diretta da Emil Kraepelin già a partire dal 1908 e con la partecipazione anche di psichiatri riformatori liberali di sinistra o ebrei e che vennero di fatto dopo il 1933 ugualmente perseguitati. L’eutanasia a differenza dell’igiene razziale non aveva prodotto molti commenti pubblici. Questi ultimi di solito erano ostili alla posizione del prof. Alfred Hoche, e ciò indipendentemente dalla loro posizione sull’eutanasia

“completamente indipendente dall'eugenetica”. Soltanto l'“eutanasia nell'interesse collettivo” dei nazisti è capace di portare verso l'eugenetica: i nazisti peraltro non parlano di “misure d'igiene ereditaria”, ma di “misure di pianificazione economica”. Per il prof. Carl Schneider il “sollievo” economico immediato provocato dall'assassinio e quello più differito della sterilizzazione proseguivano in parallelo in quanto misure di economia nazionale di primaria importanza. Questa visione veniva però respinta dagli psichiatri attivi nei Tribunali della salute ereditaria. Soltanto “il modo inverso di vedere” riportato in modo dettagliato dimostra che (ad eccezione del nazista prof. Erich Straub) tutti gli accademici della “T4” erano stati degli eugenisti attivi già in precedenza - un dato che ricorda la tesi interessante della struttura a bucce del razzismo, che sostiene che quasi sempre i portatori di ideologie razziste molto micidiali sono anche portatori di tutta la scala delle ideologie razziste meno aggressive¹⁰⁷. Massin si limita però ad una impostazione puramente cognitiva che mette in risalto una loro “vicinanza alle strutture ideologiche di base” non meglio specificate mediante i quattro concetti seguenti: ideologia del corpo del popolo (Volkskörper); “assorbimento della nosologia nella medicina della prestazione”; “determinismo biologico”; “etica naturale darwinista” anti - giudaico - cristiana. Penso che Massin sbaglia utilizzando lo stereotipo del “darwinismo” - perfino senza il prefisso “social” - anche se non si può condividere la completa assoluzione del fondatore della dottrina evolutiva e della psicologia delle emozioni Charles Darwin celebrata da Patrick Tort¹⁰⁸ (per via di alcuni enunciati eugenetici ed iperliberali). La ragione di questo sta nel fatto che in Darwin la derivazione dell'altruismo resta determinante. Procedendo in avanti Massin si finisce invece per trasporre in ultima analisi la contrapposizione (praticata p. es. dal sostituto di Hitler, Martin Bormann) fra cristianesimo caritativo e nazismo senza carità in una vera e propria impostazione scientifica. Il cristianesimo così diventa “l'ultima diga”, che impedisce al “materialismo cerebrale”, di convertirsi (a causa di giudizi di valore apparentemente intrinseci) in assassinio. Anche l'altra tesi di Massin secondo la quale nel totalitarismo nazista non esisteva “nessun contropotere giuridico contro “la casta” della medicina e della scienza”, resta molto debole, perché non vuol vedere che bisogna dare una spiegazione, mentre il programma di assassinio legittimato dalla biologia godeva di tutto il sostegno giuridico necessario, i molti altri programmi della “casta”, che lui crede essere “al potere”, non conobbero lo stesso destino. Anche la politica della ricerca, particolarmente in Germania, era saldamente in mano alla élite economica. Massin parla anche della “brutalizzazione” non soltanto dei medici durante la prima guerra mondiale (e nelle colonie) e non ne approfondisce in termini di psicologia sociale i risvolti che ciò produsse sul piano delle emozioni predominanti della società, perché significherebbe lasciare l'impostazione puramente cognitiva. Massin giustamente descrive il nesso fra la lamentela degli eugenetisti da Auguste Forel “pacifista” in poi sulla “guerra disgenica” e la convinzione degli psichiatri che se i “migliori” stavano morendo sul campo di battaglia, era giusto che loro facessero morire i “peggiori”. “Un'altra tesi di Massin vuole che il nazismo e la medicina eugenetica” si sarebbero in ultima analisi “modernizzati a vicenda” in una “comune ricerca dell'efficienza”. Con ciò

questo storico meticoloso si avvicina purtroppo anche alle tesi false che il nazismo sarebbe stato un grande modernizzatore o peggio l'inevitabile risultato della modernizzazione: tesi cara a Martin Heidegger e Viktor v. Weizsäcker perché addossando la colpa alla tecnica: chi è prigioniero della sua nevrosi (provocata dalla inibizione delle proprie pulsioni) evita di parlarne.

Nr. 12: W. Hoffmann und B. Laufs¹⁰⁹, psichiatri manicomiali del sud della Germania, riferivano brevemente le vicende della radicalizzazione di destra della classe medica weimariana e specificatamente dell'“epurazione” della psichiatria universitaria di Heidelberg per mano dei nazisti. Il breve ritratto di Carl Schneider nelle parole di Ernst Klee si legge più come un'arringa di difesa che non come una patografia, più indicata di questo “peggiore esempio conosciuto d'un modo di pensare scientifico preparato a camminare sulle salme” per conseguire i suoi scopi¹¹⁰, anche se in verità viene difficile parlare del modo di pensare scientifico perché l'accumulazione di dati e la follia del suo sistema non fanno ancora scienza.

Che uomo fu Carl Schneider?

Non penso che sia opportuno risparmiare al collega criminale l'esposizione degli oneri derivati dalla sua prima infanzia per l'assenza del padre, vagabondo con una probabile malattia bipolare, la prematurità patologica in quanto ragazzino di talento “deciso a compensare la discesa sociale avvenuta per colpa di suo padre”¹¹¹, che nell'età adulta assunse le forme di un attivismo maniacale che era carico di odio, nascosto dietro una pseudo - premurosità altamente autoritaria spesso espressa con penetrante sufficienza, che aveva come scopo quello di imporre la propria patologia sugli altri. Come poteva nascere la leggenda di un Betheliano che in una notte si trasformò in nazista? In verità egli aveva assunto le redini della clinica protestante di Bethel “dopo una dura lotta” in quanto primo psichiatra che vi rivestisse la posizione di direttore. In tal modo egli aveva potuto mettere in atto ciò che aveva richiesto nella sua, ancora oggi non si capisce perché, lodatissima “Psicologia dello schizofrenico”, una compilazione scritta in uno spaccato pazzesco delle conoscenze accumulate all'epoca, che probabilmente aveva riassunto durante la sua permanenza alla “DAF”¹¹² a Monaco trovando le 2000 fonti nella fornitissima biblioteca dell'istituto. Questo libro era concepito come attacco alla psichiatria manicomiale “quietista”, alla quale non rinfacciava tanto la sua inefficienza, quanto il suo atteggiamento umano verso il prossimo che perciò rischiava di combinare, secondo lui, l'impegno per la possibilità del paziente di “sentirsi comodo” col suo abbandonarsi nelle celle d'isolamento. A questo contrapponeva la “terapia attiva”, nella quale il paziente psicologicamente veniva preso “a tenaglia”. Mentre ciò a molti psichiatri, soprattutto visti i mezzi limitati dell'epoca, potrà sembrare un discorso non totalmente fuorviato, io sono arrivato ad una conclusione negativa perché penso che dietro l'acclamata tecnica di Schneider si nasconda l'effetto inibitore della vergogna, il quale purtroppo spesso viene utilizzato da psichiatri di matrice comunicativa “diretta”. La vergogna

viene indotta nel paziente attraverso una sopraffazione psicosociale pesante all'interno di una metodica di lavoro, regole a tavola e rituali serali, che Schneider con tutta probabilità aveva ricopiato dai metodi utilizzati a Heidelberg da v. Weizsäcker nel trattamento in reparto dei cosiddetti nevrotici da infortunio, ove l'infortunato attraverso le fasi della falsa alleanza del medico e l'improvvisa sopraffazione che risultava in un compromesso (per di più sfavorevole) coll'assicurazione, imparava ad arrangiarsi colla sua perdita di status. Mentre in quell'ambito il metodo ha il merito di una certa logica interna, nell'ambito della psichiatria acuta non sembra proprio così. Questo contesto, da sempre micidiale della nevrosi di Schneider, anche in lui si sviluppava in un programma nazionale di una società che trovava il suo scopo nella distruzione nevrotica altrui, che si castigava con un'ideologia della prestazione radicalizzata in modo esistenziale fino alla questione di vita o di morte. La vergogna come primo meccanismo di inibizione di pulsioni micidiali (del perdente) costituisce purtroppo ancor oggi un mezzo quotidiano di certa pedagogia o psicoterapia. Essa, in quanto effetto sociale e alla pari dell'altro effetto sociale che chiamiamo spinta cooperativa, o, in negativo, senso di colpa, è capace di produrre socievolezza e con ciò interazioni e strutture sociali. La sensibilità di Schneider per la forza certamente "biologica" dell'inibizione vergognosa era di natura altamente personale e biografica, anche se divisa con tanti altri ex - pensionati di collegi, studenti di associazioni colla sciabola e combattenti. Gli effetti psichici e somatici della vergogna che aveva osservato su se stesso lo motivavano a compilare ossessivamente una grande quantità di materiale che veniva strutturato nel modo più sommario. Come i suoi docenti alla DAF, egli era più incline ad eliminare le "considerazioni razionaliste" - che tanto non riusciva a seguire fino in fondo - a favore di "tentativi davanti all'io", "di munire una nuova epoca con nuovi uomini" e di costruire una società assassina fondata sulla vergogna alimentata da innumerevoli atti d'assassinio.

La psichiatria purtroppo ancor oggi costituisce non di rado una società della vergogna in piccolo. I suoi critici esistenzialisti, essi stessi conati dalla vergogna, sono riusciti a proteggerla da ciò che teme più di ogni altra cosa: la prova scientifica, anche darwiniana, del principio di Franco Basaglia: "La libertà è terapeutica".

Può questo ragionamento spiegare il "marchio di qualità socio-psichiatrico" che il prof. Klaus Dörner ha conferito a Schneider? Può darsi. Però non possiamo accettare che la sua follia scientifica micidiale venga lodata in questi termini: "Tutti questi progetti scientifici ci appaiono molto moderni". Ciò perché la sua "modernità" consiste - a parte l'utilizzo d'un gruppo di controllo purtroppo rapidamente assassinato - nella mobilitazione caotica di tutte le armi della ricerca a disposizione, mentre manca un'ipotesi scientifica degna di questo nome, ciò che veniva notato già dal suo cooperatore prof. Heyde. Il capitolo "Problematica della statistica di successo"¹¹³ non è altro che un'unica retorica primitiva contro una psichiatria che oggigiorno si basa programmaticamente su una classificazione e una statistica continuamente sottoposta alla verifica scientifica - mentre il

povero Schneider si barricava dietro un unico caso di “trattamento di modifica di opinione”, Egli attraverso la prova della presenza di singoli “processi naturali” nelle sue vittime, illuminato dal suo “concetto degli eventi spirituali e sociali davvero scientifico - naturale e con ciò allo stesso tempo ancorato nella vita” - riteneva erroneamente che il concetto allo stesso tempo fosse una preconditione per la ricerca mentre restava incapace di definirlo. L’esperienza sugli umani in lui è quotidianità: “Soltanto la prova del trattamento decide in ultima analisi sull’utilità dei mezzi di ricerca finora spesi”. E questi mezzi dovevano essere ingenti. Per fortuna la sua attività criminale fu interrotta dall’esito della guerra e dal suo suicidio.

Coll’enunciazione seguente (che applicata a Schneider è certamente falsa) gli autori dell’articolo prima citato non fanno altro che dare un esempio dell’impegno riabilitativo col quale parte dell’intelligenza tedesca di oggi cerca di recuperare quelli ai quali si sentono accomunati dal loro stesso sentimento di vergogna : “L’orgia assassina andò molto oltre le intenzioni degli scienziati, i quali cominciavano a temere per la sopravvivenza dei loro manicomi e dei loro ospedali svuotati dei pazienti”.

Una storia “psichiatrica” particolare

Vladimiro Mettifogo (Venezia)

Mi rendo conto che, rispetto alla dimensione del problema che è stato trattato in questo convegno, il mio intervento è poca cosa. Perché qui si è parlato di un dramma che ha coinvolto nazioni, con infinite sofferenze. In realtà il mio contributo – pur pertinente - è un poco a lato. Non è qualcosa che si riferisce ai grandi numeri, ma è un dramma personale; qualcosa anche di curioso perché coinvolge direttamente l'uomo che ha segnato per molti anni i destini d'Italia. Interessante è il fatto che si tratti di documenti originali che si possono trovare in questo archivio, documenti che sono stati ben nascosti e che ho trovato con molte difficoltà seguendo il racconto aneddotico di un'anziana infermiera di San Clemente che ricordava di aver sentito dire che nei tempi passati là era stata ricoverata la “moglie” del Duce. La testimonianza di questi documenti potrebbe essere quindi perfettamente aderente al tema.

Per essere conciso sul tema specifico, evito di esprimere la mia esperienza personale sui modi più o meno subdoli attraverso i quali la psichiatria, anche quella recente, può mostrare il suo animo antidemocratico colludendo, più o meno inconsapevolmente, con istanze autoritarie e comunque al servizio di qualche ideologia.

Per questo motivo mi accontenterò di portare, con brevi cenni riassuntivi, la testimonianza tragica e curiosa, di una persona direttamente coinvolta in una vicenda di annientamento di schietta marca fascista, portata avanti con l'appoggio, a quanto pare, indiscriminato della psichiatria.

Questo giudizio e la ricostruzione dei fatti non va attribuita a me, ma come si vedrà, alla ricostruzione dell'intera vicenda che ne diede un organo di stampa del primo dopoguerra.

Se qualcuno frugherà con attenzione fra le carte dell'archivio di San Servolo si imbatte, se avrà fortuna, nella scarsa documentazione di una vicenda che fece qualche rumore subito dopo l'ultima grande guerra. Non mi risulta infatti che in archivio esista la cartella della signora Ida Dalser. Esisteva però una serie di pezzi di carta scritti, carta da pacchi o qualche foglio di quaderno od altro, evidentemente sequestrati, lettere che la signora pensava, in qualche modo, di riuscire a far uscire dal manicomio ma, invece, se le tenevano lì e sono state nascoste accuratamente in un cantuccio della biblioteca assieme ad alcune copie di giornali del primo dopoguerra (la “paziente” era deceduta nel 1937) che parlavano della vicenda. Non so come le cose sono andate a finire, ma subito dopo la guerra, sul settimanale “L'Azione” che era l'organo del Partito d'Azione, il cognato di questa signora, che era un direttore di banca e scriveva bene, in quattro puntate, sui primi cinque numeri del quotidiano, fece la relazione di questa storia.

Sarebbe da tener conto che gli psichiatri coinvolti in questa vicenda oscura

continuarono ovviamente nella loro carriera ancora per molti anni. Sembra che a seguito delle vicende descritte nel giornale citato, oltre alla smentita dell'allora direttore del manicomio di Pergine (non mi risulta che i direttori dei manicomi interessati alla vicenda siano stati sostituiti alla caduta del fascismo) ma comunque un paio d'anni dopo sia stata aperta un'inchiesta per conoscere le circostanze della morte del figlio della "paziente" Dalsert, morto esso pure in circostanze misteriose al manicomio di Mombello. Questo figlio si chiamava Benito Albino Mussolini ed il cognato, che racconta sul giornale la storia, fa intendere chiaramente che l'internamento della congiunta avesse solo lo scopo di far tacere una voce scomoda.

Queste carte autografe, e che lo fossero non vi è alcun dubbio visto che erano state accuratamente nascoste assieme ai numeri dei giornali che trattavano la vicenda, sono dunque particolarmente interessanti. Esse comunque, sottratte alla cartella clinica che penso sarà servita nell'inchiesta ufficiale alla quale poco più sopra accennavo, meriterebbero uno studio attento: la signora Dalser dalla quale il futuro Duce ebbe un figlio legittimo quasi sconosciuto alla storia, era una pazza o soltanto una madre disperata? E i suoi digiuni erano solo proteste per farsi ascoltare (come si può intendere dalla lettura dei documenti autografi) da un direttore di cui aveva fiducia e che invece forse la ingannava o l'epifenomeno di un sottostante delirio?

Sarebbe interessante oltretutto importante che l'ostracismo della psichiatria fosse in questo caso rimosso?

Ad un certo punto, ormai ridotta allo stremo, scrive a Sua Maestà, per avere giustizia: lo fa perché mai ammetterà l'idea che sia stato il Duce a volerla in manicomio. Veramente ingenua a pensare che simile lettera potesse arrivare al Re.

La signora che parla a Sua Maestà non è forse – sarebbe stato troppo banale – la solita schizofrenica paranoide, ma la signora Ida Dalser che accolse l'ancor giovane Mussolini nell'autunno del 1913 al suo rientro dalla Francia ed aiuta questo affascinante personaggio in quegli anni per lui difficili e turbolenti. Nel 1915 da questa relazione nascerà un figlio, Benito Albino, per il quale quello che sarà il futuro Duce verrà condannato a versare gli alimenti.

La Dalser riusciva anche ad ottenere a favore del figlio il sussidio militare relativo al servizio militare a suo tempo prestato dal soldato Mussolini (quando a Mussolini viene concesso di farlo, visto che in prima istanza era stato condannato per renitenza alla leva ed espatrio).

La Dalser era stata al manicomio di Pergine (già una relazione oggi ha parlato di quel direttore, se non ho mal capito) da cui riuscì a fuggire nel 1935 e poi, con promesse mendaci (forse nella convinzione di proteggere il figlio) e subdoli ricatti, al manicomio di San Clemente.

Il figlio invece morì, a quanto pare in circostanze misteriose (era stato imbarcato sull'esploratore "Quarto" in estremo oriente) nel manicomio di Mombello il 25 luglio 1942.

Le persone implicate furono numerose, compreso ovviamente qualche direttore di ospedale psichiatrico, e la vicenda è carica di sotterfugi, violenze, spie e a quanto pare criminali. Nonostante ciò fino alla fine la signora Dalser non si

convinse mai pienamente (o forse il suo atteggiamento era solo diplomatico) che l'autore del suo definitivo internamento fosse direttamente il Duce.

Vi leggerò solo una lettera del 1936 (la signora è morta nel 1937); fra le carte c'è un documento in cui lei dichiara lo sciopero della fame, che comincia nonostante avesse fatto una paralisi nel 1936; ad un certo punto lei scrive a Sua Maestà il Re.

Era stata ricoverata a Pergine, detenuta per dieci anni, era scappata, poi era ritornata a casa e aveva riabbracciato il figlio, che la signora aveva avuto con il signor Mussolini. Esiste un rogito notarile ed esiste una cifra che il Duce passava mensilmente per il mantenimento del figlio.

La signora aveva accolto - questa signora che era un'estetista, una donna anche carina, a Milano aveva un istituto di bellezza - il futuro Duce che rientrava dalla Francia nel 1913 e lì c'era stata una storia d'amore incredibile. La signora sembra fosse, e a dire il vero lo scrive lei nelle sue lettere, una donna di quelle che pretendono ecc. ecc., per cui sono arrivati ai tribunali. Il figlio era stato - ad un certo punto - affidato al cognato (quello che alla fine della guerra ricostruisce l'intera vicenda), e lei si convince in qualche modo di essere stata internata perché le potessero togliere il figlio, cosa che poi accadde (sono da leggere le terrificanti dichiarazioni del cognato quando il figlio Benito Albino fu narcotizzato per essere strappato alla madre). Successivamente all'internamento della Dalsler il figlio fu tolto al tutore, fu affidato ad uno sgherro di Mussolini, gli fu cambiato il nome, infilato in un collegio, e successivamente spedito in una nave a Shanghai; nel manicomio di Mombello, nel 1942 muore in circostanze misteriose, come muore in manicomio la madre nel 1937.

La donna, convinta del fatto che alla fine lei avrebbe potuto averla vinta, in qualche modo, si decide a spedire di nascosto, una missiva a Sua Maestà, e lo fa perché non si è mai definitivamente convinta che fosse stato il Duce a volerla in manicomio.

Fra l'altro le biografie ufficiali non sembrano conoscere a fondo la vicenda o la trattano senza il peso dovuto, invece il materiale è interessante.

DISCUSSIONE

Vladimiro Mettifogo (Venezia)

Vorrei chiedere al dr. Von Cranach se i Direttori degli Istituti Psichiatrici di allora dopo la fine di queste vicende, dopo la caduta del nazismo, sono stati sostituiti o se hanno continuato ad essere gli stessi.

Von Cranach

Pochissimi sono stati condannati durante i processi di Norimberga. Per quanto riguarda i maggiori responsabili della azione T4 ci sono stati alcuni processi contro gli psichiatri, forse il Prof. Klee può dirci il numero. Può costituire un chiaro esempio per la risposta a questa domanda quanto riguarda il mio predecessore: questo psichiatra, accusato di omicidio dagli Americani, ebbe poi l'accusa tramutata in solo concorso in omicidio ed infine credo nel 1950 è stato condannato a tre anni di reclusione, che egli però non trascorse in prigione! Dunque pochissimi sono stati condannati e meno ancora sono stati in carcere.

Balestrieri (Verona)

Una domanda al dr. Von Cranach. Che io sappia sulla sorte dei responsabili di queste stragi mi risulta che Von Brandt è stato impiccato a Norimberga. Karl Schneider, da non confondere con Karl Kurt Schneider, era un accademico importante ad Heidelberg. È lo stesso che ha scritto un libro "Die schizophrenischen Symptomverbände" che viene tuttora citato molto? È la stessa persona?

Anche un'altra domanda: in Germania nel 1940, l'opposizione dei parenti ha determinato probabilmente la sospensione della eliminazione diretta dei malati psichiatrici. Forse Hitler non voleva creare malumore nel momento in cui iniziava le ostilità, domando se questo è l'unico esempio di opposizione che, evidentemente, era ancora possibile in Germania in quell'epoca ho ci sono stati altri esempi di quel genere? Questo perché si conosce che l'opposizione tedesca è venuta fuori molto più tardi durante la guerra e quando la guerra stava andando male. Ma a quell'epoca a parte l'episodio dei giovani della "Rosa Bianca" di Monaco "Die Weisse Rose", non risulta altra opposizione.

Von Cranach

Lo Schneider che ho nominato è lo stesso che ha scritto il trattato da lei citato.

Per quanto riguarda la seconda domanda non si può dire che ci sia stata una vera e propria opposizione pubblica da parte dei parenti dei malati. C'era una certa inquietudine fra molti parenti che si è poi trasferita tra tutta la popolazione e questo potrebbe essere uno dei motivi dell'interruzione del programma di eutanasia, avvenuta nel 1941. Non ci fu una vera e propria resistenza aperta; l'episodio più famoso rimane la predica del cardinale Galen di Münster, in cui egli si dichiarò espressamente contrario. Ma molti storici, credo anche Klee, ritengono che ci fossero sicuramente anche altri motivi per l'interruzione del programma:

Anzitutto si voleva utilizzare questa tecnologia in altri luoghi, ad es. nei campi di concentramento e si era forse anche dell'avviso che il programma si fosse concluso nel 1941. Dunque il motivo dell'interruzione non era sicuramente dovuto all'opposizione dei parenti.

Per quanto riguarda la domanda sulle altre opposizioni. Naturalmente all'interno della Wehrmacht si erano sviluppati gruppi di opposizione. C'è stato il gruppo del 20 luglio, ma non esisteva per quanto ne so una opposizione psichiatrica e come ha detto Klee non c'è stato quasi nessun medico che abbia fatto resistenza attiva e aperta. C'è l'episodio del Prof. Ewald che a quel tempo era a Jena il quale, nella seduta in cui veniva presentato a tutti i direttori il decreto sull'eutanasia, si era alzato dicendo che si trattava di omicidio, che non avrebbe partecipato, ma non posso confermare esattamente questo fatto.

Giannelli (Milano)

Volevo chiedere al dr. Klee che parte ha avuto la magistratura o parte di essa in Germania in quegli anni nel permettere che gli psichiatri si comportassero in quel modo?

Klee

Gli organi giudiziari rivestivano un ruolo importante nel periodo 1933-39 per quanto riguarda la sterilizzazione coattiva dei malati psichici. Si introdusse una nuova specie di organo giudiziario: la corte per la salute ereditaria che serviva per attuare questa procedura. Per il programma di eutanasia però le corti non rivestivano alcuna funzione. Non esisteva un regolamento giuridico del procedimento.

Maria Salai (Milano)

Mi domando, avremo un momento alla fine per riflettere su come trasmettere i valori, che vengono fuori qui in questa sala, e non chiudere il convegno su un niente ma sul come andare avanti?

Lorenzo Toresini

Volevo riallacciarmi proprio all'intervento da Lei fatto, che mi sembra molto pertinente e molto importante.

È una domanda e anche un invito che pongo ai colleghi tedeschi, cioè in che misura questa riflessione storica, questo attraversamento del museo degli orrori non sia solo funzionale a suscitare le nostre legittime e forti emozioni, ma debba trovare un riverbero nella nostra azione quotidiana, concreta in termini di valori e in termini di pratica scientifica e operativa.

Quando Lei ha parlato all'inizio mi ha colpito la Sua osservazione per cui, quando lo psichiatra fa storia, non la fa da storico, la fa per poter fare la riforma psichiatrica; la fa per poter agire, in termini riformatori, all'interno della sua pratica, è questo che io vorrei capire meglio da Lei. In che misura questo fare storia, e mi interessa proprio per il mestiere che faccio, può incidere, può darmi degli incitamenti, può darmi dei suggerimenti rispetto a quella che è l'azione concreta all'interno dell'agire clinico.

La seconda cosa è un invito. Secondo me siamo spesso, e lo dico molto spesso anche ai miei colleghi, troppo spesso legati a un'idea istituzionale della "resistenza"; la resistenza non è nobile solo quando è strutturata, quando è organizzata in forme politiche e in dimensioni collettive; la resistenza è nobile ed è significativa ed importante anche quando è individuale e la testimonianza testé portata lo conferma.

Rivalorizzare attraverso una caparbia e insistente caccia, a livello di archivi, tutti i singoli episodi di resistenza, così come il caso Lippi Francesconi, ci dà una diversa prospettiva, anche una diversa valutazione.

La resistenza era possibile, è stata in alcuni casi possibile, è stata in alcuni casi pensabile. Questo fatto, questo stesso fatto. Credo che su quest'episodio, su questa storia, andrebbe scritto un libro, andrebbe lasciata una memoria corposa, storica, perché questo dà alla dimensione della tragedia collettiva e alla dimensione delle responsabilità una curvatura particolare.

Balestrieri (Verona)

Avevo letto che a Dachau, all'inizio dei crimini dei nazisti, il procuratore locale ha fatto disseppellire alcune persone morte, ritrovando sui cadaveri le tracce delle sevizie dei nazisti e quindi aveva aperto delle procedure di condanna. Poi naturalmente il nazismo è aumentato in potere e gli organismi della giustizia superiore hanno preso in mano le cose assolvendo i nazisti.

Per quanto riguarda la violenza usata al prof. Lippi Francesconi e ora riferita dai figli, mi sembra che questo episodio di violenza e di sangue si inserisca all'interno un po' di tutto il momento politico collettivo che è la resistenza, direttamente o indirettamente, e che qui poi ha trovato tutto un popolo che si è opposto. Questo è quello che invece in Germania non c'è stato.

Io credo che sarebbe interessante, anche, cercare di capire meglio perché qui c'è stata questa resistenza e invece in Germania questo non ci sia stato.

Von Cranach

Condivido la sua opinione. Come ho cercato di dire nella mia relazione, per noi è chiaro che possiamo lavorare in questo settore solo se sappiamo qualcosa del passato, senza il passato io credo che le cose non si possono sviluppare. Ma penso che sia anche molto importante guardare al futuro e che non possiamo costruire il futuro senza conoscere il passato. Penso che possano verificarsi delle situazioni nelle quali questi fatti si possono ancora ripetere, perciò noi dobbiamo ricordare e comprendere come ciò sia potuto accadere.

Fontanari

Volevo solamente sottolineare, a seguito dell'ultimo intervento, e a quello che aveva prima chiesto il professor Balestrieri e cioè se ci sono state altre resistenze in Germania, che a parte le opposizioni politiche generali, non risultano specifiche resistenze contro questo annientamento, contro lo sterminio. È singolare che mentre vi è un movimento di opinione di cittadini e di sacerdoti tedeschi contro lo sterminio dei malati di mente, tanto da far interrompere nel 1941 questo procedimento e trasformarlo in un'altra "eutanasia dolce", applicata poi anche in Francia, non vi è invece nessun altro movimento contro lo sterminio degli ebrei che continua. Tutto ciò richiede di indagare ancora per capire le motivazioni di questo diverso atteggiamento.

Ramacciotti (Venezia)

Mi sembra utile, anche come conduttore, cercare di dare un minimo di filo logico agli interventi e io proverei a farlo cercando nella mia testa due – tre parole chiave. Una è "morte", da stamattina stiamo parlando della morte, di morti, però non si dice mai la parola "morte". Mentre ascoltavo Lupo, che parlava di libertà e in fin dei conti parlava di vita, mi viene anche in testa che nel particolare dell'idea non solo nazista ma anche fascista, la morte non ha solo il valore della morte data all'altro in quanto diverso ma anche come ricercata.

Allora, una parola chiave può essere "morte" ed è una cosa tra l'altro per noi molto difficile perchè viviamo in un contesto storico in cui la morte è sparita, la morte la facciamo avvenire fuori, lontano dalle nostre case, un'utopia nuovamente razionalista e tecnicista ci fa pensare che potremmo non morire e invece poi dobbiamo fare i conti tutti con la morte.

Ma un'altra parola chiave non espressa, perchè si può parlare di morti e non di morte, è la "paranoia", questa difficoltà al paradosso di un clima culturale, di uno scienziato, che diagnostica e non diagnostica la nostra paranoia, cioè la propria appartenenza ad un pensiero deviante anche se generalizzato.

Io credo che di parole chiave, probabilmente, ne troveremo ancora tante, mi basta solo ricordare che anche questo convegno si inserisce nel ventennale della legge 180 e serve sempre a parlare piuttosto di vita che di morte, ecco perchè qualche volta si dimentica.

Lorenzo Toresini

Mi sembra opportuno prima di chiudere la giornata sottolineare alcuni punti che risultano dalle relazioni e dagli interventi.

In Germania in generale gli psichiatri non erano contrari alla deportazione, partendo proprio dai presupposti che avevano portato nella psichiatria tedesca a considerare l'insensatezza del pensiero e del linguaggio psicopatologico, la sua inutilità e l'inutilità anche di chi era portatore di questo pensiero psicopatologico come giustificazione dell'annientamento di queste persone.

Abbiamo sentito, dagli interventi dei colleghi tedeschi, che in fondo, seppure in ritardo perché teniamo conto che dal 1945 al 1978 nulla si fece in Germania per mettere in luce questi problemi, però dal 1978 in poi si sono fatti molti passi avanti storicamente per evidenziare l'olocausto negli ospedali psichiatrici e quindi il problema del rapporto tra psichiatria e nazionalsocialismo.

In Italia, invece come ha detto Galzigna, i problemi sono ancora agli inizi, ci sono degli studi, ci sono dei convegni che sono stati fatti in questo senso, ma ancora non c'è uno studio organico su questa problematica.

Una delle persone che si sono dedicate in questi anni a tale problema è Bruno Norcio che ci ha parlato della deportazione psichiatrica del 1944 nell'ospedale psichiatrico di Trieste e che, indirettamente, ha dato alcune risposte alla domanda di Galzigna, rilevando come sul piano di questa ricerca siamo ancora abbastanza indietro, ma anche osservando come la ricerca del passato non è solamente un ricordo storico, ma ha importanza e si riflette anche sui giorni d'oggi.

Molto spesso, in questo periodo, noi siamo portati a guardare fuori di casa nostra la pulizia etnica che sta avvenendo, e rischiamo di rimanere ciechi rispetto a quello che sta avvenendo nella nostra società. Sta diventando una società sempre più multietnica, in cui ci scopriamo, noi italiani che ci consideravamo fino a qualche anno fa non razzisti, con un germe razzista che sta rigogliosamente fiorendo. Ecco l'importanza anche di queste ricostruzioni storiche e il non vederle solo come momenti staccati perché, come faceva rilevare Norcio, la storia della psichiatria è la storia di questo rapporto col razzismo, è questa accettazione della psichiatria di essere organica alla separazione e all'eliminazione del diverso e quindi questo è il fondamentale problema che ci ha portato anche oggi qui.

D'altra parte Verena Perwanger, riferendo su quanto accaduto in Alto Adige, ci ha dato una chiave di lettura delle diversità fra la situazione tedesca e la situazione italiana, nel senso che in Italia si è trattato di un movimento di deportazione più che dell'aver consumato in loco l'eliminazione dei pazienti. Questo ci dà anche il senso di una ambiguità del comportamento degli psichiatri italiani che vanno da alcuni atti di eroismo, rari purtroppo come abbiamo sentito stamattina, ma per la maggior parte si è trattato di psichiatri che se ne sono un po' lavati le mani e hanno accettato questa situazione. È forse per questo, che è difficile trovare documentazione negli ospedali psichiatrici italiani.

Questo ci riporta in conclusione all'importanza di considerare tali eventi non tanto e non soltanto per gli aspetti storici che esso affronta, ma soprattutto relativamente al discorso del paradigma, come è stato ben evidenziato dalla gran

parte dei relatori della mattinata. È un paradigma psichiatrico che in qualche modo, come ebbe ben a dire Bornia e mi dispiace molto che non sia potuto intervenire, anche lui per il maltempo perché veniva da Novara, bene ebbe a spiegarci, anche a Trieste, come proprio nel DNA della psichiatria, il darwinismo sociale ha funto in qualche modo da presupposto per quella che fu una caricatura, una esagerazione, un'eccezione della storia, un errore della storia e che si concretizzò con il nazismo. Tale errore, puntualmente, rispunta in ambiti diversi sotto forma di pulizia etnica, sotto forma di intolleranza nei confronti del diverso e gli argomenti sono all'ordine del giorno nei Balcani, nella Bosnia di ieri, nel Kossovo di oggi e in tante altre situazioni.

Si propone al lettore di seguito anche il seguente testo, che appare quanto mai pertinente con il tema, anche se l'autore non era presente al convegno.

Modelli di pensiero della psichiatria nazionalsocialista. Confronti con alcune moderne discussioni di “bioetica”

Martin Schmidt (Francoforte sul Meno)

Introduzione

Nella letteratura degli ultimi 25 anni il confronto con la psichiatria nazionalsocialista in Germania ha fatto senz'altro luce sulle oscure motivazioni dei medici nazionalsocialisti che somministravano la morte. In fin dei conti i terribili avvenimenti di quel periodo non sono comprensibili, soprattutto la questione di come sia potuto accadere che i medici nazionalsocialisti avessero potuto uccidere in modo crudele pazienti indifesi, a loro affidati.

D'altra parte a livello storico e psicologico sono comunque accessibili le condizioni della loro disinibizione ad uccidere. La conoscenza delle premesse di fatti storici, psicologici e etici d'altronde pone in luce molti aspetti che sono comparsi nella “bioetica” moderna e “conseguenzialistica” di Peter Singer e Helga Kuhse, a metà degli anni 70, nella discussione sulle soppressioni giustificate o addirittura sull'obbligo di uccidere persone portatrici di handicap. Ciò diviene chiaro anche dalla discussione che è stata fatta nei paesi germanofoni intorno “all'uccisione su richiesta” e nella discussione sul “physician - assisted suicide”, nel dibattito sulla tecnologia genetica e nelle aspettative rispetto alla medicina predittiva, in grado di prevedere handicap fisici o psichici e infine nella discussione sul diritto di ricerca medica con persone non accondiscendenti. Nel contesto di queste discussioni compaiono argomenti e motivazioni già conosciuti nell'ambito delle argomentazioni dei medici nazionalsocialisti. Così ad es. il desiderio dei pazienti legittimerebbe il diritto all'uccisione da parte dei medici e in casi dubbi l'obbligo di uccisione sarebbe ottenibile per via giudiziaria. Un altro presupposto è rappresentato dalla curiosità scientifica irrefrenabile che si può ad es. riconoscere nel rapido sviluppo della genetica umana moderna o nell'etica professionale medica corrotta da tutta una serie di interessi economici, politici e sociali. Qui di seguito vorrei evidenziare paralleli o analogie tra forme di pensiero e azione di “allora” e alcuni recenti sviluppi medico - etici.

1. Motivazione ad uccidere

1.1. Uccidere per compassione

Chi vi parla proviene da una clinica psichiatrica, Kaufbeuren a circa 70 km a sud di Augsburg. Tra il 1939 e il 1945 in questa clinica furono uccise in maniera crudele circa 2500 persone. Costoro vennero deportati in istituti di morte e lì assassinati col gas oppure vennero lasciati morire crudelmente di fame; ad altri ancora vennero iniettate dosi mortali di barbiturici o morfina. Le vittime erano sia adulti che bambini. Dalle relazioni annuali del direttore di clinica, Valentin Faltlhauser, nonché dai verbali di interrogatorio delle corti penali del 1947 e 1948 sappiamo molto sulle motivazioni delle infermiere, degli infermieri e dei medici che uccidevano: la convinzione continuamente ripetuta della sussistenza di un'uccisione giusta per compassione, quindi la concezione che esiste qualcosa di simile alla morte inferta per pietà, ha rivestito un ruolo importante. Così l'infermiera Pauline Kneissler, che ha eseguito la cosiddetta "eutanasia dei bambini" su 250 bambini, ha verbalizzato più volte che la "morte inferta per pietà" è quella forma di morte che si concede anche a qualunque animale. Valentin Faltlhauser, come motivazione, ha nominato in primo luogo la compassione per giustificare la sua partecipazione. Nel suo processo penale egli affermava: "In ogni caso ho agito non con l'intenzione di compiere un delitto, ma al contrario permeato dalla consapevolezza di agire in modo misericordioso verso questi esseri infelici, con l'intenzione di liberarli dalla loro sofferenza per la quale oggi non esiste salvezza con i mezzi a noi conosciuti e non esiste sollievo, quindi con la consapevolezza di agire come medico autentico e cosciente."

La misericordia di cui parla qui Faltlhauser non era un sentimento vero, in quanto per compassione e misericordia non si può uccidere. La freddezza, l'uccisione dei pazienti a lui affidati eseguita senza empatia dimostra che nessun sentimento umanitario guidava Faltlhauser quando somministrava la morte.

In questo contesto il concetto di misericordia si associa alla sensazione molto superficiale e stranamente astratta di apparente solidarietà con la sofferenza delle vittime. Ma in realtà il rapporto con le vittime è comunque freddo, rude e senza rispetto per la loro persona. Da una parte la invocata dimensione emozionale fungeva da copertura alla giustificazione dell'uccisione di pazienti abbandonati senza difesa. D'altra parte bloccò la capacità di giudizio del pensiero che forse poteva percepire che un po' alla volta i sentimenti rompevano l'inibizione all'uccisione e in seguito portavano a ignorare il divieto di uccisione fissato dal diritto professionale. Sotto la copertura "dell'uccisione per pietà", infine, fra il 1940 e il 1945 furono uccise circa _ di milione di portatrici di malattie psichiche, negli istituti di morte del Reich Grafeneck, Hadamar e Hartheim presso Linz, o all'interno degli istituti di cura.

La discussione condotta prevalentemente dall'inizio di questo secolo in Europa "sulla morte per pietà" di persone malate, moribonde o portatrici di handicap, come sapete non è stata un'invenzione esclusivamente tedesca. In molti

luoghi sono stati compiuti degli sforzi per introdurre, nella discussione sociale e nel pensiero politico, ideologie sociali eugenetiche. In parte, dietro questo sviluppo si celavano ideali di evoluzione eugenetica, i cosiddetti motivi di igiene della razza, come ad es. in A. Hoetz o J. B. Haldane, o concezioni meramente utilitaristiche come in F. Galtone.

L'eutanasia come uccisione per pietà era anche un argomento gradito a quegli psichiatri che non facevano parte del gruppo dei cosiddetti teorici razziali o eugenetici razziali, ma che in ogni caso mostravano simpatie per coloro che introducevano nella discussione politica e scientifica il concetto di "vita indegna". Vorrei qui citare il famoso psichiatra di Monaco Emil Kraepelin. A quanto pare la stessa paura che stava dietro all'ipotesi della degenerazione del Morel, nel 1919 lo indusse a scrivere che ci sarebbe "l'amara necessità di imporsi da parte delle parti buone del popolo contro gli infermi, in modo tale che i sani non vengano distrutti da essi". La paura che si percepisce dietro a questo pensiero, nel corso della storia "dell'eutanasia" fino agli anni 70 – e cioè fino al libro di Peter Singer "Etica pratica" - comparve sempre camuffata dal concetto dell'uccisione per pietà e della compassione. Ciò fu visto in questo modo anche dal deputato del Reichstag Gerhard Hofmann. Nel 1922 Hofmann redasse un piccolo scritto sulla "Liberazione dell'umanità dalla miseria". Questa concezione già allora gli apparve politicamente realizzabile e quindi egli nel 1923 presentò al Reichstag di Berlino "Le quattro richieste della misericordia". Queste quattro richieste erano:

- Eliminazione dei malati mentali
- Aiuto a morire per malati terminali
- Aiuto a morire per aspiranti suicidi
- Uccisione di storpi

Qui si può riconoscere che con l'aiuto dei concetti di compassione, misericordia e morte per pietà si sono prodotti soprattutto dei sentimenti dietro i quali si celava la motivazione vera e propria. Chi parlava di morte per pietà ammetteva sostanzialmente che esistono due tipi di persone, gli uni che hanno il diritto di giudicare "sull'indegnità" della vita di altri e gli altri la cui vita può sempre essere sacrificata. Come sapete, nel loro famoso libro "La libertà di distruggere forme di vita indegne, in quale misura e in quale sua forma" il giurista Karl Binding e il medico Alfred Hoche hanno dichiarato che le uccisioni di malati psichici erano un programma obbligatorio del nazionalsocialismo.

Da queste considerazioni si può evincere che gli argomenti emozionali e gli interessi di potere erano vicini e che calcoli del potere facilmente si celavano dietro ai sentimenti. Si potrebbe dire che attraverso l'ipotesi dell'uccisione per pietà sia stata corrotta la capacità di giudizio e che attraverso emozioni su cui non si è riflettuto, invece, sia stata corrotta l'etica professionale. I medici nazionalsocialisti rinunciarono al concetto del diritto alla vita del singolo a favore dell'interesse del popolo e della stirpe; il diritto fondamentale all'incolumità fisica venne subordinato allo scopo che tendeva a "liberare dal peso dei malati incurabili" gli interessi vitali dei sani.

1.2. La corruzione della coscienza

Nell'introduzione ho citato anche il concetto dell'etica professionale medica corruttibile. Accanto alla corruzione dei sentimenti attraverso il potere, nel "Terzo Reich" c'era anche una forma di corruzione del sapere della giusta azione attraverso la violenza degli ideali nazionalsocialisti. In sostanza si potrebbe dire che il potere che si estendeva sulla vita individuale abbia preso possesso del sentimento di quei medici che erano pronti ad uccidere e la violenza pratica si sia impadronita della loro volontà.

La corruzione dell'etica professionale medica accadde in due modi. Al contrario dell'etica professionale medica tradizionale ippocratica che sempre si sentiva obbligata solo verso il singolo, verso la persona determinata, l'etica nazionalsocialista si sentiva obbligata verso il "popolo in toto" e il mondo intero. Visto così non ci si meraviglia che l'etica del "Terzo Reich" abbia dichiarato che l'uccisione di malati psichici fosse un obbligo; con l'argomento che se non ci si dichiarava disposti ad uccidere, si assumeva una colpa sia nei confronti di tutto il popolo che anche nei confronti della sofferenza della singola persona malata. Ciò vale in modo particolare per il medico nazionalsocialista. Il totalitarismo obbligherebbe quindi tutti a tutto, seguendo il principio che la totalità ha più valore delle sue parti. Chi pensava in questo modo al popolo in toto, subordinava la sua competenza etica professionale a una totalità virtuale che in realtà non era accessibile a nessuno. E quei medici che infine si sentivano obbligati al bonum totius universi, come tutti gli altri divennero corruttibili a favore degli interessi di potere dello Stato. Per migliaia di pazienti questa etica professionale medica infine era divenuta imprevedibile e significò la loro morte. Chi al contrario dichiarava che come medico era sempre obbligato solo alla singola persona, si dichiarava avversario dello Stato.

In questo modo uccidere diventò un obbligo di coscienza. Osservando il tutto più da vicino, in realtà non si trattava tanto della vera coscienza dei medici che uccidevano, quanto della coscienza del Führer reclamata per sé. Il professor Karl Brandt, commissario del Reich per la sanità, nel 1947 di fronte al tribunale militare internazionale di Norimberga dichiarò che da un dato momento "la propria coscienza era stata abolita e presa in ostaggio". Questa delega della coscienza propria alla coscienza del Führer poi Brandt la reclamò per sé. Brandt si vedeva obbligato nei confronti della coscienza dirigente del Führer. Di fronte alla corte sostenne la concezione che, avendo una responsabilità paternalistica per tutto il popolo, in un certo senso si sarebbe dissolto nella Ragione di Stato – "e con ciò si sarebbe vanificata anche la sua morale".

Inoltre, a lato, vorrei anche considerare che questo processo di delegazione della coscienza alla coscienza fittizia del Führer rappresenta una possibilità per comprendere l'eclatante coscienza ingiusta dei medici nazionalsocialisti che dopo la guerra solo in rari casi sono stati in grado di ammettere le ingiustizie da loro commesse.

A questa etica medica totalitaria, in un certo senso, si contrapponeva sullo stesso piano l'ideale nazista dell'uomo d'azione. Faceva parte di questo ideale di

uomo d'azione la concezione che l'agire attraverso l'azione fosse in ogni caso preferibile all'omissione. La misura in cui questo pensiero coincide con la concezione del già citato filosofo morale Peter Singer e con la sua affermazione dell'indifferenza etica fra l'agire attraverso l'azione e l'agire attraverso l'omissione, verrà spiegata in seguito. Prima vorrei brevemente citare, come esempio del degrado della coscienza attraverso l'ideale dell'uomo di azione, il modo in cui Valentin Falthhauser caratterizzava il buon medico nazionalsocialista. Falthhauser si esprime nel 1934 sul ruolo del medico in connessione con l'attuazione della legge sulla sterilizzazione e scrisse: "Il medico non deve ritardare l'attuazione della legge sulla ereditarietà, ma deve essere all'avanguardia; in questo modo egli può anche dimostrare che lo psichiatra non è medico di 2° classe, ma prezioso conservatore del patrimonio ereditario. Egli si impegna preventivamente per la nuova Germania".

Vedete dunque come la coscienza medica sia stata delegata alla coscienza del "Führer" e come il pensiero dei medici sia stato corrotto dall'ideale illusorio dell'uomo d'azione.

2. Chi non uccide si rende responsabile?

Lasciatemi però ora trattare la questione già citata se sia indifferente agire attraverso l'azione o agire attraverso l'omissione come afferma la moderna etica consequenzialista. Io personalmente credo che nella trattazione di questo problema si attuerà giocoforza una divisione fra i medici che si occupano di etica. Parto dall'importanza centrale di questo problema e ritengo che si litigherà ancora molto attorno a questa questione, anche se a livello di contenuti questa discussione potrebbe senz'altro essere chiusa. Per come vedo io le cose, esiste un pensiero convincente che dà la risposta.

Concretamente la questione è la seguente: significa la stessa cosa uccidere una persona per compassione o lasciarla morire? Il già citato Peter Singer, ma anche altri utilitaristi, risolvono la differenza fra uccidere e lasciar morire consapevolmente. È nel loro interesse affermare un'indifferenza etica fra questi due modi di agire. Lo scopo di questa affermazione è quello di dichiarare superati i tradizionali standard di etica medica al fine di giustificare la "eutanasia" attiva.

Secondo il punto di partenza di questa disputa nell'etica tradizionale è senz'altro concesso morire senza che vengano applicati tutti gli strumenti possibili e immaginabili. I critici di questa tradizione del morire dignitosamente di solito non vedono che questa tradizione non si rassegna semplicemente alla morte definitiva, ma da sempre distingue i mezzi ordinari dai mezzi meno ordinari. Dunque quando qualcuno si trova effettivamente nella fase finale, determinati mezzi non sono più opportuni. Il moribondo non viene più trattato in modo invasivo.

Come detto, la rinuncia all'utilizzo di mezzi meno ordinari o anche lo spegnimento dei respiratori è tradizionalmente ammissibile dal punto di vista etico. Se, ora, si ammette l'indifferenza tra uccidere e lasciar morire, allora non esiste solo un diritto o un dovere di lasciar morire qualcuno, ma in certe situazioni

ci sarà anche “un dovere di somministrare la morte attiva se si verificano i criteri validi per il lasciar morire.” Il consequenzialista parte quindi dal presupposto che la rinuncia a prendere delle misure che riguardano la morte fino a quel momento sia senz’altro giusta, ma ritiene che tale rinuncia debba essere ancora valutata fino in fondo. Alla fine l’uccisione di pazienti si dimostrerebbe infatti senz’altro come un dovere cogente e si dovrebbe ammettere che in realtà lasciar morire (come omissione) significhi la medesima cosa che uccidere un paziente attivamente (come azione). In realtà da un primo approccio sembra plausibile ammettere questa indifferenza etica e trarne la conclusione che l’uccisione attiva significhi la stessa cosa che lasciare morire qualcuno in pace.

Come motivazione della sua tesi Singer pone l’esempio di un medico che non uccide un bambino inguaribilmente ammalato. L’esistenza di questo bambino sarebbe in sostanza determinata dalla sua sofferenza. Se ora questo medico rinunciassero ad uccidere il bambino, sarebbe lui stesso responsabile della sua sofferenza. Detto in termini generali, ciò significherebbe che laddove non si può eliminare la sofferenza si debba eliminare il sofferente. Dietro a questo terribile dovere medico di uccisione si cela il conflitto fra la pretesa scienziata di diritto di azione universale e l’ammissione dell’ineluttabilità di uno stato di sofferenza. Sulla base di questo conflitto la richiesta minima, cioè il diritto di azione universale quale obiettivo minimo della scienza medica onnisciente e onnipotente, si dimostra in realtà un’illusione. E la constatazione del carattere illusorio dello scientismo, per lo scienziato rappresenta sempre un’umiliazione. E partendo da questa umiliazione gli scienziati sono ed erano pericolosi.

3. L’umiliazione dell’idealismo terapeutico

Klaus Dörner ha coniato il concetto di idealismo terapeutico. Il suo obiettivo terapeutico è in ogni caso la guarigione della malattia e la totale liberazione dalla sofferenza. In questo concetto non compaiono idee palliative. Per l’idealismo terapeutico accettare una sofferenza ineluttabile rappresenta sempre un’umiliazione. Se questa umiliazione non viene scoperta si può produrre un comportamento latentemente aggressivo. Se la sofferenza si oppone pervicacemente alla pretesa determinata dal massimo successo, sia pure con le migliori intenzioni chi soffre diviene inconsciamente un avversario del terapeuta. Si potrebbe dire che l’idealismo terapeutico incrementa la sensazione di eroismo e fa sparire il limite fra compassione e aggressività. In un primo momento il problema sembra essere solo quello di mitigare la sofferenza del paziente. Laddove tuttavia tale obiettivo non apparisse realizzabile, secondo la concezione dell’idealismo terapeutico, il medico potrebbe arrivare al punto di realizzare questo obiettivo uccidendo il paziente. Per i rappresentanti della cosiddetta società liberata dal dolore, oggi come allora i pazienti “vanno bene” finché sono guaribili. Dörner indica giustamente che in questa concezione le persone vengono viste come oggetti e che il concetto di inguaribilità contiene l’ulteriore significato di inutilità, in quanto gli oggetti inguaribili divengono non interessanti rispetto alla pretesa di guarigione totalitaria. Credo che anche in medici non nazisti in via di principio possa sussistere il pericolo che “essi puniscano i pazienti per dei

problemi che sono i loro, rimuovendo tendenze disintegrative proprie”. Le intenzioni di aiuto vanno sempre analizzate alla luce della loro vera motivazione. Nei casi dubbi è difficile distinguere una vera empatia da una compassione apparente. Si legga a questo proposito l’interessante saggio di Sigmund Freud “Noi e la morte”.

Un esempio attuale ce lo offre il caso di un’infermiera che di fronte al tribunale di Wuppertal era imputata di 5 omicidi colposi. Nell’estate 1989, il consulente tecnico psicologico H. Maisch ha constatato che questa infermiera soffriva di una “perdita del limite simbiotico verso i pazienti”. Proprio a causa di questa perdita essa era incapace di distinguere la sofferenza dei suoi pazienti dalla sofferenza propria, sottolineando diverse volte che non era più in grado di vedere la sofferenza. Non riteneva che le sue azioni fossero particolarmente terribili, ma le intendeva come una grazia e una liberazione per i diretti interessati. La stessa infermiera che affermò queste cose di fronte al Tribunale fece le seguenti annotazioni sul libro delle consegne riguardo a una paziente di 82 anni: *“Circolazione da media a pessima, diuresi da negativa a molto negativa, Condizioni generali non proprio le migliori, minzione non più liquida, guardare spesso nel reparto moribondi, vedere se la paziente giace tranquillamente,... era irrequieta, la paziente vi venne trasferita su sua richiesta. Per il resto servizio tranquillo, buon fine settimana, poco male”*.

Queste parole fanno percepire tutta l’antipatia dell’infermiera verso tutti coloro che attraverso la loro malattia cronica le fanno presagire il suo futuro. In questo caso l’identificazione (alienata) con la sofferenza dei pazienti ad essa affidati trovava una pericolosa zona d’ombra che si celava dietro al concetto di compassione.

Oltre alla rimozione attraverso la compassione apparente sappiamo che, nella disinibizione ad uccidere da parte dei medici nazionalsocialisti, rivestì un suo ruolo anche la scissione di parti della realtà. Queste le dichiarazioni di una donna - medico nel corso del suo interrogatorio durante il processo di Norimberga contro i medici: “Anche nella routine più profonda non si perdeva mai la sensazione di vivere in un ambiente completamente insolito, talmente diverso dalla normalità, che pressoché tutto ciò che accadeva qui non contava. Anche mentre le si faceva, non si poteva credere che si facessero queste cose. Se una persona fa cose assolutamente incredibili ed è lei stessa incapace di crederci, va a finire che perde la consapevolezza di quanto ha fatto”. Attraverso questa scissione della realtà oggettiva è possibile reinterpretare per l’anima umana ogni realtà data come un’altra realtà individuale, per cui alla fine in questi casi non ci si sente come dei carnefici nell’intento di uccidere altre persone.

Ma non solo quando si tratta di fatti così definitivi, come ad es. l’uccisione di pazienti, è noto che l’azione medica può essere motivata da un’aggressività inconscia o latente contro i pazienti. Come altro esempio prendiamo l’antica disputa sul grado di valenza di salus e sanitas. Non sempre qualcosa è bene per il paziente solo perché è bene per la sua salute. Il benessere dell’uomo non è solo in

funzione della salute. Il medico ha spesso difficoltà a capire questo fatto. Soprattutto se si tratta di un paziente che dubita che sia sempre nel suo interesse fare tutto per la propria salute. Se ad es. un malato di tumore rifiuta un trattamento chemioterapico o radiologico ciò rappresenta un suo diritto inalienabile, ma a livello psicologico lo riterremo un paziente irragionevole, in quanto pone la *salus* al di sopra della *sanitas*. Penso anche che in psichiatria queste cose vengano discusse troppo poco. Potremmo spesso evitare trattamenti coercitivi se accompagnassimo i nostri pazienti nel loro processo di trasformazione psichica e se fossimo più interessati al loro benessere piuttosto che a un concetto di salute troppo positivisticò. Saremmo psichiatri meno coercitivi se prendessimo più sul serio assieme ai parenti e al paziente stesso tale processo di bilanciamento fra *salus* e *sanitas*. Dato che in realtà partiamo dalla tesi che la malattia sia sempre da eliminare nel modo più veloce e completo possibile, corriamo sempre il rischio di ricorrere troppo spesso e troppo velocemente a farmaci somministrati coattivamente; e ciò accade sia in casi dubbi, che contro la volontà dei pazienti.

Soprattutto lo sviluppo scientifico positivisticò, a partire dall'illuminismo mitteleuropeo, ha coltivato in sé il pensiero della fattibilità illimitata e del progressivo dominio della natura senza aver mai riflettuto sulle profonde obiezioni che sono state sviluppate contro di esso con argomenti filosofici. È essenziale per la comprensione dell'utilitarismo preferenziale solo il seguente pensiero: ciò che in via di principio è fattibile si deve anche fare. O si agisce oppure si omette di agire e ciò a seconda della pura utilità dell'azione e dell'omissione; ed è utile ciò che aumenta l'ammontare totale del piacere, del benessere e della felicità all'interno dell'umanità. Da questo punto di vista, naturalmente, ognuno è sostituibile e talvolta può addirittura essere meglio sostituire qualcuno e rinunciarvi. Nel caso di un neonato portatore di handicap, Singer dice che di fatto è meglio che venga ucciso, "nella misura in cui la morte del neonato danneggiato porti alla nascita di un altro bambino con maggiori possibilità di una vita felice", perché allora la somma totale della felicità aumenterebbe.

Chi, ora, deve sapere tutto e anche potere tutto, quindi anche uccidere, deve anche essere responsabile di tutto. Dunque, l'uomo deve predisporre il mondo nel modo migliore possibile, naturalmente secondo le sue idee. Farlo intervenendo attivamente o lasciando fare non ha rilevanza da questo punto di vista; da ciò deriva la morale dell'azione e dell'azione attraverso omissione. Il fattore decisivo è l'essere responsabili di ciò che si fa e di ciò che si omette. Questo significa che il medico agente o omettente deve essere sicuro che attraverso di lui il benessere e la felicità sulla terra aumentino.

Vi si contrappone la concezione che la responsabilità parta sempre dall'uomo singolo, concreto, limitato e si rivolga sempre a situazioni singole, concrete, limitate e attinenti al campo d'azione dell'uomo. Partendo da un esempio, ciò significa che io "sono responsabile in modo molto diverso dello sviluppo normale del mio bambino di quanto non lo sia dell'impedimento della morte per fame di migliaia di bambini africani. Il fatto che le due responsabilità potrebbero venire in conflitto non ne muta la diversità di natura". Il fatto che non mi impegni nello stesso modo come per il mio bambino affinché venga evitata la morte per fame di altri

bambini in un certo senso è un'omissione. La questione è questa: sono responsabile delle conseguenze di questa omissione? La risposta ce la porge l'interpretazione del seguente esempio di una madre ebrea nel Terzo Reich spesso citato in letteratura.

Citiamo l'esempio: durante il Terzo Reich una madre ebrea venne messa sotto pressione da appartenenti alle SS affinché svelasse il nascondiglio del figlio maggiore, altrimenti le sarebbe stato tolto il figlio minore. Avrebbe dovuto decidere entro un giorno. In un primo momento la madre non sapeva come comportarsi. Perciò cercò consiglio presso un rabbino famoso. Quest'ultimo rispose che non si trattava di decidere a favore o contro per uno dei due figli, ma che la questione era se decidersi.

E ora l'interpretazione: a prima vista la situazione della madre appare completamente disperata. Se decide a favore di uno dei due figli sembra che si decida contro la vita e la libertà dell'altro figlio. La risposta del rabbino rivela però che non si tratta di tradimento se non svela il nascondiglio del figlio maggiore, neppure se le venisse tolto il figlio minore. Queste conseguenze si pongono al di fuori dell'ambito della sua responsabilità. Nel caso in cui non si decidesse affatto, cioè tacesse, i responsabili delle conseguenze della sua omissione sarebbero coloro che la ricattano. Non è dunque lei la responsabile delle possibili conseguenze terribili della sua omissione, ma coloro che hanno la scelta di esercitare o non esercitare violenza su qualcuno. Tacendo questa madre non diventa colpevole, in quanto non è responsabile della sua omissione, ma lo sono invece coloro che producono queste conseguenze. Qui viene dimostrata molto chiaramente la differenza etica fra l'azione attraverso l'agire e l'azione attraverso l'omettere.

Naturalmente con ciò ogni situazione limite della medicina moderna non è stata già decisa, ma in via di principio viene contestata l'indifferenza etica; almeno si contrappone un esempio lampante alle fantasie di onnipotenza e alla diligenza esagerata di certi medici che credono di dover fare tutto il fattibile in ogni situazione, pensando che altrimenti avrebbero la colpa perfino della morte ineluttabile dei loro pazienti. Inoltre riveste un suo ruolo l'antico pensiero del destino dell'uomo. Se per destino intendo ciò che incontro all'esterno senza esserne l'autore e senza essere in grado di modificare le condizioni intervenute per destino, non sono neppure colpevole di un'omissione. Anche il fatto che non posso curare contemporaneamente due o più persone non rientra nella mia responsabilità, ma nella natura di questa situazione determinata dal destino. Non voglio contestare il fatto che gli elementi costitutivi di questa situazione possano essere pesanti tuttavia in questo contesto non si pone la questione della colpa, ma quella della misura in cui sono in grado di sopportare la vista di una sofferenza ineluttabile.

Abbiamo, dunque, costruito un arco dalla prima metà di questo secolo alla seconda. Mentre l'igiene razziale, "la morte per pietà", la discussione sul valore della vita, la sterilizzazione forzata e l'aborto, gli esperimenti sull'uomo e la pretesa universalistica della medicina si sono imposti soprattutto durante il periodo del "Terzo Reich", la discussione bioetica degli ultimi 25 anni ripropone gli stessi problemi anche se collegati con lo scientismo anglosassone, l'utilitarismo

preferenziale moderno e, come dimostrerò sulla base dello sviluppo della genetica molecolare, con il riduzionismo biologico.

4. La discussione moderna sulla “bioetica”

4.1. “Eutanasia” in Olanda

Purtroppo siamo nuovamente costretti a parlare di “eutanasia”, ritornando a discutere della mancanza di comprensione per il “valore della vita”. Purtroppo gli aspetti essenziali della medicina predittiva sono raramente resi pubblici, sia per quanto riguarda il problema della diagnostica prenatale che per quanto riguarda la genetica molecolare e la ricerca attorno agli embrioni. Pertanto, concedetemi di far luce in questo capitolo su alcuni aspetti di questa problematica.

Consideriamo in primo luogo la discussione sull’“eutanasia”. In tutto il mondo occidentale è in atto un forte “invecchiamento” della popolazione. Nell’anno 2020 in Europa vivranno oltre 100 milioni di persone anziane. Già oggi il 20% degli abitanti della Comunità Europea ha più di 60 anni ed il 5% ne ha più di 80. Parallelamente a questo prolungamento della vita umana emergono idee molto strane. Così, ad esempio Attali, un ex consulente del presidente francese Mitterand, propose di mirare idealmente a trasformare la piramide della popolazione in un rettangolo. A seconda del numero di bambini e giovani adulti questo rettangolo comporterebbe che “raggiunto un certo limite di età tutti morirebbero per così dire in modo relativamente contemporaneo, semplice ed economico”.

Questo tuttavia è soltanto uno dei motivi per cui Wuermeling ironicamente afferma che “il fabbisogno di eutanasia è in aumento”. Un altro motivo per questo “bisogno di uccidere” mondiale è introdotto nella discussione internazionale dalla questione della legittimità “dell’uccisione su richiesta”. L’Olanda da questo punto di vista è il paese più progredito. Concedetemi, pertanto, di riassumere brevemente la situazione olandese.

Il cosiddetto esperimento olandese ebbe inizio negli anni ‘70 con la discussione sulla liberalizzazione “dell’uccisione su richiesta”. Risultava che la larga maggioranza della popolazione era favorevole a rinunciare alla persecuzione penale dei medici che uccidono i pazienti su loro richiesta. Nel 1994 l’ordine dei medici dei Paesi Bassi emanò delle direttive per l’uccisione su richiesta che in questo caso venne definita come “eutanasia”. I criteri necessari ed impliciti per un’“eutanasia” legittima erano cinque: il desiderio costante, libero e ben ponderato del paziente di terminare la sua vita prematuramente, un forte dolore insopportabile ma non necessariamente fisico con prognosi infausta, la mancanza di mezzi medicinali atti ad alleviare il dolore, la piena consapevolezza del paziente per quanto riguarda il suo stato e la conferma di diagnosi e prognosi da parte di un secondo medico indipendente. Nel 1993 era già stata modificata la legge olandese sulla sepoltura e la cremazione. Secondo questa modifica, “nella dichiarazione da presentare in seguito ad un decesso potrà essere indicata l’eutanasia come provvedimento regolare, ad osservanza delle direttive di cui sopra”. Tale provvedimento riguardava anche i neonati, pazienti comatosi e dementi.

Da quel momento i medici che somministravano la morte su richiesta

rimasero impuniti, nonostante “l'eutanasia” secondo il diritto olandese rimanga un reato. Ma i medici in Olanda non uccidono soltanto in base ai criteri suddetti. Ad esempio si uccide anche senza il consenso dei pazienti. Sullo sfondo di questi sviluppi stanno le discussioni nella società ed anche nel Parlamento olandese, dove ci si chiede se le condizioni di vita, che stanno determinando la realtà ed in qualche modo sono invariabili, non debbano essere almeno in parte legalizzate. Nel 1991 il cosiddetto rapporto Rummelink documentò per la prima volta quali dimensioni aveva raggiunto in Olanda il numero dei pazienti che – capaci o meno di dare il loro consenso – vengono uccisi dai medici. La ricerca si riferiva ad un'inchiesta nell'anno 1990. Nel 1991, tre anni prima della parziale legalizzazione dell'“eutanasia” in Olanda, vennero pubblicati i risultati dello studio. Risultò che l'estensione del fenomeno dell'uccisione dei pazienti era ormai talmente avanzata che politicamente si poteva parlare di un grado di tolleranza molto alto all'interno della società, in modo tale che non si rifletteva più secondo determinati principi ma secondo una regola pragmatica. Pertanto, avendo questo sviluppo raggiunto un grado d'accettazione così alto nella società, lo si voleva degnare delle corrispondenti modifiche in ambito penale. Ed ecco che il divieto di uccidere, considerato in passato come un tabù dell'etica medica, venne di fatto abbandonato.

Vorrei elencare soltanto alcune delle cifre sconvolgenti del cosiddetto rapporto Rummelink e della ricerca ripetuta nell'anno 1995. Nel contempo devo confessarvi di avere una grande paura che la scintilla olandese possa scoccare anche nel corpo dei medici degli altri Paesi. Nella ricerca anonima sono stati indicati 2.300 casi di “eutanasia volontaria”. Vi si aggiungono 1.350 casi nei quali ebbe luogo una “lotta contro il dolore con intenzione esplicita di uccidere” e 6.750 casi in cui la “lotta contro il dolore” fu eseguita “con intenzione parziale di uccidere”. Il 40% delle uccisioni avvenne negli ospizi. Particolarmente spaventoso è il fatto che i 405 medici interrogati indicarono che in 1.000 casi avevano effettuato “un'eutanasia non volontaria”. Ciò significa che in questi 1.000 casi i pazienti a loro affidati furono uccisi senza il loro consenso. Vi si aggiunge una cifra oscura non calcolabile. Secondo i dati il 14% dei 2.300 pazienti uccisi erano pienamente capaci di giudicare ed in piena coscienza al momento della loro uccisione. Tuttavia, non sapevano a quale trattamento sarebbero stati sottoposti. Un altro 11% dei pazienti era almeno parzialmente capace di giudicare. Ten Have giustifica la sua indifferenza riguardo ai risultati di questa ricerca con il fatto di essere convinto “che i medici siano persone che agiscono in modo responsabile e moralmente impeccabile e che non siano meramente degli strumenti della volontà del paziente”. Per correttezza, alle 3.300 uccisioni di pazienti dichiarate come “eutanasia” si dovrebbero aggiungere i 1.350 casi in cui i pazienti vennero uccisi per abbattere il dolore, con l'intenzione esplicita di ucciderli. Questi devono essere aggiunti alla cifra “dell'eutanasia attiva, perché l'uccisione mirata non dipendeva dal farmaco impiegato, ma dalla dose mortale”.

Nonostante si possa forse essere favorevoli ai criteri medico - etici sopra esposti, determinanti le uccisioni da parte dei medici, bisogna dire che sono i criteri stessi a non essere sempre ed ovunque osservati. Il periodo trascorso tra la

prima espressione del desiderio di morire e l'esecuzione dell'atto di uccisione nel 35% dei casi era di meno di una settimana, in 13 casi addirittura di meno di un giorno. Il 75% dei medici non aveva incaricato un collega della supervisione. Il 75% aveva emesso falsi attestati di morte "per sfuggire ai controlli. Come motivi principali indicavano il gravame degli altri controlli (55%), la tutela dei familiari (52%) ed il timore di una denuncia (25%). Anche secondo l'ultima ricerca, nonostante il procedimento sia ormai regolato, il 60% dei casi non è ancora stato dichiarato. Pertanto, la maggior parte dei medici evita le condizioni per l'effettuazione dell'eutanasia e questo nonostante nel corso degli ultimi 5 anni il pubblico ministero abbia esaminato soltanto 120 dei 6.324 casi dichiarati e nonostante siano stati denunciati soltanto 13 medici".

A questa prassi dei medici olandesi (= 54% degli interrogati) si contrappone solo un 4% dei medici interrogati che sono sostanzialmente contrari all'"eutanasia" o all'assistenza al suicidio e contemporaneamente anche al trasferimento del paziente ad un medico favorevole all'eutanasia. Inoltre, se un medico in Olanda non è disposto ad uccidere, è obbligato a fornire l'indirizzo di un medico che possa essere disposto a farlo. Pertanto si esige esplicitamente che questo procedimento di uccisione da parte dei medici venga agevolato. Ecco che i rapporti giuridici si capovolgono. Ciò che mi fa paura è arrivare ad una condizione nella quale per motivi meramente pragmatici un'ingiustizia venga dichiarata cosa giusta. L'esperienza olandese ci dimostra che lo spostamento della discussione dalla dignità della vita umana al suo valore crea nuovamente i presupposti per la diminuzione, prima graduale e poi più rapida, del prezzo della vita, se essa viene considerata per il suo valore e non per la sua dignità.

Quello che inizialmente era stato dichiarato il modello d'autonomia olandese si sta trasformando nel modello di previdenza olandese, mentre per previdenza si intende "eutanasia". Sembra che in Olanda si stia sviluppando una "società dell'eutanasia" che esegue legittimamente ciò che era proibito addirittura nel Terzo Reich. Il modello d'autonomia olandese è stato deviato dai suoi principi iniziali. Come ogni azione volta a togliere il tabù del divieto d'uccisione passato o futuro da parte dei medici, questo sviluppo porta gradualmente ad un capovolgimento da un sentimento di commiserazione superficiale ad un'evidente aggressività.

A mio parere questa deviazione si sviluppa attraverso i seguenti livelli: all'inizio abbiamo la pretesa del diritto di farsi uccidere in stati di dolore insopportabili. Segue la tesi del diritto essenziale di morire nel senso di decidere sulla propria morte e di farsi uccidere. Dal momento che l'uccisione ha preso piede, si effettueranno sempre più casi di "eutanasia" non volontaria, cioè di uccisione di persone incapaci di dare il loro consenso perché a causa di un disturbo qualsiasi non possono essere interpellate in merito alla loro uccisione. In questo caso si cerca di "individuare" il desiderio di essere uccisi in modo speculativo e si effettua "un'eutanasia" involontaria. Gli interessati sono uccisi senza essere interpellati, speculando sul fatto che non siano contrari. Chi si è immunizzato fino

a questi livelli contro gli scrupoli di uccidere, non avrà più difficoltà a spiegarlo ad una persona che abbia l'obbligo di acconsentire alla sua uccisione, per il fatto che costituisce soltanto un peso psicologico e per di più economico per il suo ambiente. Seguendo un filo assolutamente logico si giunge ad affermare il diritto di uccidere nei confronti di chi non adempie ai suoi obblighi e di fare uso di questo diritto.

4.2 Coscienza, autocoscienza, essere persona

Per determinare il valore della vita umana, in sostanza, vanno considerati tre criteri: 1.) Razionalità e capacità di autocoscienza, 2.) Essere persona e 3.) Esperienza del piacere. Già Steward Mill diceva che ha valore ciò che produce piacere. Nel suo libro "Etica pratica" Peter Singer scrive: "Il motivo palese per rispettare la vita di un essere è il piacere nella esperienza", e definisce con ciò la massima più importante del concetto di valore edonistico. Qualcosa o qualcuno possiede solo tanto valore e merita solo tanto rispetto quanto egli è in grado di percepire piacere. Questa capacità non è legata necessariamente ad una specie, per cui il valore di un animale può essere senz'altro superiore al valore di un uomo. Singer sostiene la tesi che un maiale intelligente, secondo i suoi presupposti, ha maggior valore di un bambino minorato.

Partendo dal filosofo e sociologo anglosassone, da circa 15 anni si dibatte intensamente sul concetto di persona in riferimento "all'eutanasia". I fautori "dell'eutanasia" credono infatti di avere migliori argomenti dalla loro parte, se possono affermare che non tutti gli uomini sono persone e che essere persona è solo un modo possibile dell'esistenza umana che deriva dalla capacità di essere coscienti del mondo e di sé stessi. Se si potesse determinare quando gli uomini non sono persone, sarebbe più facile sacrificare la loro vita.

Fino a pochi anni fa valeva ancora la definizione dell'uomo "quale specie". Ciò significa che si era d'accordo sul fatto che gli uomini fossero quegli esseri i cui genitori sono uomini. Il fatto di ricondurre l'essere uomo dall'appartenenza alla specie non è però più indiscusso. Così P. Singer, D. N. Walton, D. Parfit e altri fecero derivare l'essere uomo dall'essere persona. Singer nega infatti la posizione speciale dell'uomo che potrebbe derivare dalla sua appartenenza alla specie e la chiama spregevolmente "specieismo". Per Singer essere persona è costitutivo dell'essere uomo. Con questa nuova impostazione tutti gli altri tentativi di definizione dell'essere uomo appaiono superati: sia la spiegazione biogenetica di Ernst Henkel che attesta l'inizio della vita umana e individuale con la fine del terzo mese dell'embrione, come anche l'impostazione ontogenetica di Erich Blechschmidt che è dell'avviso che un uomo non possa diventare altro che quanto è fin dall'inizio; l'uomo non si sviluppa in uomo ma si sviluppa come uomo. Entrambe le tradizioni sono state messe in dubbio dagli ultimi sviluppi dell'utilitarismo preferenziale che dubita della posizione speciale dell'uomo "quale specie".

Ora, se fondamento dell'essere uomo è l'essere persona, ne risulta un nuovo problema: chi è persona? Per Singer, Walton e Parfit il concetto di persona è

sempre in funzione della coscienza razionale, dell'autocoscienza e dell'esperienza del piacere. Da questo pensiero consegue che gli uomini privi di coscienza non sono persone e che in caso di mancanza della coscienza razionale questi uomini apersonali hanno meno valore dei mammiferi intelligenti. Per cui si può a volte anche giustificare il fatto che gli esseri umani apersonali vengano uccisi. Questo pensiero viene portato avanti fino in fondo da Parfit che giunge alla conclusione che ogni giorno siamo persone nuove. Ciò risulterebbe dal fatto che la nostra coscienza da svegli, che costituisce la nostra persona, viene sempre interrotta dal sonno notturno; quindi non esisterebbe neppure una continuità della persona. Partendo da questo concetto di persona, segue questa argomentazione: chi non ha coscienza manca anche della capacità di autocoscienza. Chi manca di coscienza e autocoscienza non può sapere nulla del suo essere persona. Chi non sa nulla del suo essere persona non è persona. Le vite umane non collegate ad alcuna persona, in via di principio, posso essere sacrificate, soprattutto in considerazione dei criteri della mancanza di utilità per sé stessi, nonché del peso per gli altri.

La separazione voluta da Singer e Parfit fra essere persona e essere uomo ha conseguenze terribili, e immediatamente rilevabili. I dormienti non sono persone perché non dispongono di una coscienza dell'io e della razionalità. Cosa dovrebbe impedirvi di ucciderli nel sonno? Ce lo possono impedire due motivi: il primo risulta dalla considerazione che non dovremmo fare ad altri ciò che non desideriamo accada a noi e il secondo è il rispetto del desiderio dei parenti dei dormienti che potrebbero avere un certo interesse che i loro parenti si sveglino ancora. Conseguentemente Singer postula anche il fatto che in via di principio i bambini di un anno non abbiano diritto alla vita. Secondo la sua opinione solo il diritto dei genitori e il loro interesse alla vita dei loro bambini può essere tutelato giudizialmente. Questa è la conseguenza della tesi che non tutti gli uomini sono contemporaneamente persone. Hörster, Singer, Kuhse, Parfit e altri, di conseguenza, devono partire dalla posizione che ci sono esseri viventi che sembrano uomini, ma non lo sono effettivamente, perché manca loro l'essenza personale. Infine c'è un'altra specie di esseri viventi che sono effettivamente uomini perché dispongono della coscienza dell'io, della razionalità e della percezione del piacere. Solo questi ultimi sarebbero titolari di un diritto alla vita, mentre gli altri otterrebbero il loro diritto ad esistere solo per concessione di un giudizio benevolo di uomini aventi essenza di persona. In concreto ciò significherebbe che gli embrioni non sono persone e neppure i bambini di un anno e i portatori di handicap psichico grave. Questo pensiero è responsabile del fatto che dappertutto si estende la richiesta pubblica che gli uomini che non sono persone siano da mantenere in vita solo a determinate condizioni che devono essere motivate.

Il filosofo di Monaco Robert Spaemann ha contrapposto a questo concetto un concetto di persona completamente differente. Spaemann parte dal fatto che la persona non è mai funzione della coscienza o di qualcos'altro. Secondo la sua opinione, una persona non è mai una funzione, ma è qualcuno. Per lui, persona significa quella soggettività dell'uomo che è portatrice della sua essenza. E sono le qualità a far parte dell'essenza dell'uomo. Una di queste qualità è la razionalità o l'autocoscienza. Ciò significa che, partendo dalla sua essenza, qualcuno può

essere manchevole, mentre secondo la sua persona rimane sempre persona. Questa essenza di una persona può essere più o meno cosciente. È comunque decisivo il fatto che le persone non sono la loro essenza ma sono le loro qualità essenziali. L'essere persona non si costituisce attraverso la somma delle qualità. L'essere umano può essere più o meno cosciente della circostanza del suo essere persona. Quando noi psichiatri parliamo di personalità non possiamo intendere i disturbi della persona stessa, ma intendiamo disturbi delle funzioni psicologiche portanti della coscienza personale, come scrive Romano Guardini. Per questo motivo, per Spaemann, l'incompletezza di un uomo non ancora nato, privo di coscienza o portatore di handicap mentale non è da legare alla sua persona ma alla limitata razionalità, cioè all'incompletezza del suo essere. Ciò significa che gli uomini come somma delle loro qualità possono essere entità incomplete, ma che comunque gli uomini sono sempre persone. E poiché tutti gli uomini sono persone, la dignità della persona vale incondizionatamente anche per tutti gli uomini.

Una società in cui si può uccidere in questo modo deve naturalmente sviluppare un interesse eccezionale a riconoscere al più presto possibile stati di dolore e a eliminarli. Lo sviluppo inquietante ed esplosivo della genetica molecolare si adatta in modo molto logico al concetto di scienza di queste moderne società con la possibilità di uccidere.

4.3 Medicina predittiva e commissioni etiche

La medicina predittiva riveste un suo ruolo in diversi contesti. I suoi risultati sono spesso decisivi per la vita e la morte. Ciò accade già da tempo ad es. nel campo degli aborti. Negli USA le mutue non pagano i costi dei trattamenti di malattie o handicap di neonati se attraverso l'analisi predittiva - medica si fosse potuto diagnosticare questa malattia o handicap e se fino al sesto mese si sarebbe potuto abortire il bambino. L'importanza della genetica molecolare e il suo valore predittivo in relazione alla problematica inerente al valore della vita risulta dalla concezione di D. J. Watson, il cofondatore del progetto - genoma. Notoriamente l'obiettivo di questo progetto è la completa decodificazione della sostanza ereditaria umana. Watson ha ora proposto, in collegamento con questo progetto americano di genoma umano, di riconoscere il titolo di uomo attraverso apposite commissioni solo dopo un periodo di 1 - 3 anni. Quindi, non si sarebbe uomo fin dall'inizio, ma solo quando se ne riceve il titolo secondo il modello del diritto romano di cooptazione. Se una commissione di questo tipo riconosce agli uomini il loro titolo e i loro doveri naturalmente può anche disconoscere entrambi. Il criterio decisivo per riconoscere il titolo di uomo è dunque un certo purismo genetico. Dove sussistono gravi difetti genetici, il cui trattamento sia oneroso, queste commissioni etiche agirebbero naturalmente in modo restrittivo.

Queste considerazioni ricordano giocoforza il ruolo delle commissioni etiche nella cosiddetta "Lotteria Harris". Qui viene simulato a livello teorico il caso del cosiddetto "therapeutic homicide". Se le commissioni etiche dovessero decidere sul diritto alla vita di uomini si potrebbe ad es. incorrere nel caso seguente: a un padre di famiglia trentenne deve essere urgentemente trapiantato

un cuore e a un altro padre di famiglia trentenne un fegato. La commissione etica darebbe parere favorevole e interverrebbe la "Lotteria Harris"; sarebbe da cercare tramite computer un donatore di organi quarantenne, non sposato e sano, cui sarebbe da preparare una morte piacevole nel corso dell'espianto. Una commissione etica gli farebbe presente, indipendentemente dal suo consenso, che sarebbe suo dovere sociale mettere a disposizione i suoi organi per questi padri di famiglia bisognosi. Poi quest'uomo verrebbe ucciso e i suoi organi dati a disposizione per l'espianto.

Chi pensa in modo predittivo si imbatte in due problemi: 1.) il problema delle commissioni etiche in sé e 2.) il problema dell'apparente neutralità della scienza. Non esistono esperti nel campo della competenza delle decisioni etiche. E tanto meno questa competenza è legata ad esperti scientifici. Infatti dalla scienza stessa non risulta il concetto del dovere etico. Questo risulta sempre solo dalla valutazione dei valori. Comunque, come risulta dalla sua definizione, la scienza si comporta in modo neutrale rispetto ai valori morali. Ne risulta che, secondo la mia opinione, oggi le commissioni etiche sono composte in modo sbagliato. Sono organi di esperti autonominatisi. Non si confrontano pubblicamente, né in modo autocritico con questa contraddizione interna. Titoli monumentali, come ad es. la Commissione europea per la bioetica, mi inducono a sospetti. Le commissioni etiche, le scienze naturali e la medicina, a mio avviso, non sono in grado di valutare il diritto alla vita degli uomini o al contrario di metterli in discussione seriamente. Non ne sono in grado perché il concetto di dovere non compare in nessun processo fattuale e continuativo di filogenesi e ontogenesi, né di metabolismo e di morte. Quindi il discorso e il consenso di queste commissioni può riferirsi sempre solo a soluzioni pragmatiche. I criteri d'azione pragmatici si possono sempre determinare liberamente a seconda degli interessi in gioco. Infine, si può dire che gli uomini sottoposti alle commissioni sono morti su chiamata.

Se ci sono analogie fra le forme di pensiero nazionalsocialista e le impostazioni moderne dell'etica medica, ci deve essere anche una forma di resistenza moderna. Le società moderne decidono ora come vedere se stesse oggi e come vogliono essere viste in futuro. Queste decisioni sono sempre decisioni di principio. In via di principio, nel 20° secolo, il divieto medico di uccisione è stato messo in discussione. Dobbiamo partire dal fatto che il discorso relativo, le contrapposizioni e le opinioni un giorno cesseranno e che le società devono prendere delle decisioni. Dopo aver deciso sui principi non si può più tornare indietro. Le realtà che insorgono devono poi essere analizzate in ordine alla loro ragionevolezza, se vogliamo vivere con esse, come ha scritto Reinhard Löw. Concretamente: dobbiamo decidere insieme se vogliamo vivere in una società dell'uccisione. Wolfenberger, lo psichiatra americano più influente nella difesa dei diritti di persone anziane e di portatori di handicap vede sé stesso in resistenza contro questo spirito del tempo. Scrive: "In una società che si è alleata alla morte ho un dovere particolare nei suoi confronti. Dal centro di essa devo profetizzare cosa significhi la sua azione e quali saranno i suoi risultati".

Penso che soprattutto nelle società occidentali l'abolire il tabù delle uccisioni mediche venga sottovalutato nelle sue conseguenze a medio termine. La

banalizzazione di questi fatti è ingenua. La stessa ingenuità appare come il risultato di una perdita di cultura intellettuale. E questa ingenuità mi ricorda quello spirito del tempo che Wolfram Kurz chiama “Titanic - Feeling”. Perfino l’informazione totale ha solo conseguenze minime – le parti spiacevoli della realtà vengono rimosse, affinché la tensione eccitante del gioco aumenti il divertimento, anche quando i dadi sono già tratti.

Note

¹ Cfr. E. Klee. “Eutanasië” im NS-Staat, Die “Vernichtung lebensunwerten Lebens” - Frankfurt am Main 1986, p. 100, 30

² Iscrizione posta nel campo di concentramento di Dachau.

³ Cfr. *Psichiatria e Nazismo*, a. c. di B. Norcio e L. Toresini, in „Fogli di Informazione“, 10 (1994). Questo testo ripropone una riflessione critica sul rapporto tra lager e manicomio ed è, ancora, una denuncia dei crimini di pace e di guerra.

⁴ D’ora in poi O. P.

⁵ Cfr. R. Segre, *Gli ebrei a Venezia 1938-1945. Una comunità tra persecuzione e rinascita*, Il Cardo, Venezia 1995.

⁶ Ferramonti di Tarsia era il più grande campo italiano di internamento, principalmente per ebrei stranieri o apolidi, operante tra il 1940 e il 1943. Ferramonti fu il primo campo d’internamento europeo ad essere liberato dagli Alleati. Nel 1988 è sorta la Fondazione *Ferramonti di Tarsia* che ha tra le sue finalità statutarie quella di “favorire la conoscenza, la solidarietà e l’amicizia tra i popoli, attuando iniziative culturali che contribuiscano alla difesa della memoria storica e all’educazione democratica dei cittadini”.

⁷ Associazione Donne Ebreë d’Italia.

⁸ Campi e località d’internamento del Veneto: uno in provincia di Belluno, due in provincia di Padova, quattro in quella di Rovigo, sei in provincia di Vicenza e tre in provincia di Treviso.

⁹ In questo caso per abiura si intende la dimostrazione di essersi “arianizzati” mediante battesimo in epoca precedente all’emanazione delle leggi razziali.

¹⁰ Tra l’ottobre/novembre 1943 le leggi italiane si adeguarono a quelle tedesche, prevedendo l’internamento obbligatorio per gli ebrei.

¹¹ Da Fossoli, una volta raggiunto il numero sufficiente di internati, veniva formato il convoglio dei deportati diretto verso Auschwitz - Birkenau.

¹² La Risiera di San Sabba diverrà nell’aprile del 1944 luogo di sterminio per ostaggi e partigiani, ma non per gli ebrei, per i quali fu un campo di transito, la cui morte in Risiera avverrà casualmente.

¹³ Cfr. L. P. Fargion, *Il libro della memoria. Gli ebrei deportati dall’Italia (1943 - 1945)*, Ricerca del Centro di Documentazione Ebraica Contemporanea, Mursia, Milano 1991. La ricerca ricostruisce le vicende degli ebrei italiani corredate da notizie dettagliate, dalla fase degli arresti fino alla loro deportazione. È strumento indispensabile per chi voglia fare ricerca storica su questi temi. Si ringrazia la sig.ra L. P. Fargion per i preziosi suggerimenti.

¹⁴ Cfr. R. Hilberg, *La distruzione degli Ebrei d’Europa*, Einaudi, Torino 1995. Nel resto d’Italia

le retate negli ospedali erano avvenute nei mesi precedenti.

15 Gli Istituti di San Servolo e San Clemente erano situati su due isole della laguna a poca distanza da piazza S. Marco.

16 Il Nazismo usò due concetti nell'ottica delle pratiche di "eutanasia": *Annientamento* (Vernichtung) e *Vita indegna di essere vissuta* (Lebensunwertes Leben) riprendendo definizioni espresse da due medici tedeschi che suggerirono anche metodi "puliti" di sterminio con i gas. Cfr. K. Binding - A. Koche, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertens Leben. Ihr Mass und Ihre Form*, Leipzig 1992.

17 Cartella clinica paziente T. G. Archivio O. P. San Servolo. Nota ritiro Commissario di P. S. (firma illeggibile) dell'11 ottobre 1944, senza protocollo.

18 Autorizzazione alla consultazione n. 790/AS. 02. 4122 del 29 luglio 1998 del Ministero dell'Interno. Si ringrazia la Fondazione "San Servolo" per aver messo a disposizione le cartelle cliniche.

19 Cartella clinica paziente L. C. Archivio O. P. San Servolo. Nota ritiro Direzione San Servolo n. 1921 dell'11 ottobre 1944.

20 La nota prot. IV B - 19/44 del 23 febbraio 1944 intestata "Der Befehlshaber der Sicherheitspolizei u. des SD in Italien. Aussenkommando Venedig ". Colpisce il linguaggio freddo e tecnico della richiesta che chiede "l'eventuale" guarigione del malato considerando quindi la sua malattia mentale come una normale malattia del corpo.

21 Disposizione n.03880 del 19 aprile 1944 inviata ai direttori dell'Ospedale Civile, degli OO. PP. di San Clemente e di San Servolo, dell'Ospizio di Castello, dell'Ospedale dei Cronici di Dorsoduro, della Casa di Cura "Fate - Bene - Fratelli" di Cannaregio, della Casa di Cura "Salarium" del Lido, dell'Istituto "Maria di Piemonte" di Cannaregio.

22 La nota della Questura di Venezia del 19 aprile 1944 aveva come oggetto: *Ebrei ricoverati in Casa di Cura della Città*. La riservatissima - personale ordinava "per disposizione del Capo della Provincia, i direttori di tutte le case di cura in indirizzo (nelle quali sono ricoverati ebrei) sono pregati di precisare - sotto la loro personale responsabilità, salvo controllo che potrà essere disposto - l'effettivo stato di salute degli ebrei degenti nelle rispettive case di cura, precisando se le loro condizioni fisiche attuali siano effettivamente tali da impedirne il trasporto in Campo di Concentramento e se agevole ne sia la sorveglianza da parte del personale degli stessi Istituti di cura. M'invieranno inoltre aggiornato elenco degli ebrei bisognosi di ulteriore ricovero con l'indicazione dei mali da cui sono affetti e della probabile durata della degenza".

23 Nota della direzione dell'O. P. di San Clemente del 12 maggio 1946 in risposta alla richiesta del Procuratore della Repubblica presso la Corte d'Assise - sezione speciale - di Venezia n.1282/45 R.G. del 10 maggio 1946.

Nel primo dopoguerra a Venezia fu effettuata un'inchiesta da parte della Procura - che aprì un procedimento presso la Corte d'Assise - per conoscere le modalità degli arresti, del prelievamento, dell'ordine scritto e a chi ne fu data notizia. La direzione dell'O. P. rispose che "questo ospedale, pertanto, non in possesso dell'ordine scritto dalla P. S., che venne impartito telefonicamente ed eseguito materialmente dalla stessa P. S. e dai tedeschi, ma solo delle ricevute rilasciate per ogni singolo malato dal Vice Commissario di P. S. [...]". Da segnalare che non è stato possibile reperire gli atti dell'inchiesta poiché dopo il crollo dell'archivio del tribunale di Venezia, i documenti di quel periodo sono stati depositati nelle isole di San Clemente e Sacca Sessola in locali di fortuna, oggi totalmente inagibili.

24 All'arresto sfuggirono due pazienti che nel 1946 erano ancora degenti nello stesso ospedale.

25 Analisi dei nomi: 1) Jarach Anna 2) Krebs Giuseppe 3) Trieste Celina 4) Mieli Giulia 5) Fano Augusto: tutti furono uccisi nella Risiera di San Sabba (Trieste). Testimonianza di P. Sereni nell'istruttoria Serbo - ISMILI-TS, busta 87, fasc. 2, pag.78. I nomi sono pubblicati poiché

l'istruttoria è terminata. Cfr. Archivio di Documentazione Ebraica Contemporanea, Milano. AG,13B, Venezia.

²⁶Analisi dei nomi: 1) B. G. 2) C. I. 3) G. R. 4) L. C. 5) M. L. 6) T. G. Per riservatezza pubblichiamo le sole sigle iniziali. Nota della direzione dell'O. P. di San Servolo del 22 aprile 1969 prot. 820 che informa: "Il giorno 11 ottobre i sottoelencati malati di mente sono stati consegnati alla Polizia della Repubblica Sociale Italiana per ordine del Comando SS. Germanico". Cfr. Archivio Centro Documentazione Ebraica Contemporanea, Milano, AG, 13B,Venezia.

²⁷ Sigla completa nome: M. B. L. Dottore in Chimica, sfollato da Palermo con la madre e la sorella, residente in una pensione di Castello. "Dopo un bombardamento da cui fu tratto salvo per puro caso sotto un cumulo di macerie, cominciò a manifestare forte squilibrio mentale": questa è la diagnosi di ingresso. Cfr. cartella clinica Archivio di San Servolo. Da queste note si possono prefigurare forte perplessità sulle motivazioni di internamento, suffragate dalla lettura del giornale sullo stato mentale del paziente che presentava il normale atteggiamento di una persona scampata casualmente ad un bombardamento. Nota ritiro Direzione San Servolo n. 1919 dell'11 ottobre 1944.

²⁸ D'ora in poi C.D.E.C.

²⁹ D.P.R. del 6 ottobre 1963, n. 2043 che reca disposizioni sulle "Norme per la ripartizione della somma versata dal governo della Repubblica Federale di Germania in base agli Accordi di Bonn del 2 giugno 1961, per indennizzi a cittadini italiani colpiti da misure di persecuzione nazionalsocialiste".

I dati che dovevano essere contenuti nella domanda erano: luogo e data della cattura, esposizione sommaria dei motivi che determinarono la cattura, luogo e denominazione del campo di deportazione, data del rimpatrio, data effettiva o presunta della morte per i deceduti in stato di deportazione o a causa di essa. Tra i documenti "atti a comprovare il fatto" che dovevano corredare la domanda, veniva considerata inoppugnabile la certificazione rilasciata dall'*International Tracing Service* della Croce Rossa Internazionale con sede ad Arolsen (Germania).

³⁰ Erano autorizzati ad inoltrare la domanda: l'ANED (Associazione Nazionale Ex Deportati), ADPPIA (Associazione Deportati e Perseguitati Politici Italiani Antifascisti) e vari Patronati. La lista completa, comprese le persone, è pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, supplemento ordinario, n. 130 del 22/5/1968.

³¹ Cartella clinica paziente C. I. Archivio San Servolo. Nota ritiro Direzione San Servolo n. 1922 dell'11 ottobre 1944. Su questa paziente sono state effettuate ricerche approfondite nonostante il crollo dell'ufficio dello Stato Civile di Venezia. Le notizie più interessanti possono essere così elencate: a) aveva un fratello officiante in Sinagoga e due sorelle con la particolarità che ad ambedue era stato dato lo stesso nome; b) ha avuto due figlie di cui una vivente ed abitante ancora a Venezia con cui non è stato possibile avere un contatto; c) nel censimento del 1951 è stata denunciata come irreperibile; d) la dichiarazione di morte presunta da parte del Tribunale Civile è stata registrata nel 1966.

³² Con pratica n. 135221 viene richiesto indennizzo da parte delle figlie. Risulta essere deportata la sorella per la quale venne chiesto indennizzo.

³³ Registro popolazione di Venezia. Notifica n. 19201 del 13 ottobre 1945.

³⁴ Cartella clinica paziente B. G. Archivio San Servolo. Nota ritiro 1918 dell'11 ottobre 1944.

³⁵ Cedola di trasferimento di B. G. dalla Casa di Salute Fate-Bene-Fratelli all'O. P. Provinciale di Venezia. s.d.

³⁶ Cartella clinica paziente G. R. Archivio San Servolo. Nota ritiro Direzione San Servolo 1920 dell'11 ottobre 1944.

³⁷ Atto di ricovero Regia Questura di Venezia prot. 11343 del 14 marzo 1940 avente come oggetto: "G. R., cittadino italiano di razza ebraica, nato a Adrianopoli [...] demente. Celibe, cultura commerciale, interprete".

38 Ecco quindi dalla viva voce dell'estensore delle note scritte nella cartella clinica la vera motivazione del ricovero di G. R.: la perdita libertà e prosperità dovuta all'emanazione delle leggi razziali che lo avevano portato, molto probabilmente, a manifestare il suo pensiero pubblicamente, tanto da essere internato.

39 "Prego di voler interrogarlo per conoscere se, come viene riferito, egli abbia prestato servizio militare in Italia, e in caso affermativo in quale epoca, presso quale arma e in quale località [...] in quale data venne in Italia, in quale località visse e presso chi, se è quando tornò in Turchia e per quali periodi, e infine per quanto tempo dimorò a Milano prima di recarsi a Venezia". Richiesta Amministrazione della Provincia di Venezia n. 4604 del 6 agosto 1940.

40 Risposta della Direzione O. P. di San Servolo n. 1235 del 10 agosto 1940 all'Amministrazione della Provincia di Venezia.

41 Federazione dei Fasci di Combattimento di Venezia - Commissione Provinciale per il rimpatrio degli italiani all'estero. Nota n. 3246 del 6 febbraio 1943 indirizzata al direttore dell'O. P. di San Servolo. Come si può dedurre dalla lettera, G. R. chiese assistenza sperando di poter ritornare in Turchia pur essendo cittadino italiano. Nella cartella clinica è stata trovata una nota battuta a macchina, senza intestazione, con questo testo: "Prego far conoscere all'ebreo G. R. che Ministero ha autorizzato suo espatrio per Turchia". Ovviamente possiamo presumere che l'autorizzazione sia stata concessa quando ancora il regime permetteva questi espatri.

42 Risposta in data 12 febbraio 1943 del Direttore di San Servolo al vice Segretario dei Fasci di Combattimento di Venezia.

43 In questo caso il paziente non viene curato nella sua globalità ma è visto come portatore di malattia che deve rispettare le regole; la cura è l'unico elemento di raccordo tra l'individuo e l'istituzione totalizzante; il malato per salvarsi deve espiare attraverso la costrizione e la punizione, poi potrà, forse, tornare tra i "normali".

44 Cartella clinica paziente S. A. Archivio San Servolo.

45 Ufficio P. S. di Venezia. Nota n. 02003 del 29 dicembre 1943.

46 Biglietto urgente di ricovero della Questura di Venezia prot. n. 20112.3 in data 8 gennaio 1944.

47 Nota del direttore dell'O. P. San Servolo del 10 gennaio 1944 sulle dimissioni di S. A. Da una verifica della cartella clinica risulta che c'è una sovrapposizione di nomi pur riferendosi alla stessa persona. Pertanto questo scambio di nomi ha prodotto, probabilmente, qualche confusione nella ricostruzione delle vicende della paziente. Secondo *Il libro della memoria* di L. P. Fargion, S. A. è stata arrestata il 5 dicembre 1943 da italiani, detenuta nel carcere di Venezia, poi nel campo di Fossoli. Deportata dal campo di Fossoli il 22 febbraio 1944 ad Auschwitz con il convoglio 08. Deceduta in luogo e data ignoti. I dati della cartella clinica completano i dati inseriti nel *Il libro della memoria* specialmente dalla fase dell'arresto fino alla deportazione per Auschwitz.

48 Testimonianza dott.ssa Maria Clara Cortesi, figlia del prof. Tancredi Cortesi direttore dell'O. P. di San Servolo nel 1944. Dattiloscritto inedito privato del 13 giugno 1994, concesso gentilmente dalla Comunità Ebraica di Venezia.

49 Si ringraziano i responsabili dell'Ospedale Civile di Venezia per aver fornito i dati dei movimenti di ingresso e uscita di quel periodo e di aver permesso la lettura di alcune parti delle cartelle cliniche dei pazienti ebrei.

50 Cfr. Archivio Ospedale Civile di Venezia. Sei pazienti provenivano direttamente da casa, uno da altro reparto, tre dall'O. P. di San Clemente, due dall'ospedale Fate-Bene-Fratelli, tre dall'ospedale G. B. Giustinian.

51 Cfr. testimonianza M. C. Cortesi, cit.

52 Cartella clinica S. A. Cfr. Archivio Ospedale Civile di Venezia.

53 Cartella clinica J. A. Cfr. Archivio Ospedale Civile di Venezia.

54 Tuttavia i dati forniti dall'O. P. di San Clemente e dall'Ospedale Civile sono discordanti poiché

quest'ultimo registra solo tre pazienti provenienti da San Clemente. Cfr. Archivio Centro di Documentazione Ebraica Contemporanea, Milano, AG, 13B, Venezia e Archivio Ospedale Civile di Venezia.

55 Nella testimonianza la dott.ssa Maria Clara Cortesi ricorda con chiarezza due persone, mentre delle altre tre non rammenta i dati anagrafici.

56 È noto che durante la guerra a Trieste operava come spia per i tedeschi l'ebreo Mauro Grini. Può essere ancora lui il colpevole delle denunce delle presenze ebraiche nell'O. P. di San Servolo?

57 Cfr. testimonianza dott.ssa Maria Clara Cortesi, cit.

58 Usuale pratica messa in atto dai nazisti per tranquillizzare l'opinione pubblica e in particolare i parenti. In questo caso è singolare che le cartoline fossero state inviate al direttore del manicomio, in un periodo in cui le informazioni sull'annientamento circolavano in modo massiccio e non c'era alcun motivo di giustificarsi. Anche se in questo caso, per la verità, non si era tenuto conto del suo potere, era il riconoscimento da parte nazista della figura istituzionale del direttore dell'O. P. in quanto responsabile unico dei destini degli internati e depositario dello stesso paradigma ideologico? Questa è ancora una domanda da porsi.

59 I convogli erano numerati con le sigle 39T, 40T, 41T, 42T, 43T (T stava per Trieste) e il periodo di partenza era dal 18 ottobre 1944 al 24 febbraio 1945. Cfr. *Il libro della memoria*, cit.

60 Il concetto di Shoah è qui ripreso in senso generale, ma il rispetto per il suo *unicum* è fuor di discussione. In nessun altro momento storico un paese moderno industrializzato ha utilizzato il proprio apparato statale per organizzare e consumare in modo preciso l'assassinio di milioni di persone per l'unica ragione di essere nati ebrei o zingari. Mai prima di allora uno Stato aveva deciso, sotto l'autorità del suo responsabile supremo, che un certo gruppo umano doveva essere *sterminato nella sua totalità* con tutti i mezzi a disposizione. Hannah Arendt spiega così l'unicità: "Per la prima volta un sistema politico ha deciso chi deve e chi non deve abitare la terra". Cfr. Yves Ternon, *Lo Stato criminale. I genocidi del XX secolo*, Il Corbaccio, Milano 1997.

61 Cfr. David Rousset, *L'universo concentrazionario*, Baldini & Castoldi, Milano 1997.

62 Siehe: J. Postel, C. Quérel, *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Paris, Dunod, 3. ed., 1994, 355 - 358. Prima della collaborazione di C. Quérel alla 3. edizione, gli assassini e la fame venivano completamente taciuti.

63 CH -, F 67170 Brumath.)

64 L'Information psychiatrique. Revue mensuelle des Psychiatres des Hôpitaux. 72 (8), 1996, 737 - 828. [ISSN - 0020 - 0204; 110 FF; Editore responsabile: P. Noël, 7, rue de la Cerisaie, 75004 Paris; Tel. 00331. 42771431; FAX 00331.42778549] . Inhalt: (1) Éditorial, M. - F. Paris, D. Engel. Mémoire. FRANCE: (2) L. Bonnafé, Du bon usage du témoignage, (3) P. Noël, L'extermination douce dan les hôpitaux psychiatriques francais: quels échos dans la littérature psychiatrique?; (4) M. Rochet, Saint - Alban - sur - Limagnole: un hôpital psychiatrique pendant la guerre (avec (4b) une note de L. Bonnafé); (5) C. Mangin - Lazarus, Maurice Dide (1873 - 1944): des "Idéalistes passionés" à la Résistance; (6) Maurice Dide, Nosologie de l'idéalisme passionè. (19139. ALSACE. (7) M. Maffessoli - Habay, G. Herberich - Marx, F. Raphaël, L'identité - stigmatè. L'exterminaton de malades mentaux et d'asociaux alsaciens durant la Seconde Guerre mondiale. (8) T. Kammerer, La faculté de médecine de Strasbourg. Un psychiatre opposant: August Bostroem. ALLEMAGNE NAZIE: (9) E. Conte, C. Essner, L'obsession de la race. Eugénisme, antisémitisme et euthanasie en Allemagne hitlérienne. (10) A. Vaillard, de la cure individuelle à la cure de masse des gènes. (11) B. Massin, L'euthanasie psychiatrique sous le III. Reich. La question de l'eugénisme. W. Hoffmann, B. Laufs; (12) Carl Schneider: sa personnalité et son influence sur l'euthanasie. (13) Bibliographie.

65 J. Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndacat*, Toulouse, Erès, 1995.

- 66 D. Bonnet, C. Quételet, La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation, *Nervure*, 4 (2), 1991, 22 - 32.
- 67 C. Quételet adduce (dall'Archivio Nazionale) il numero annuale di morti e degeniti. Il numero di dimessi manca.
- 68 Anne Carol, Histoire de l'eugenisme en France. Les médecins et la procréation au XIX - XX siècle, Paris, Seuil, 1995.
- 69 C. Mangin - Lazarus nella relazione Nr. 5 menzionava, che il nazista svizzero Ernst Rüdin aveva tenuto relazioni ai congressi del 1932 e 1937 (quando fu promosso membro esterno della Société Médico - Psychologique) della "Ligue d'hygiène mentale", che venivano stampati sulla rivista "La prophylaxie mentale", il cui editore responsabile Edouard Toulouse a sua volta censurava Françoise Minkowska quando cercava di contrastare alle teorie della vita indegna di essere vissuta. (vedi: A. Hautval, Médecine et crimes contre l'humanité, Actes Sud, 1991).
- 70 M. Lafont, l'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les Hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy, (Prefazione di L. Bonnafé e C. David), Éd. De l'AREFPPI, 1987.
- 71 Claude Quételet, Pour une exploration scientifique des archives de la psychiatrie, *l'Information psychiatrique*, 54, 9, 1001 - 1011, 1978
- 72 G. Daumezon, La mortelle amertume, Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir, *l'Information psychiatrique*, 1, 1, 1945.
- 73 Claude Nachim, L'alimentation dans les hôpitaux psychiatriques, *L'information psychiatriques*, numéro spécial, 40, 10, 1964. Claude Nachim, L'Alimentation à l'HP, Paris, Scarbée, 1969.
- 74 G. Massé, D. Ginestet, Lecture des annales pendant l'Occupation: la vie dans les HP entre 1939 et 1945, *Actualités psychiatriques*, 3, 1977, 53 - 56.
- 75 Henri Baruk, L'atresie des aliénés et les syndromes de dénutrition, *Annales médico - psychologiques*, 2, 3, 1945, 255 - 260. [Nach der Dissertation seines Schülers von 1943].
- 76 Misères de la psychiatrie, *Esprit*, numéro spécial, déc. 1952; Le mouvement de rénovation psychiatrique lors des années 40, *Recherches*, 1 - 2, 1970; Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?, *Recherches*, 17, 1975; G. Vadel - Lamarche, G. Preli, L'asile, *Recherches*, 31, fév. 1978.
- 77 M. Lafont, L'extermination douce, Ligné (AREPPI), 1987.
- 78 G. Massé, Les psychiatres ont - ils les mains sales? Und: Les malades mentaux dans la France occupée: mythe et réalité, *Nervure*, 1, fév. 1988, 64 - 68.
- 79 Actes du 5^{ème} colloque de la Société internationale de psychiatrie et de psychanalyse (17.11.90), *Nervure*, 4, 2, mars 1991, (u. a. Bonnet/Quételet a. a. O.; S. Follin, Réflexions sur l'idéologie et les thèses psychiatriques avant de conduire à l'extermination des malades mentaux de 1939 à 1945, *Nervure*, 4, 2, 41 - 43).
- 80 P. Scherrer, un hôpital sous l'Occupation, Paris, Atelier bleu, 1989.
- 81 Marion Rochet, La vie de l'hôpital psychiatrique Saint - Alban sur Limagnole de sept. 1939 à mai 1945, maîtrise d'histoire, juin 1993, Saint - Etienne, [7a, rue Chomier, 42100 Saint - Etienne.]
- 82 Gli archivi solo parzialmente perlustrati si trovano nel Fondo Ellenberger in Saint - Anne; SERHEP in Ville - Evrand nella Association culturelle de Saint - Alban.
- 83 Titolo di un libro di Gaston Bachelard, *Nouvelle esprit scientifique*, Paris 1934. Il suo successore alla cattedra di filosofia era Canguilhem.
- 84 Vedi G. Canguilhem: "Le Normal e le pathologique" Parigi - Nuova edizione 1994.
- 85 Maurice Dide: La nosologia del "Passionerte idealismus" - *Neurologischer Centralblatt* 1913, 11, 688.
- 86 Maurice Dide, *Les Idéalistes passionés*, Paris, Alcan, 1913, 176 p.; Maurice Dide, *Ceux qui combattent et qui meurent*, Paris, Payot, 1916, 250p.; Maurice Dide, *Les _motions et la guerre -*

Réactions des individus et des collectivités dans le conflit moderne, Paris, Alcan, 1918, 277 p.

⁸⁷ Maurice Dide, Introduction à l'étude de la psychogenèse – Essai de biopsychologie évolutive, Paris, Masson, 1926, 221 p.; Maurice Dide, L'Hystérie et l'évolution humaine, Paris, Flammarion, 1935, 250 p.

⁸⁸ Al "Novelty seeking" di C. R. Cloninger corrisponde il "sensation seeking" di Marvin Zuckerman. M. Zuckerman, "Disponibilità al rischio". In queste persone per ragioni sia genetiche che ambientali parti inibitrici neuroadrenergiche sarebbero difficilmente attivabili; nei nevrotici ansiosi è vero il contrario. Il modello dei tre fattori interpretato in modo sia biologico che psicologico di Eysenck (1967)/Tellegen (1985) (Estraversione - Affettività positiva, Psicoticismo -Maestranza, Neuroticismo - Affettività negativa) negli anni 90 è stata amplificata col fattore Ostilità / Cooperazione negativa. Cooperazione ed altri fattori come Apertura, e da Cloninger Spiritualità, Capacità di Resistenza e dipendenza dalla ricompensa, costituiscono il modello dei 5 fattori. Un sesto fattore è stato definito recentemente (B. Andresen (Hamburg), Risikobereitschaft @ - der Zeitschr Diff. Diagn. Psych 16, 1954, 4, 210 – 236, Anche il pioniere K. Pawlik (dimensioni del comportamento) parte da sei fattori simili. Sulla fusione politicamente rilevante fra questa psicologia della personalità e la psicologia sociale autopoetica di Bandura si veda: G. V. Caprara, Structures.

⁸⁹ C. Mangin - Lazarus, Maurice Dide (Paris 1873 – Buchenwald 1944), Un psychiatre et la guerre, Toulouse, Eres, 1944, 175 p.

⁹⁰ Maurice Dide, Paul Guiraud, Psychiatrie du médecin praticien, 1922, 1929.

⁹¹ Il "Mouvement de Libération naturelle" più tardi "Combat" era stata fondata a Marsiglia dal capitano Henry Frenay, Di esso si può dire che si era costituito senza alcun altro criterio ideologico che non quello della resistenza contro i tedeschi e la ripresa della lotta a fianco degli alleati. Henry Noguères, Marcel Degliame - Fouché, Jean - Louis Vigier, Histoire de la Résistance en France. Juin 1940 – Juin 1941, vol. I., Paris, Laffont, 1967, 228.

⁹² Il capo di questa rete Claude Bourdet ha aiutato l'autrice. - C. Bourdet "L'aventure incertaine" Paris, Stock, 1975.

⁹³ L. Kettneracker: Nationalsozialistische Volkstunspolitik im Elsass, Stuttgart DVA 1973.

⁹⁴ Secondo la convincente esposizione del paragrafo Nr. 9.

⁹⁵ R. Burgun, J. Heran, Les médecins restés à Strasbourg face à la politique hitlérienne. Histoire de la médecine à Strasbourg, (in press). J. Heran, La medizinische Fakultät de la Reichsuniversität Strassburg (1941 – 1944) Histoire de la médecine a Strasbourg, (in press). – P. Wechsler, La faculté de médecine de la Reichsuniversität Strassburg à l'heure national – socialiste, Thèse méd., Strasbourg, 1991.

⁹⁶ _ Conte, CNRS, Centre Marcel Bloch, Schiffbauerdamm 19, 10117 Berlin. C. Essner, Institut für Geschichtsforschung, TU Berlin. _ Conte, C. Essner, la Quête de la Race. Une anthropologie du nazisme, Paris, Hachette, 1995.

⁹⁷ Infine la "Blutschutz" (protezione del sangue) e la "Ehegesundheitsgesetz" (legge della sanità del matrimonio) divennero leggi gemelle. Vedi P. Weingart e coll. – "Rasse, Blut und Gene" Frankfurt M. Suhrkamp. 501 f.

⁹⁸ Eiklee (1983) Dokumente zur "Euthanasie" Frankfurt M., 1985, 278.

⁹⁹ L'olocausto come "una pratica di eutanasia" ripetuta milioni di volte. Vedi Schumhl "Rassenhygiene, National socialismus, Euthanasie: von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens" 1890 – 1945, Göttingen Vandenhoeck U. Ruprecht, 1987, 370.

¹⁰⁰ Società Polacca di Psichiatria. L'assassinio dei malati mentali in Polonia 1939 – 1945 – Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN, 1993.

¹⁰¹ P. - A. Taguieff, L'eugenisme, objet de phobie idéologique. Lectures francaises récentes. _sprit, Nov. 1989, 99 - 115, 103. P. – A. Taguieff, La force du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles, Paris, Découverte, 1987, 75 und 87.

- 102 P. – A. Taguieff, L'eugenisme, objet de phobie idéologique. Lectures francaises récentes. *_sprit*, Nov. 1989, 99-115.
- 103 P. – A. Taguieff, La force du préjugé. Essai sur le racisme et ses doubles, Paris, Découverte, 1987, 75.
- 104 CH Paul - Guiraud, 94806 Villejuif.
- 105 Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, 21, rue du Gros - Caillou, 75007 Paris.
- 106 L'opera deriva da una traduzione e da una recensione della letteratura specialistica per provare la sistematica rielaborazione del lavoro di Weingart – Krole – Bayertz e dalla traduzione del lavoro di P. Weindling, "Helath race and German politics between national unification and nazism", Cambridge UK, Cambridge UP, 1989. Vedi anche B. Massin "Le savant, la race et la politique en Allemagne, Thèse en Histoire des sciences" EHESS. - comparsa in tedesco su *Zeitschrift für Geschichte der Anthropologie*, ca. 1998.
- 107 Vedi: G. Kleinpfenning (1993), a. a. O.
- 108 In Francia lo storico della scienza e africanista Patrick Tort ha dimostrato mediante un lavoro colossale, che la baraonda "da sinistra" su Darwin è sostanzialmente infondata.
- 109 B. Laufs, La pratique de la psychiatrie en Allemagne pendant la Seconde Guerre Mondiale, *Nervure*, IV, 2, 1991, 44 - 48.
- 110 E. Klee, "Euthanasie" im NS - Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens", Frankfurt M. Fischer, 1983, 395 f.
- 111 Christine Teller; Carl Schneider "Per la biografia di uno studioso tedesco" "Storia e Società", Gottingen 16.1990.464 - 478.
- 112 Istituto di studi per la psichiatria fondato da E. Kraepelin e oggi Istituto Max Plank a Monaco.
- 113 C. Schneider, Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie, Leipzig, Thieme, 1930.73 f. und 75.

Collana dei Fogli di Informazione

- *F. Basaglia, Conferenze brasiliane*, pp. 100 5
- *P. Tranchina, Il segreto delle pallottole d'argento*. Psicoterapia, servizio pubblico, psicosi, pp. 182 7
- *A cura di G. Rossi, Una casa per lavorare*, pp. 144 7
- *A cura di R. Schoellberger, Psichiatria Democratica e Psicoanalisi nell'ambito di Psichiatria Democratica*, pp. 90 10
- *P. Tranchina, Psicoanalista senza muri*, pp. 15
- *A cura di R. Schoellberger, Il fare nella psicoterapia delle psicosi*, pp. 56 10
- *A cura di P. Tranchina e A. Pirella, Venti anni di Fogli di Informazione - Psichiatria/Psicoterapia/Istituzioni*, pp. 268 20
- *A cura di B. Norcio, Psichiatria e Nazismo*, pp. 64 10
- *A cura di G. Mormina, La malattia mentale a confronto: Oriente e Occidente*, pp. 128 15
- *AA.VV., Psicoterapia concreta I*, Corso di formazione e aggiornamento, pp. 240 20
- *AA.VV., Psichiatria e cura*, Modelli d'intervento, setting e gruppo di lavoro nel servizio psichiatrico pubblico, pp. 304 23
- *A cura di B. Norcio e L. Toresini, Interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno*, Atti del convegno "I soggetti deboli, la protezione civilistica del disabile psichico", pp. 64 10
- *A cura di L. Toresini, Indicatori di qualità e servizi di salute mentale*, pp. 80 7
- *P. Tranchina, Un sagittario venuto male*, Supervisione in salute mentale, pp. 192 20
- *A cura di V. Perwanger e G. Vallazza, Follia e pulizia etnica in Alto Adige*, Atti del convegno omonimo di Bolzano, 10 marzo 1995 10
- *A. Pirella, Il problema psichiatrico*, pp. 148 15
- **Franco Basaglia: la comunità possibile**, I convegno internazionale per la salute mentale, Trieste 20-24 ottobre 1998, pp. 152 15
- **Anticipazione**, Giornate di studio su formazione e psicoterapia delle psicosi, Montepulciano (Siena) 13-14 ottobre 1994, pp. 232 20
- *F. Pitto, Le radici delle questioni attuali in psichiatria transculturale* 5
- **Matrici**, Manicomio Scuola Istituti per minori Psicoanalisi Tecnica Politica Istituzioni nei "Fogli di Informazione" ciclostilati a cura di Agostino Pirella e Paolo Tranchina 20
- *A cura di Ernesto Chiarantoni, Rosario Gangi, Angelina Genovese*
SALUTE MENTALE E QUALITÀ DELLA VITA
NELL' AREA DEL MEDITERRANEO 12