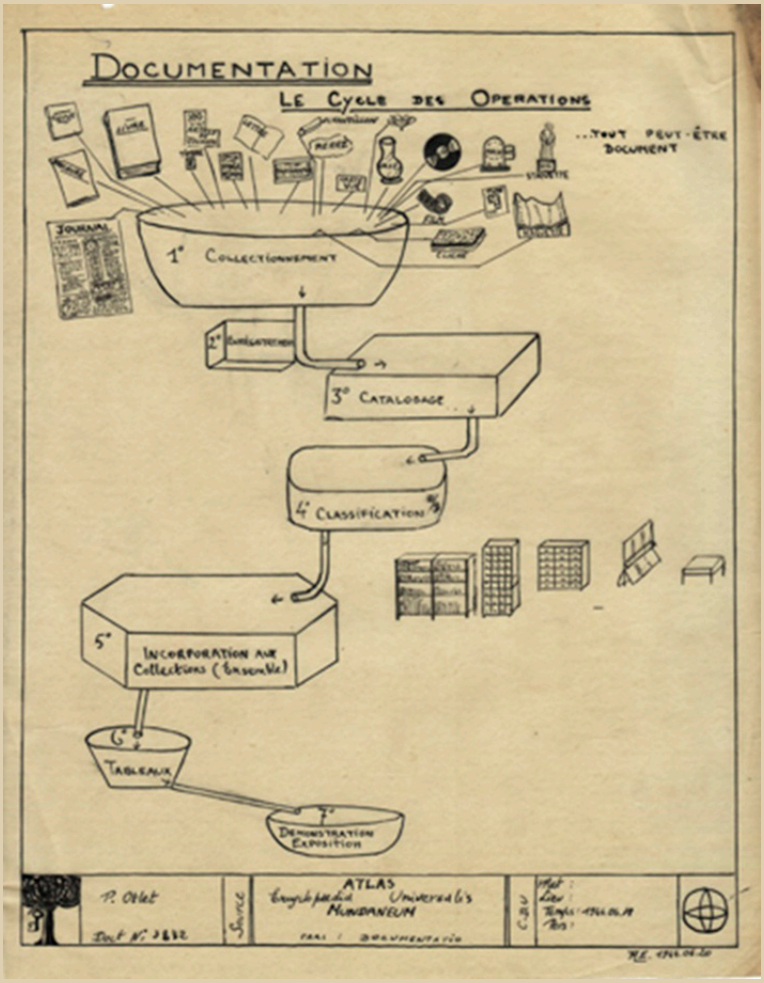
AIDAinformazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

NUMERO 1-2
ANNO 44
GENNAIO-GIUGNO 2026



CACUCCI EDITORE
BARI

AIDAinformazioni

Rivista semestrale di Scienze dell'Informazione

Fondata nel 1983 da Paolo Bisogno

Proprietario della rivista:
Università della Calabria

Direttore Scientifico:
Roberto Guarasci, *Università della Calabria*

Direttore Responsabile:
Fabrizia Flavia Sernia

Comitato scientifico:
Anna Rovella, *Università della Calabria*;
Maria Guercio, *Sapienza Università di Roma*;
Giovanni Adamo, *Consiglio Nazionale delle Ricerche* †;
Claudio Gnoli, *Università degli Studi di Pavia*;
Ferruccio Diozzi, *Centro Italiano Ricerche Aerospaziali*;
Gino Roncaglia, *Università della Tuscia*;
Laurence Favier, *Université Charles-de-Gaulle Lille 3*;
Madjid Ihadjadene, *Université Vincennes-Saint-Dénis Paris 8*;
Maria Mirabelli, *Università della Calabria*;
Agustín Vivas Moreno, *Universidad de Extremadura*;
Douglas Tudhope, *University of South Wales*;
Christian Galinski, *International Information Centre for Terminology*;
Béatrice Daille, *Université de Nantes*;
Alexander Murzaku, *College of Saint Elizabeth*, USA;
Federico Valacchi, *Università di Macerata.*

Comitato di redazione:
Antonietta Folino, *Università della Calabria*;
Erika Pasceri, *Università della Calabria*;
Maria Taverniti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;
Maria Teresa Chiaravalloti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;
Assunta Caruso, *Università della Calabria*;
Claudia Lanza, *Università della Calabria.*

Segreteria di Redazione:
Valeria Rovella, *Università della Calabria*

Editrice: Cacucci Editore S.a.s.
Via D. Nicolai, 39 – 70122 Bari (BA)
www.cacucciedITORE.it
e-mail: riviste@cacucciedITORE.it
Telefono 080/5214220

AIDAinformazioni

Rivista semestrale di Scienze dell'Informazione

«AIDAinformazioni» è una rivista scientifica che pubblica articoli inerenti alle Scienze dell'Informazione, alla Documentazione, all'Archivistica, alla Gestione Documentale e all'Organizzazione della Conoscenza ma amplia i suoi confini in ulteriori campi di ricerca affini quali la Terminologia, la Linguistica Computazionale, la Statistica Testuale, ecc. È stata fondata nel 1983 quale rivista ufficiale dell'Associazione Italiana di Documentazione Avanzata e nel febbraio 2014 è stata acquisita dal Laboratorio di Documentazione dell'Università della Calabria. La rivista si propone di promuovere studi interdisciplinari oltre che la cooperazione e il dialogo tra profili professionali aventi competenze diverse, ma interdipendenti. I contributi pubblicati affrontano questioni teoriche, metodologie adottate e risultati ottenuti in attività di ricerca o progettuali, definizione di approcci metodologici originali e innovativi, analisi dello stato dell'arte, ecc.

«AIDAinformazioni» è riconosciuta dall'ANVUR come rivista di Classe A per l'Area 11 – Gruppo Scientifico Disciplinare 11/HIST-04 – Scienze del libro, del documento e storico-religiose e come rivista scientifica per le Aree 10 – Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche; 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche; 12 – Scienze giuridiche; 14 – Scienze politiche e sociali. È anche annoverata dall'ARES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) tra le riviste scientifiche dell'ambito delle Scienze dell'Informazione e della Comunicazione. La rivista è, inoltre, indicizzata in: ACNP – Catalogo Italiano dei Periodici; BASE –Bielefeld Academic Search Engine; ERIH PLUS – European Reference Index for the Humanities and Social Sciences – EZB – Elektronische Zeitschriftenbibliothek – Universitätsbibliothek Regensburg; Gateway Bayern; KVK – Karlsruhe Virtual Catalog; The Library Catalog of Georgetown University; SBN – Italian union catalogue; Ulrich's; Union Catalog of Canada; LIBRIS – Union Catalogue of Swedish Libraries; Worldcat.

I contributi sono valutati seguendo il sistema del *double blind peer review*: gli articoli ricevuti sono inviati in forma anonima a due referee, selezionati sulla base della loro comprovata esperienza nei topics specifici del contributo in valutazione.

AIDAinformazioni

Anno 44

N. 1-2 – gennaio-giugno 2026

CACUCCI EDITORE

BARI

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© 2026 Cacucci Editore – Bari
Via Nicolai, 39 – 70122 Bari – Tel. 080/5214220
http://www.cacucciedit ore.it e-mail: info@cacucci.it

Ai sensi della legge sui diritti d'Autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms, registrazioni o altro, senza il consenso dell'autore e dell'editore.

Sommario

Contributi

Michele Bevilacqua, Il termine *handicap* nei discorsi istituzionali francesi: categorizzazione e inclusione scolastica tra diritto e scuola 9
Marianne Cailloux, Médiatisations post-coloniales : Équipement info-documentaire du palais-monument de la Porte Dorée 29
Mohamed Anouar Lahouij, Les archives audiovisuelles à l'ère de l'intelligence artificielle : vers des archives intelligentes ? 55
Anna Maria Marras, Oltre gli standard. Costruire, gestire e raccontare un progetto digitale 85
Grazia Serratore, Emanuela Nicole Donato, Rappresentazione della follia femminile durante la Prima Guerra Mondiale: evidenze dall'archivio storico del manicomio di Girifalco 109

Rubriche

Roberto Guarasci, Note in margine a Stefano Moscadelli, a cura di. 2025. *L'Archivio di Mario Bracci. Introduzione ed Inventario*. Ministero della Cultura, Direzione Generale Archivi 133

Contributi

AIDAinformazioni
ISSN 1121–0095
ISBN 979-12-5965-687-2
DOI 10.83409/aida.2026.388
pag. 109-130 (gennaio-giugno 2026)
Open access article licensed under CC-BY-NC-SA

Rappresentazione della follia femminile durante la Prima Guerra Mondiale: evidenze dall'archivio storico del manicomio di Girifalco

Grazia Serratore, Emanuela Nicole Donato*

Abstract: This study analyses diagnoses contained in female medical records from the First World War (1915-1918), preserved in the historical archive of the Girifalco asylum (1881-1978). It aims to systematically examine the diagnostic categories used for the management of female madness during that period. From a methodological perspective, the occurrences of diagnoses were first identified in the transcriptions using AntConc. Subsequently, a manual review of the medical records was conducted, both to validate the extracted data and to retrieve diagnoses from records that had not yet been transcribed. The diagnoses were contextualised within contemporary nosological systems, particularly those of the psychiatrists Emil Kraepelin and Andrea Verga, which were widely adopted in Italy at that time. In conclusion, this study seeks to reconstruct the profile of institutionalised women in the Girifalco asylum during the wartime years and to explore the relationship between psychiatric knowledge and the cultural construction of female madness.

Keywords: Historical archives, Psychiatric nosography, Female madness, Gender studies, First World War

1. L'internamento manicomiale femminile fra la seconda metà dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento: contesto storico e prospettive

A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, il crescente interesse verso gli archivi manicomiali e la documentazione clinica in essi conservata ha contribuito a rinnovare profondamente gli studi di storia della psichiatria, con-

* Dipartimento di Culture, Educazione e Società, Università della Calabria, Rende (CS), Italia; Istituto di Informatica e Telematica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Rende (CS), Italia. srrgrz97r52m208c@studenti.unical.it; grazia.serratore@iit.cnr.it. ORCID: 0009-0009-9481-2213; emanuela.donato@iit.cnr.it. ORCID: 0009-0003-1350-1429.
Il testo è stato scritto in totale collaborazione e accordo tra le autrici, tuttavia i paragrafi 1 e 2 sono da attribuire a Grazia Serratore; i paragrafi 3, 3.1 e 5 a Emanuela Nicole Donato. Le autrici Grazia Serratore e Emanuela Nicole Donato hanno lavorato congiuntamente ai paragrafi 3.2 e 4.

2026, The Author(s). This is an open access article, free of all copyright, that anyone can freely read, download, copy, distribute, print, search, or link to the full texts or use them for any other lawful purpose. This article is made available under a Creative Commons Attribution Share-Alike 4.0 International License. AIDAinformazioni is a journal of the Department of Culture, Education and Society, University of Calabria, Rende (CS), Italy, published by Cacucci Editore, Bari, Italy.

ferendo ai documenti d'archivio lo statuto di fonti privilegiate per le ricerche sulla malattia mentale. Parallelamente, gli studi tradizionalmente orientati alla storia delle istituzioni secondo una prospettiva basagliana o foucaultiana hanno ceduto il passo a un approccio sempre più multidisciplinare, capace di valorizzare la molteplicità di storie che questi archivi storici racchiudono nella loro ricchezza documentale. Tra i diversi filoni di ricerca sviluppati figurano anche i *gender studies*. In questo ambito, particolare attenzione è stata dedicata al ruolo delle donne all'interno delle istituzioni manicomiali, sia come infermiere sia come psichiatre, nonché alla condizione delle donne ricoverate, con un interesse specifico sulle condizioni e le modalità di internamento femminile (Valeriano 2017; Carrino 2018; Bertolo 2021).

Gli studi condotti sugli archivi degli ospedali psichiatrici italiani hanno analizzato le modalità attraverso cui il processo di medicalizzazione della follia femminile si è sviluppato all'interno e per mezzo dell'istituzione manicomiale (Re 2014). Su questo tema Augusta Molinari scrive:

> Dai materiali autobiografici conservati nelle cartelle cliniche del manicomio di Quarto al mare, uno dei due grandi manicomi esistenti a Genova nel primo Novecento, si può rilevare come il percorso dell'internamento manicomiale si delinei per le donne a partire della [sic] famiglia o in stretto rapporto con le gerarchie familiari. Il ricovero avviene, nella maggior parte dei casi, perché la famiglia considera il comportamento privato e pubblico di queste donne socialmente "inadeguato". L'esperienza dell'internamento ha come obiettivo primario quello di riportare i comportamenti femminili in ambiti socialmente accettabili (Molinari 2008, 117).

Tali studi hanno contribuito ad evidenziare come le rappresentazioni della femminilità elaborate dalla scienza, dalla cultura e dall'immaginario sociale dell'epoca abbiano profondamente influenzato le interpretazioni della follia e dell'anormalità femminile, orientando le pratiche diagnostiche verso categorie coerenti con i modelli di genere e con il ruolo sociale tradizionalmente attribuito alle donne. Alla base di queste rappresentazioni del modello di comportamento della donna e di devianza vi era infatti una visione di lunga durata che identificava la piena realizzazione femminile con la maternità, considerata espressione naturale della funzione biologica della donna e, al tempo stesso, risposta a un'esigenza sociale fondamentale: la riproduzione e la formazione di nuovi cittadini (Paolella 2014). In questa prospettiva, la donna folle, che degenerava rispetto al modello atteso, era una donna che non rispondeva alle proprie funzioni naturali, discostandosi dalle leggi della società e della natura.

Nel corso dell'Ottocento, in particolare, la convinzione di una stretta correlazione tra l'insorgenza della malattia mentale femminile e le funzioni dell'apparato riproduttivo costituiva una credenza ampiamente diffusa nell'immaginario culturale e scientifico del tempo. Infatti, i modelli esplicativi della patologia isterica facevano riferimento principalmente a due tipi di eziologia,

una uterina e l'altra nervosa. Quella uterina, pur con i dovuti aggiornamenti, si fondava sull'idea di derivazione ippocratica che l'equilibrio psichico delle donne potesse dipendere dall'utero e in generale dall'apparato riproduttivo, considerati espressione di naturale debolezza e irritabilità, oltre che motore della sensibilità femminile (Fiorino 2002). Le teorie di carattere neurologico trovarono, invece, una sistematizzazione più compiuta nell'opera dello psichiatra Jean-Martin Charcot (1825-1893). Pur prendendo inizialmente in considerazione alcuni elementi della tradizione medica che associava l'isteria alla cosiddetta iperestesia ovarica, Charcot contribuì in modo decisivo a ricondurre il disturbo a una patologia del sistema nervoso, aprendo la strada a nuove interpretazioni cliniche dell'isteria e nuove tecniche per il suo trattamento, quali la suggestione e l'ipnosi (Gilson 2010). Allo stesso modo, già nel 1859, nel suo *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, lo psichiatra Paul Briquet (1796-1881) fu tra i primi a sostenere l'esistenza dell'isteria maschile, mettendo in discussione la tradizionale associazione tra isteria e utero. Secondo il medico francese, infatti, il disturbo poteva manifestarsi anche negli uomini, nelle giovani non ancora sviluppate e nelle donne anziane, dimostrando così che la sua origine non era legata esclusivamente all'influenza dell'apparato riproduttivo femminile (Mai e Merskey 1981).

Nonostante la pluralità di ipotesi eziologiche avanzate in merito alle cause della follia femminile, alcune teorie fisiologiche dell'epoca attribuivano alle caratteristiche biologiche del corpo femminile una diretta influenza sulle facoltà intellettive e morali delle donne; questo assunto avrebbe continuato a orientare il pensiero clinico ben oltre i confini del secolo, mantenendo una significativa persistenza nel discorso scientifico e popolare del Novecento. Medici, alienisti e, perfino, giuristi concordavano, infatti, nel considerare la fragilità del corpo e del temperamento femminile un dato biologico e oggettivo, suscettibile di aggravarsi in circostanze che provocavano notevoli ripercussioni sul fisico e sul sistema nervoso femminile, dando luogo a psicosi puerperali che, insieme all'isteria, condensavano la concezione scientifica e culturale della donna giudicata naturalmente e fisicamente debole. La presunta predisposizione alla debolezza e alla fragilità mentale femminile veniva, conseguentemente, ricondotta a una differenza ritenuta intrinseca e costituzionale rispetto all'uomo. Infatti, come osserva Marina Graziosi, la minore capacità razionale delle donne veniva giustificata dal giurista Giovanni Carmignani (1768-1847) attraverso argomentazioni di carattere fisiologico: «Egli è certo, dietro le osservazioni dei fisiologi, che gli organi della generazione hanno molta influenza su quelli che servono all'intelletto. Nelle femmine la midolla spinale è più debole e delicata che non lo è nei maschi. Quindi han quelle più deboli le forze dello spirito» (Graziosi 2014; Ferrajoli 2023).

In una società patriarcale, in cui l'autorità familiare si trasmetteva dal padre al marito, i comportamenti femminili ritenuti devianti veniva-

no ricondotti a manifestazioni di malattia mentale, determinando una progressiva psichiatrizzazione dei comportamenti femminili. Le internate nei manicomi risultavano pertanto assoggettate alle norme di un'istituzione – e ancor prima di una società – edificata da uomini e che concepiva la figura femminile come un essere biologicamente inferiore. Il quadro fin qui delineato si arricchisce ulteriormente se si considera il contesto bellico della Prima Guerra Mondiale. Fin dai primi mesi successivi allo scoppio del conflitto, si registrò un significativo incremento degli ingressi, sia maschili che femminili, negli istituti manicomiali italiani e, di conseguenza, del numero complessivo dei ricoverati. È stato stimato che tra i soli militari italiani almeno 40.000 uomini furono internati in manicomio nel corso della guerra, mentre rilevanti furono anche le ricadute psicologiche sulla popolazione civile (Paolella 2014). La Grande Guerra costituì una fonte di traumi profondi non soltanto per i soldati impegnati al fronte, ma anche per le donne, le cui esperienze traumatiche si tradussero spesso in ricoveri ed internamenti manicomiali (Valeriano 2016). Le donne, infatti, si trovarono spesso a dover fronteggiare la partenza per il fronte dei propri padri, mariti e figli – vale a dire delle figure maschili che, fino ad allora, avevano detenuto l'autorità decisionale all'interno del nucleo familiare. A ciò si sommava il peso dell'incertezza sul destino dei propri cari, unito alla necessità di farsi carico, in loro assenza, di tutte quelle responsabilità che la divisione tradizionale dei ruoli aveva sino a quel momento riservato agli uomini. Anche nei contesti rurali, già caratterizzati da rigide gerarchie patriarcali e da una netta definizione dei ruoli di genere, il conflitto si inserì come elemento di forte discontinuità, contribuendo a mettere in discussione, almeno in parte, gli assetti tradizionali consolidati (Molinari 2001; 2008). Sebbene le donne siano state tra le più direttamente esposte agli effetti del conflitto – poiché la loro vita quotidiana fu profondamente trasformata dalla guerra – le informazioni disponibili sull'esperienza bellica delle donne, soprattutto se appartenenti ai ceti subalterni, sono limitate. Il disagio psichico in tempo di guerra ha, dunque, tradizionalmente privilegiato una prospettiva maschile, incentrata sulle nevrosi di guerra e sulla condizione psicopatologica dei combattenti e dei reduci dal fronte, trascurando la popolazione femminile internata nel medesimo arco cronologico. Eppure le donne non furono estranee alle ricadute psicopatologiche del conflitto: private dei principali riferimenti familiari maschili, si trovarono a sostenere un carico di responsabilità domestiche, economiche e sociali inedito, in un quadro culturale che continuava a definirle esclusivamente attraverso il ruolo di madri e mogli (Greco 2018).

Affinché la storia manicomiale non si configuri come una "storia di uomini", relegando ulteriormente ai margini l'esperienza dell'internamento femminile, risulta fondamentale approfondire questo filone di ricerca mediante lo studio dei materiali d'archivio, sviluppando un percorso di indagine incentrato

sulle donne e sulle diverse modalità con cui esse vissero la guerra, nonché sulle conseguenze che tali esperienze ebbero sul loro equilibrio psichico (Cremonini 1992). È precisamente in questo snodo – tra pratiche diagnostiche dell'istituzione manicomiale, teorie psichiatriche del tempo e trauma collettivo prodotto dalla Grande Guerra – che si inserisce il caso di studio qui presentato. Il presente contributo si propone di condurre un'analisi sistematica delle diagnosi cliniche estrapolate dalle cartelle cliniche delle pazienti ricoverate presso l'Ospedale Psichiatrico di Girifalco nel quadriennio 1915-1918, con l'obiettivo di ricostruire le logiche classificatorie che hanno sostenuto i processi di medicalizzazione della follia femminile all'interno dell'istituzione manicomiale. La scelta di esplorare nello specifico le diagnosi associate alle donne ricoverate nel periodo della Prima Guerra Mondiale risponde, poi, all'intento di approfondire la condizione dell'internamento femminile durante il periodo bellico. Le cartelle cliniche offrono, infatti, un osservatorio privilegiato per indagare le interdipendenze tra i sistemi di classificazione psichiatrica del tempo, la concezione culturale e sociale della natura femminile e le pratiche di internamento nel periodo della Prima Guerra Mondiale. Ogni cartella clinica racchiude non soltanto una storia clinica individuale, ma le tracce di un più ampio processo di costruzione e utilizzo delle teorie psichiatriche e di sedimentazione delle differenze di genere attraverso la pratica diagnostica.

2. Sistemi nosologici e di classificazione

Per comprendere appieno le dinamiche dell'internamento manicomiale femminile, è necessario collocare la pratica medica e diagnostica nel contesto storico, culturale e scientifico in cui essa si sviluppò, tenendo conto dei sistemi nosografici all'epoca vigenti – ovvero delle classificazioni sistematiche delle malattie secondo criteri definiti, volti a organizzare le entità patologiche in categorie diagnostiche coerenti. La psichiatria europea conobbe una profonda trasformazione a partire dalla seconda metà del XIX secolo, quando il problema della classificazione delle malattie mentali si impose con rinnovata urgenza. Infatti, mentre le patologie somatiche avevano ormai raggiunto una sistematizzazione nosografica pressoché consolidata, fondata sull'eziologia e sull'anatomia patologica, le malattie mentali continuavano a presentarsi come sindromi cliniche definite da insiemi di segni e sintomi privi di una causa organica nota, ad eccezione delle forme infettive, tossiche e metaboliche (Salomone e Arnone 2009).

I primi sistemi di classificazione delle malattie mentali moderni furono proposti dagli psichiatri francesi Philippe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). Fu proprio a partire dall'opera di Pinel che si affermò in modo definitivo la concezione delle malattie mentali come

entità nosologiche autonome e distinte da altre patologie, conferendo alla loro sistematica classificazione una maggiore rilevanza scientifica.

Nel 1874, durante il primo congresso della Società Freniatrica Italiana, venne approvato in via provvisoria il sistema nosografico elaborato da Andrea Verga (1811-1895), considerato uno dei padri fondatori della psichiatria italiana. Verga cercò di individuare relazioni di causa-effetto tra le lesioni cerebrali e i sintomi psichiatrici, proponendo una classificazione che potesse fornire criteri diagnostici condivisi (Verga 1874). L'approvazione di un sistema di classificazione comune rispondeva soprattutto all'esigenza di realizzare un censimento generale e uniforme degli alienati ricoverati negli istituti manicomiali del Regno d'Italia in tempi rapidi, poiché i risultati del censimento dovevano essere trasmessi entro il 31 dicembre 1874 alla rivista *Archivio italiano per le malattie nervose*, accompagnati da osservazioni personali dei singoli medici (Salomone e Arnone 2009). Anche se il sistema di classificazione verghiano non fu esente da critiche e non venne considerato da tutti gli psichiatri del tempo come un modello definitivo e universalmente valido, per la prima volta, questo offriva agli psichiatri italiani un insieme di categorie concettuali comuni e riconosciute per la formulazione delle diagnosi. Infatti, pur subendo nel tempo modifiche e adattamenti, il sistema proposto da Verga rappresentò la prima classificazione psichiatrica uniforme riconosciuta a livello nazionale in Italia e la sua introduzione segnò un passaggio significativo verso la costruzione di una pratica psichiatrica capace di superare i tradizionali particolarismi regionali.

Nel dettaglio, nel sistema nosografico elaborato da Verga, la terminologia adottata riflette un preciso tentativo di sistematizzazione scientifica del lessico psichiatrico (Verga 1876). Il termine *frenopatia* viene utilizzato come categoria generale per indicare le malattie mentali, considerate manifestazioni patologiche accidentali e determinate dall'azione concomitante di cause specifiche, il cui decorso può condurre alla guarigione, alla cronicizzazione oppure alla morte. Il termine *frenosi* indica le diverse forme di follia cronica e apiretica, attribuite a condizioni quali, ad esempio, allucinazioni, epilessia, isterismo, puerperio, paralisi generale progressiva, o senilità. Le *frenosi* vengono poi distinte in forme semplici e complicate: le prime interessano prevalentemente la sfera intellettiva o affettiva, mentre le seconde si accompagnano a disturbi sensoriali, motori e delle funzioni organiche. La *frenastenia* comprende invece le infermità mentali congenite, come idiozia, imbecillità e cretinismo. Le *frenastenie* sono interpretate, quindi, come espressioni di una predisposizione costituzionale o di una degenerazione organica. Verga riprende, poi, le forme elementari tradizionali della nosografia psichiatrica – mania, monomania, melanconia o lipemania e demenza – integrandole con la pazzia morale e la pazzia circolare. La melanconia, o lipemania, è ulteriormente distinta in due sottotipi: semplice e con stupore. Anche la demenza è oggetto di una classificazione più articolata, che la suddivide in essenziale, primitiva, e consecutiva.

Tuttavia, nel corso degli ultimi decenni dell'Ottocento il problema della classificazione delle malattie mentali tornò spesso al centro del dibattito psichiatrico italiano. Già durante il Congresso della Società Freniatrica Italiana del 1886 venne affrontata nuovamente la questione nosografica, in relazione alla proposta elaborata dalla Commissione per la Statistica internazionale degli alienati, istituita nel Congresso di Anversa del 1885 come un pionieristico precursore dei sistemi internazionali di raccolta dei dati sanitari. In tale occasione Augusto Tamburini (1848-1919) presentò uno schema classificatorio articolato in sette grandi gruppi diagnostici: le psicosi congenite; le psicosi semplici e acute; le psicosi croniche consecutive; le psicosi croniche primitive; le psicosi complicate con paralisi; le psicosi convulsive; e, infine, le psicosi tossiche (Salomone e Arnone 2009). Questa classificazione venne approvata dal Congresso, anche se il dibattito nosografico italiano era già stato profondamente influenzato dalla classificazione elaborata dallo psichiatra Enrico Morselli (1852-1929) nel 1883 e considerata da molti studiosi il più ambizioso tentativo di costruire una classificazione scientificamente fondata delle malattie mentali in Italia (Morselli 1885). L'obiettivo di Morselli era quello di superare le tradizionali classificazioni descrittive attraverso criteri maggiormente ancorati all'eziologia, all'evoluzione clinica e alle conoscenze biologiche allora disponibili (Babini 2011).

Nonostante questi tentativi di sistematizzazione, il modello nosografico destinato a esercitare l'influenza più profonda sulla psichiatria italiana dei primi decenni del Novecento, e non solo, fu quello elaborato dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin (1856-1926). La ricezione del pensiero kraepeliniano, attraverso la diffusione delle sue opere più note, tra cui *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* e *Die Erscheinungsformen des Irreseins*, segna l'affermazione di un orientamento scientifico sempre più legato ai modelli della psichiatria tedesca (Babini 2011). L'originalità del sistema di Kraepelin non consisteva semplicemente nell'introduzione di nuove categorie diagnostiche, come la *dementia praecox*, ma soprattutto nell'elaborazione di un diverso modo di concepire la malattia mentale e la cura dei pazienti. Fino ad allora i tentativi di condurre una classificazione delle patologie psichiatriche si erano basati prevalentemente sull'osservazione dei sintomi presenti in un determinato momento clinico. Kraepelin riteneva, invece, che per individuare vere entità morbose fosse necessario considerare anche altri aspetti, quali l'eziologia, cioè la causa del disturbo; il decorso della malattia nel tempo; e il suo esito finale o prognosi. Secondo questa prospettiva, sintomi apparentemente diversi potevano appartenere alla stessa malattia se condividevano un'evoluzione clinica comune, mentre quadri sintomatologici simili potevano essere distinti qualora presentassero decorso e prognosi differenti (Berrios e Hauser 1988). Egli distingueva le psicosi esogene, determinate da cause esterne all'organismo, come intossicazioni, infezioni o traumi, dalle psicosi endogene, attribuite a fattori

costituzionali e biologici propri dell'individuo. Tra le tipologie di psicosi endogene Kraepelin contribuì a definire, in modo rivoluzionario, la psicosi maniaco-depressiva e la *dementia praecox* (Berrios 1988; Zivanovic e Nedic 2012). La prima comprendeva un ampio spettro di manifestazioni dell'umore e ciò che accomunava queste condizioni non era tanto la natura dei sintomi quanto il loro andamento episodico e la relativa conservazione delle funzioni psichiche tra un episodio e l'altro. Kraepelin riteneva che tali disturbi fossero sostenuti da un meccanismo biologico ereditario e che presentassero una prognosi relativamente favorevole rispetto alle altre forme di psicosi. Ancora più innovativa fu l'introduzione della categoria di *dementia praecox*. Kraepelin riunì infatti sotto un'unica entità diagnostica sindromi che fino ad allora erano state considerate disturbi distinti, come l'ebefrenia, la catatonia e le forme paranoidi. La loro unificazione non era dovuta alla presenza degli stessi sintomi, ma alla condivisione di un decorso caratterizzato da progressivo deterioramento delle funzioni psichiche. Questa impostazione contribuì alla costruzione di una nosografia centrata sul decorso clinico, sull'eziologia e sul presunto substrato organico delle malattie mentali, delineando la celebre dicotomia tra *dementia praecox* e psicosi maniaco-depressiva, che avrebbe esercitato una profonda influenza sulla psichiatria del XX secolo e costituito la base teorica delle successive categorie diagnostiche di schizofrenia e disturbo bipolare (Jablensky 2007).

Le difficoltà intrinseche ad ogni tentativo classificatorio furono riconosciute dagli stessi psichiatri del Novecento. Emblematiche, a questo proposito, risultano le riflessioni di Lucio Bini (1908-1964), il quale sottolineava come la persistente ignoranza riguardo alle cause delle malattie mentali, ai meccanismi di funzionamento del cervello e all'influenza dei fattori ambientali rendesse estremamente difficile l'elaborazione di criteri diagnostici stabili e universalmente condivisi (Salomone e Arnone 2009). Da tale incertezza derivò la proliferazione di numerosi sistemi nosografici concorrenti, ciascuno fondato su differenti presupposti teorici. Le osservazioni di Bini evidenziano, quindi, un aspetto fondamentale della storia della psichiatria: le classificazioni non rappresentano soltanto strumenti tecnici di ordinamento delle malattie, ma riflettono il livello delle conoscenze scientifiche di una determinata epoca. I numerosi tentativi di categorizzare la follia testimoniano pertanto lo sforzo continuo della disciplina psichiatrica di dare forma e significato a fenomeni la cui natura rimaneva in larga misura sconosciuta e, soprattutto, di definire il proprio oggetto di studio.

Tuttavia, quando tali sistemi di classificazione venivano applicati alle pazienti donne, questi si caricavano di significati che trascendevano la dimensione strettamente clinica per investire la sfera morale e sociale, rivelando come il discorso psichiatrico egemonico operasse al contempo come catalizzatore di inclusione ed esclusione sociale e come strumento di definizione della femminilità secondo alcune norme sociali (Foucault 1985). All'interno di questo

quadro, i sistemi nosografici che organizzavano le categorie diagnostiche non erano meri strumenti tecnici neutri, ma vere e proprie sovrastrutture ideologiche: essi contribuivano attivamente a costruire l'idea di follia femminile, riflettendo e al tempo stesso riproducendo le categorie attraverso cui la psichiatria italiana del primo Novecento interpretava e normalizzava le devianze dalla norma di genere.

In questo contesto, ad esempio, l'isteria era ancora considerata, in linea con la scuola francese di Jean-Martin Charcot, una nevrosi caratterizzata da sintomi motori, sensoriali e affettivi ed era spesso interpretata come una debolezza costituzionale del sistema nervoso. La psicosi isterica, invece, non era una categoria uniforme, ma indicava forme più gravi e prolungate di disturbi isterici, caratterizzati da stati con deliri, alterazioni della coscienza, confusione mentale.

Inoltre, era ancora diffusa l'idea che la psiche femminile fosse strettamente legata alle fasi del ciclo riproduttivo, interpretate come momenti di particolare vulnerabilità, durante i quali la donna risultava più esposta a crisi depressive, deliranti o stati confusionali. In questo quadro ideologico venivano utilizzate le categorie di *psicosi mestruali*, *psicosi puerperali* e *psicosi della menopausa*.

Nel periodo storico considerato, un ulteriore elemento ideologico tipico del processo di attribuzione della diagnosi era la tendenza a ridimensionare o reinterpretare i fattori esterni, come la guerra, a favore di cause interne all'individuo a giustificazione dell'insorgenza della malattia mentale. Anche nel caso di eventi fortemente traumatici – come la Grande Guerra – questi erano considerati soltanto fattori contingenti, incapaci di provocare da soli la malattia mentale. Si sosteneva piuttosto che, quando un soggetto sviluppava una psicosi o uno stato depressivo, fosse presente una più profonda predisposizione di tipo endogeno. Analogamente a quanto avveniva per i soldati traumatizzati al fronte, infatti, anche la follia femminile veniva considerata come un segnale di "debole immunità psichica" (Del Rio 1916); si trattava, dunque, di individui che si ammalavano non tanto per la forza degli eventi esterni, quanto per una fragilità costituzionale preesistente. In questa prospettiva, se una donna, pur provata da lutti, ansie e attese angoscianti, cadeva in stati di malinconia o di delirio, la causa andava ricercata altrove: in una predisposizione ereditaria o in «modificazioni fisiologiche della vita sessuale» (Del Rio 1916). In questo modo la guerra veniva assolta come causa diretta della malattia mentale, poiché la responsabilità della malattia mentale veniva spostata sul soggetto stesso che ne era affetto (Paolella 2014).

3. Metodologia

Questo paragrafo illustra le scelte metodologiche adottate, con particolare riferimento alle modalità di selezione del corpus documentale oggetto di studio e alle tecniche di analisi delle diagnosi.

3.1. Corpus documentale

Il manicomio di Girifalco, struttura attiva in provincia di Catanzaro dal 1881 al 1978, ha registrato in quasi un secolo di attività 22.415 ingressi (14.661 uomini, 7.754 donne) (Marcello 1995, 363; Chiaravalloti e Taverniti 2021) e, ad oggi, l'archivio storico custodisce un totale di 15.794 fascicoli personali dei pazienti.

L'archivio storico è stato al centro di due importanti progetti di valorizzazione e recupero: il primo, ALPHA (eAsy inteLligent service Platform for Healthy Ageing), avviato nel 2014 dall'Istituto di Informatica e Telematica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IIT-CNR), in collaborazione con l'ICAR (Istituto di Calcolo e Reti ad Alte Prestazioni) CNR di Napoli e il Centro Regionale di Neurogenetica di Lamezia Terme (CZ) e, a seguire, il progetto PRIN 2022 PNRR DILIGO (DIgital preservation, LInguistic analysis and valorization of historical archive of the former psychiatric hospital of GirifalcO). Quest'ultimo, guidato dall'IIT-CNR in collaborazione con le Università di Foggia e di Napoli "Federico II", ha previsto l'acquisizione di 3.000 cartelle cliniche relative agli anni 1932-1944 e attività di trascrizione, annotazione e analisi linguistica della documentazione clinica relativa ai periodi della Prima Guerra Mondiale (1915-1918) e del Ventennio fascista (1922-1944).

Ai fini del presente studio, il corpus documentale considerato è stato circoscritto alle cartelle cliniche femminili redatte nel quadriennio 1915-1918, ovvero nel periodo corrispondente al Primo Conflitto Mondiale, che ammontano complessivamente a 105 unità – distribuite per anno come illustrato nella Tabella 1.

ANNO	NUMERO TOTALE DI CARTELLE CLINICHE	NUMERO DI CARTELLE CLINICHE FEMMINILI
1915	65	28
1916	98	20
1917	237	31
1918	365	26

Tabella 1. Cartelle cliniche totali e femminili per ciascun anno per il periodo considerato 1915-1918.

Per queste è stato possibile disporre delle trascrizioni precedentemente realizzate nell'ambito del già citato progetto PRIN 2022 PNRR DILIGO[1]. Nel

[1] Tra gli output del progetto DILIGO, realizzati dalle unità dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" e dell'Università degli Studi di Foggia, rientrano analisi relative al lessico delle diagnosi, dei sintomi e delle terapie. Tali attività sono state condotte sulla documentazione clinica attraverso lo studio delle collocazioni lessicali e hanno costituito le basi per l'elaborazione di tre glossari specialistici dedicati. Cfr. (Dovetto e Frías Urrea 2025) e (Dovetto et al. 2025). Il progetto ha inoltre previsto, a cura dell'IIT-CNR (sede di Rende), l'addestra-

dettaglio, il progetto ha previsto la trascrizione di tutte le cartelle cliniche redatte per gli anni 1915 e 1916, effettuando invece un campionamento di 50 cartelle cliniche per anno (25 uomini e 25 donne) per il biennio 1917-1918. Delle 105 cartelle cliniche femminili disponibili per il periodo considerato, erano presenti 98 trascrizioni. Infatti, per l'anno 1917 risultavano trascritte 25 cartelle cliniche su un totale di 31, mentre per il 1918 erano trascritte 25 cartelle rispetto alle 26 conservate. Le 7 cartelle cliniche appartenenti al quadriennio ma non trascritte sono state analizzate consultando direttamente le relative immagini digitalizzate.

3.2. Approccio metodologico per l'analisi del corpus

Sul piano metodologico, le 98 trascrizioni disponibili per le cartelle cliniche relative al periodo 1915-1918 sono state sottoposte ad una revisione preliminare al fine di garantire una maggiore uniformità dei testi esaminati e rappresentatività del lessico analizzato; tale processo ha infatti previsto la rimozione delle annotazioni e delle note inserite dai trascrittori. Successivamente, le trascrizioni sono state organizzate in file distinti, ciascuno corrispondente a una specifica cartella clinica, così da mantenere una corrispondenza univoca tra ogni file di trascrizione e la relativa cartella clinica trascritta.

I file sono stati successivamente analizzati mediante il software AntConc, toolkit per le analisi linguistiche computazionali di corpora, largamente impiegato in particolare per l'analisi di testi specialistici e settoriali. L'analisi è stata condotta utilizzando la funzionalità *KeyWord In Context* (KWIC), che consente di visualizzare un termine o un'espressione di interesse all'interno del proprio contesto di occorrenza. Utilizzando questa funzionalità è stata effettuata una ricerca per "diagnosi clinica", campo appositamente predisposto nella tabella nosologica delle cartelle cliniche e utilizzato per annotare le diverse formulazioni diagnostiche per ciascuna paziente. Poiché le diagnosi sono spesso caratterizzate da formulazioni linguisticamente molto articolate ed estese, al fine di assicurare una corretta identificazione delle entità di interesse senza perdita di termini rilevanti, è stato scelto di impostare come parametro di ricerca iniziale una finestra di contesto pari a 7 token (context size = 7) a destra rispetto all'occorrenza di "diagnosi clinica" nel testo. Le entità di interesse costituiscono il contenuto utilizzato per valorizzare il campo considerato e, pertanto, generalmente si collocano immediatamente dopo. Come illustrato in Figura 1, la funzione KWIC applicata alla ricerca della stringa "diagnosi

mento di un modello di riconoscimento del testo manoscritto, finalizzato ad automatizzare e rendere più efficiente il processo di trascrizione delle cartelle cliniche. Parallelamente, è stata sviluppata e implementata una piattaforma ad accesso controllato per la consultazione delle cartelle cliniche digitalizzate e delle relative trascrizioni. Cfr. (Serratore, Donato et al. 2025) e (Serratore, Portaro et al. 2025).

clinica" ha, quindi, consentito di individuare in modo sistematico le diagnosi registrate nelle singole cartelle cliniche.

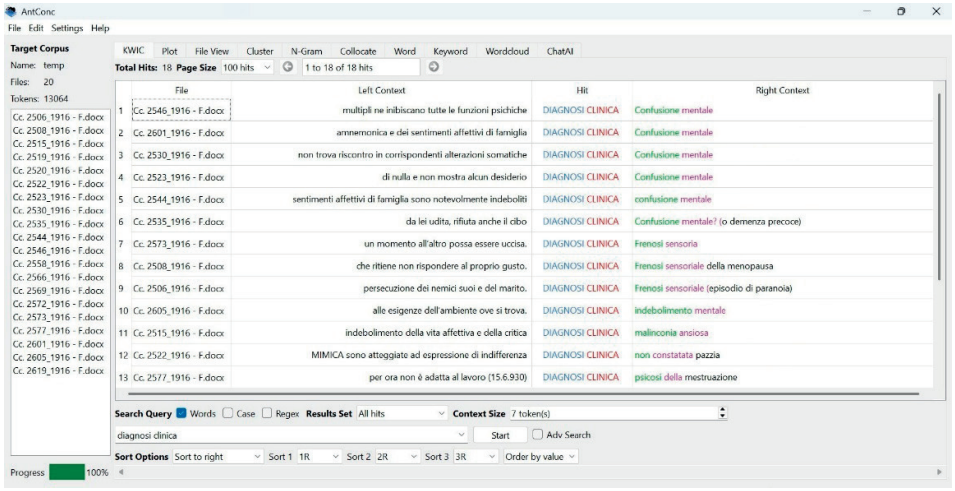


Figura 1. Esempio di diagnosi cliniche estrapolate mediante il software AntConc.

L'estrazione delle diagnosi è stata seguita da una revisione manuale dell'intero corpus considerato (105 cartelle cliniche), con una duplice finalità: da un lato, verificare la correttezza e la completezza dei dati estratti automaticamente, correggendo eventuali omissioni o ambiguità interpretative legate al processo di trascrizione; dall'altro, raccogliere le occorrenze delle entità diagnostiche per le cartelle cliniche per cui non erano disponibili le trascrizioni.

Le diagnosi così ottenute sono state successivamente analizzate sia dal punto di vista della loro frequenza sia alla luce dei presupposti teorici dei principali modelli nosografici di riferimento dell'epoca, con particolare attenzione a quelli elaborati dagli psichiatri Andrea Verga ed Emil Kraepelin. Tra i numerosi sistemi di classificazione delle malattie mentali sviluppati tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, si è scelto di privilegiare questi due modelli nosografici in virtù della loro rilevanza storica e scientifica.

Come già visto in precedenza, infatti (§2), il sistema nosografico di Andrea Verga riveste un ruolo centrale nella storia della psichiatria italiana, poiché fu il primo a essere adottato ufficialmente a livello nazionale, in seguito alla sua approvazione da parte del Congresso della Società Freniatrica Italiana. Il modello elaborato da Emil Kraepelin è stato, invece, preso in considerazione per l'influenza determinante che questo continua ad esercitare sulla psichiatria moderna. Le innovazioni introdotte da Kraepelin contribuirono infatti a ridefinire i criteri di classificazione dei disturbi mentali e costituirono un punto di riferimento fondamentale per l'evoluzione della disciplina nel corso

del Novecento, lasciando un'eredità che continua a essere riconoscibile anche nei sistemi diagnostici contemporanei.

L'analisi semantica delle entità diagnostiche estrapolate, in rapporto ai due sistemi di classificazione considerati, ha permesso di ancorare le diagnosi rinvenute nelle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco a un orizzonte nosografico storicamente contestualizzato, consentendo sia di delineare il profilo della popolazione femminile internata durante il periodo bellico sia di approfondire il rapporto tra sapere psichiatrico istituzionale e costruzione storico-culturale del concetto di follia femminile nell'Italia del primo Novecento.

4. Dalle cartelle cliniche all'interpretazione delle diagnosi

Le diagnosi analizzate in questo studio sono state estratte da 105 cartelle cliniche appartenenti a pazienti femminili e conservate nell'archivio storico del manicomio di Girifalco, relative al periodo 1915-1918. Dal numero di cartelle cliniche femminili rilevate, come evidenziato in Tabella 1, emerge come le donne costituissero una netta minoranza della popolazione manicomiale di Girifalco; questa circostanza non va interpretata come assenza di sofferenza psichica femminile, bensì come effetto di dinamiche sociali specifiche: la follia femminile era più agevolmente contenuta all'interno delle mura domestiche, affidata alla vigilanza informale della rete parentale, e solo più raramente culminava con l'internamento manicomiale. Dinamiche analoghe risultano riscontrabili anche in periodi storici diversi rispetto a quello qui analizzato (Greco 2018).

Per ciascuna delle 105 cartelle cliniche esaminate è stato possibile individuare almeno una diagnosi clinica. Tra queste, in 7 casi le cartelle cliniche riportavano al loro interno più formulazioni diagnostiche, contrassegnate da una numerazione progressiva che ha consentito di distinguere le diverse diagnosi attribuite alla stessa paziente nel corso di ricoveri successivi. Si tratta di una modalità di registrazione che documenta l'evoluzione del quadro clinico o la sua reinterpretazione nel tempo da parte dei medici. Ne sono un esempio le diagnosi *1. malinconia delirante; 2. stato maniaco; 3. stato maniaco; 4. psicosi periodica* oppure *1. non raggiunge gli estremi; 2. frenastenia*, nelle quali è possibile osservare il susseguirsi di differenti valutazioni cliniche riferite alla medesima paziente.

Le 105 stringhe estrapolate in relazione al campo "diagnosi clinica", al netto delle ripetizioni, possono essere ricondotte a 76 etichette diagnostiche uniche. Questa elevata variabilità lessicale è dovuta all'uso di formulazioni fortemente descrittive, spesso costruite come enunciati specifici per il singolo caso clinico e dunque difficilmente replicabili nella medesima forma grafica per la valutazione di altre pazienti. Infatti, formulazioni come *vizio cardiaco e nefrite interstiziale con assenza di disturbi psichici* oppure *stato maniaco in soggetto isterico*

- *psicosi isterica* inquadrano rapidamente la condizione clinica di una paziente, tenendo conto di eventuali comorbilità e, al tempo stesso, evidenziando la forte dipendenza della diagnosi dal singolo caso clinico. In questo contesto, la diagnosi non si presenta dunque come una categoria stabile e formalizzata, ma come sintesi tra sintomi osservati ed interpretazione medica.

L'etichetta diagnostica più frequentemente attestata nel corpus è *confusione mentale*, con 13 occorrenze, seguita da *stato maniaco* e *non constatata pazzia*, entrambe documentate rispettivamente in 8 casi. La predominanza della diagnosi di *confusione mentale* appare particolarmente significativa, poiché riflette il carattere ampio e relativamente indeterminato di questa diagnosi nella pratica medica. Con tale espressione venivano infatti descritti quadri clinici caratterizzati da alterazioni dello stato di coscienza, disorientamento, agitazione psicomotoria, incoerenza del pensiero e difficoltà nel mantenimento di un contatto ordinato con la realtà. Proprio per la sua scarsa specificità, questa etichetta diagnostica poteva essere applicata a condizioni patologiche molto diverse tra loro e veniva spesso utilizzata in presenza di sintomi acuti la cui eziologia o classificazione risultavano ancora incerte. Nel corpus analizzato, *confusione mentale* sembra svolgere dunque una funzione diagnostica particolarmente flessibile. Se in 13 casi essa compare come diagnosi autonoma, in altri 7 casi assume il ruolo di specificazione di una condizione clinica ritenuta preesistente o costituzionale. Lo dimostrano formulazioni quali *confusione mentale in soggetto originariamente deficiente* e *confusione mentale in frenastenica*, nelle quali il disturbo psichico viene interpretato alla luce di una presunta predisposizione patologica già attribuita alla paziente. In queste espressioni, la diagnosi non si limita a descrivere uno stato psicopatologico momentaneo, ma si inserisce all'interno di una più ampia narrazione clinica che tende a ricondurre l'episodio morboso a caratteristiche congenite del soggetto. L'elevata frequenza di tale categoria sembra indicare, inoltre, una modalità di formulazione della diagnosi orientata a combinare l'osservazione dei sintomi riscontrati al momento dell'esame obiettivo con interpretazioni fondate su presunti fattori costituzionali, ereditari o degenerativi. Particolarmente interessante appare, poi, la formulazione diagnostica *confusione mentale? (o demenza precoce)*: il punto interrogativo introduce, infatti, nella formula diagnostica un elemento di incertezza esplicita che documenta i limiti del giudizio clinico. La presenza del punto interrogativo nella formula diagnostica è un segno interpretativo interessante e ricorrente: il clinico non rinuncia alla diagnosi, ma ne segnala la provvisorietà, aprendo uno spazio di indeterminatezza che la logica classificatoria dovrebbe, invece, normalmente chiudere.

L'analisi dei contesti di utilizzo della diagnosi di *stato maniaco* evidenzia, invece, una sua sistematica qualificazione in senso eziologico. In 11 casi, infatti, tale etichetta non compare come formulazione autonoma, ma all'interno di diagnosi più articolate che ne specificano l'origine attraverso il riferimento

a condizioni patologiche di natura congenita o infettiva. Si osservano, in particolare, formulazioni quali *stato maniaco da infezione tifosa*, *stato maniaco da infezione da melitensis*, *stato maniaco in soggetto tubercoloso*, *stato maniaco in soggetto diabetico* e *stato maniaco in soggetto sifilitico*. Queste espressioni contribuiscono a delineare un quadro nosografico in cui il disturbo psichico viene costantemente ricondotto a una causa organica identificabile, costruendo così un nesso diretto tra manifestazione mentale e substrato corporeo. Tale tendenza riflette un orientamento tipico della psichiatria dell'epoca, che cercava la propria legittimazione scientifica all'interno di un paradigma di tipo organicista. In questa prospettiva, la malattia mentale viene interpretata come effetto secondario di condizioni fisiche verificabili, secondo un modello esplicativo che attribuisce al corpo un ruolo causale primario nella genesi dei disturbi psichici (Berrios 1996; Fiorino 2002).

Sembra dunque seguire il medesimo approccio anche la diagnosi di *stato maniaco in soggetto isterico*, nella quale, analogamente alle altre formulazioni precedentemente analizzate, il quadro psicopatologico viene inserito all'interno di una cornice eziologica che ne orienta l'interpretazione. In questo caso, l'isterismo non è presentato come una condizione contingente o esclusivamente sintomatica, ma viene piuttosto ricondotto a una componente considerata già insita nella costituzione femminile della paziente. In tal modo, la diagnosi contribuisce a naturalizzare il disturbo, collocandolo entro un orizzonte interpretativo che enfatizza la predisposizione individuale e, in particolare, la dimensione corporea e di genere come fattori originari della patologia.

Inoltre, all'interno delle cartelle cliniche analizzate ricorrono formulazioni quali *pazzia indotta in soggetto isterico*, *psicosi ideativa (stato maniaco in soggetto isterico)*, *psicosi indotta in soggetto isterico*. Questo uso riflette la tendenza a considerare l'isteria come una fragilità costituzionale in grado di amplificare altri processi patologici. In questa prospettiva si inserisce la lettura foucaultiana del dispositivo della sessualità, in cui assume un ruolo centrale l'isterizzazione del corpo della donna (Foucault 1985).

Anche le due etichette diagnostiche – *melanconia ansiosa* e *melanconia stuporosa* – si collocano all'interno del più ampio repertorio nosografico ottocentesco. Questa distinzione trova un interessante parallelismo nella classificazione proposta da Andrea Verga, che nel suo sistema nosografico operava una differenziazione tra *melanconia o lipemania semplice* e forme accompagnate da *stupore*. Nel modello verghiano, infatti, la melanconia non viene concepita come un'unica categoria omogenea, ma come un insieme di manifestazioni cliniche che possono variare in base alla presenza o meno di sintomi accessori, in particolare lo stupore, considerato un elemento di maggiore gravità e complessità del quadro clinico. La *melanconia ansiosa* indica, dunque, uno stato depressivo caratterizzato da intensa inquietudine interna, angoscia, agitazione psichica e spesso anche motoria. Il quadro clinico si presenta caratterizzato da

sofferenza emotiva continua associata a tensione e irrequietezza, paura immotivata o disperazione. Al contrario, la *melanconia stuporosa* descrive una forma in cui prevalgono il rallentamento psicomotorio e l'inibizione estrema delle funzioni psichiche e comportamentali. Il soggetto appare immobile, poco reattivo, con riduzione marcata della capacità di iniziativa e della comunicazione, fino a configurare veri e propri stati di arresto comportamentale. Alcune delle diagnosi riscontrate nelle cartelle cliniche sembrano dunque inserirsi pienamente in una tradizione psichiatrica che tende a scomporre le grandi categorie affettive in sottotipi descrittivi, mantenendo però un forte legame tra osservazione clinica e classificazione fenomenologica del comportamento.

L'influenza di Andrea Verga sul lessico nosografico presente nelle diagnosi girifalcesi emerge anche dalla presenza della categoria diagnostica *frenosi sensoria*, attestata con frequenza 3, e nella variante grafica *frenosi sensoriale*, con frequenza 4. Verga definiva la *frenosi sensoria* come una forma di alterazione psichica caratterizzata da un errore dei sensi, ossia da distorsioni percettive e allucinatorie, che egli includeva tra le *frenosi complicate*. In tal senso, le allucinazioni potevano costituire il punto di avvio sia di manifestazioni a prevalenza eccitativa, assimilabili allo stato maniaco, sia di quadri clinici a prevalenza inibitoria, riconducibili al versante melanconico. Nella classificazione verghiana, inoltre, la natura eziologica delle allucinazioni assumeva un ruolo classificatorio rilevante: quando esse ad esempio erano ricondotte all'alcolismo o all'isterismo si parlava di *frenosi alcolica* e *frenosi isterica*.

Nel corpus si riscontra una significativa proliferazione di varianti terminologiche che rielaborano e ampliano tale schema classificatorio, tra cui: *frenosi della mestruazione*, *frenosi epilettica*, *frenosi isterica*, *frenosi senile*, *frenosi sensoria*, *frenosi sensoria (episodio di demenza senile)*, *frenosi sensoria in soggetto sifilitico (episodi di demenza precoce)*, *frenosi sensoriale*, *frenosi sensoriale (episodio di paranoia?)* e *frenosi sensoriale della menopausa*. Questa eterogeneità riflette la flessibilità con cui una categoria generale è stata adattata nella pratica clinica attraverso l'aggiunta di specificazioni eziologiche o contestuali.

Particolarmente rilevante, considerando il caso specifico delle pazienti donne, è la presenza di diagnosi direttamente connesse alla fisiologia riproduttiva femminile, quali *frenosi della mestruazione*, *frenosi isterica*, *frenosi sensoriale della menopausa*, *psicosi mestruale*, *psicosi isterica* e *psicosi puerperale*. Anche all'interno delle cartelle cliniche, il quadro clinico delle pazienti era letto in rapporto alla regolarità del ciclo mestruale, alla quantità di gravidanze o aborti avuti, all'ingresso nella fase di menopausa. Si indagava specificamente il rapporto tra insorgenza o acutizzazione della malattia e fattori come l'età di comparsa del menarca, la regolarità e qualità del ciclo mestruale, l'epoca e le modalità dello sviluppo puberale, l'andamento di gravidanze e parti. La regolarità del ciclo mestruale e la sua assenza, spesso riportata con espressioni quali *non fu mai mestruata*, sono scrupolosamente annotate, a dimostrazione dell'impatto

che questi elementi potevano esercitare sull'equilibrio psichico delle donne. Si può affermare, tuttavia, che questi fenomeni venivano spesso riconosciuti come causa invece che come conseguenza di uno stato di malattia: è infatti verosimile che amenorrea, dismenorrea e irregolarità mestruali fossero l'esito del deperimento organico dovuto ad un livello di alimentazione per lo più scarso o mediocre e alla presenza di malattie endemiche.

Per quanto riguarda la *psicosi puerperale*, nella nosografia ottocentesca il puerperio non si limitava alle fasi immediatamente successive al parto, ma includeva anche la gravidanza e l'intero periodo di allattamento: in questo lasso di tempo poteva dunque manifestarsi la malattia mentale, denominata generalmente follia puerperale ma anche detta mania puerperale. Il corrispettivo moderno di queste categorie – *baby blues*, depressione *peripartum*, depressione *postpartum*, psicosi *peripartum* – testimonia, al di là delle differenze terminologiche, la persistenza di una fenomenologia clinica reale, che tuttavia nel corpus in esame era medicalizzata secondo coordinate interpretative profondamente diverse.

Un altro insieme rilevante è costituito dalle diagnosi che ritraggono la paziente come portatrice di un deficit cognitivo preesistente: *frenastenia*, *confusione mentale in frenastenica*, *confusione mentale in soggetto originariamente deficiente*, *indebolimento mentale*. La frenastenia era spesso diagnosticata in assenza di strumenti valutativi standardizzati, ed esclusivamente sulla base dell'impressione clinica del medico. Queste diagnosi contribuivano a costruire un'immagine della paziente come portatrice di un deficit intellettivo originario e congenito, preesistente all'episodio acuto e, pertanto, nella maggior parte dei casi, ne comportavano le dimissioni poiché non si ritenevano raggiunti gli estremi previsti dalla (Legge n. 36 del 14 febbraio 1904) *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, secondo cui il ricovero era giustificato solo in presenza di alienazione mentale accertata e tale da rendere il soggetto un pericolo per sé o per altri.

All'interno del corpus di cartelle cliniche analizzato, una traccia significativa dell'influenza della nosografia kraepeliniana emerge, invece, dalle occorrenze della categoria diagnostica *demenza precoce*, presente sia come diagnosi autonoma sia come qualificazione di quadri clinici più complessi. Il termine compare complessivamente in sei casi e ricorre in formulazioni quali *confusione mentale (episodio di demenza precoce)* e *stato maniaco? (episodio di demenza precoce)*. Tali attestazioni documentano la progressiva ricezione delle categorie kraepeliniane nella pratica psichiatrica italiana, sebbene con un certo ritardo rispetto alla loro diffusione in altri contesti europei. L'uso dell'espressione *episodio di demenza precoce* risulta particolarmente significativo perché riflette una fase in cui la natura clinica e l'evoluzione della demenza precoce non erano ancora pienamente comprese. Nella concezione di Kraepelin, la demenza precoce costituiva una malattia unitaria caratterizzata da un decorso

progressivamente deteriorante; tuttavia, nella pratica clinica dei primi decenni del Novecento i medici prendevano in esame le manifestazioni sintomatologiche isolate al momento del ricovero. L'impiego del termine *episodio* suggerisce quindi che il clinico interpretasse determinati stati psicopatologici – come fasi confusionali o maniacali – come possibili manifestazioni o momenti iniziali di un processo morboso più ampio, senza che fosse ancora chiaro se tali quadri rappresentassero una malattia autonoma, una fase della demenza precoce o una condizione destinata a evolvere verso di essa. Questa oscillazione terminologica testimonia le difficoltà di applicazione delle nuove categorie kraepeliniane e, più in generale, l'incertezza che caratterizzava l'adozione dei sistemi nosografici allora disponibili.

5. Conclusioni

L'analisi delle diagnosi contenute nelle cartelle cliniche femminili del manicomio di Girifalco redatte nel quadriennio 1915-1918 ha evidenziato come il processo di attribuzione diagnostica fosse il risultato di un complesso sistema classificatorio nel quale osservazione clinica, teorie psichiatriche e rappresentazioni sociali della femminilità risultavano strettamente intrecciate. Le categorie diagnostiche individuate non si configuravano come semplici strumenti descrittivi della malattia mentale, ma come dispositivi interpretativi attraverso cui l'istituzione psichiatrica organizzava e rendeva intelligibili le diverse forme del disagio psichico.

L'esame del corpus selezionato ha mostrato la coesistenza di lessici diagnostici differenti, riconducibili a modelli teorici eterogenei: accanto alle categorie di matrice verghiana o kraepeliniana compaiono, infatti, concetti principalmente derivati dalla tradizione organicista. Tale pluralità terminologica riflette l'assenza, nella psichiatria italiana del periodo, di un sistema nosografico pienamente standardizzato e testimonia la compresenza di modelli esplicativi diversi, spesso utilizzati in maniera pragmatica dai clinici in funzione delle esigenze interpretative e istituzionali del singolo caso clinico.

Particolarmente significativa appare la frequente associazione tra diagnosi psichiatrica e condizioni corporee o costituzionali attribuite alle pazienti. Le formule diagnostiche e i qualificatori impiegati nelle cartelle cliniche contribuiscono a costruire un'immagine della malattia mentale femminile fortemente ancorata a fattori biologici e riproduttivi. In tale prospettiva, il corpo femminile – attraverso riferimenti al ciclo mestruale, alla maternità o alle patologie organiche – assume un ruolo centrale nella spiegazione dell'insorgenza e dell'evoluzione del disturbo psichico. Allo stesso tempo, le valutazioni cliniche di *frenosi* o *malinconia* attribuiscono notevole rilievo alle dimensioni emotive e affettive, considerate possibili fattori scatenanti della malattia e interpretate secondo le aspettative sociali e culturali relative al comportamento femminile.

I risultati ottenuti confermano pertanto la necessità di analizzare le diagnosi manicomiali come prodotti storici situati in uno specifico momento storico, nonché espressione di determinate condizioni culturali, scientifiche e istituzionali contingenti. In questo senso appare evidente come ogni categoria diagnostica debba essere compresa ed interpretata all'interno della propria "nicchia ecologica" (Hacking 2004), ovvero dell'insieme di pratiche, saperi, valori e relazioni sociali che ne rendono e ne hanno reso possibile la formulazione e l'utilizzo. Le diagnosi registrate nelle cartelle non si limitavano infatti a descrivere una condizione clinica, ma contribuivano a definire l'identità stessa delle pazienti, inscrivendole in tipologie patologiche che tendevano a privilegiare la dimensione costituzionale e a ridurre la complessità delle esperienze individuali in accordo con le teorie dell'epoca.

In questa prospettiva, le categorie diagnostiche adottate non appaiono come finestre trasparenti proiettate sulla realtà clinica del passato, bensì come entità in cui si riflettono e vanno interpretate le modalità attraverso cui il sapere psichiatrico del primo Novecento classificava, normalizzava e governava le soggettività.

Riferimenti bibliografici

Babini, Valeria Paola. 2011. *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: Una storia del novecento*. Bologna: Il Mulino.

Berrios, Germán Elías, and R. Hauser. 1988. "The Early Development of Kraepelin's Ideas on Classification: A Conceptual History." *Psychological Medicine* 18 (4): 813–21. https://doi.org/10.1017/s0033291700009740.

Berrios, Germán Elías. 1988. "Melancholia and Depression during the 19th Century: A Conceptual History." *British Journal of Psychiatry* 153 (3): 298–304. https://doi.org/10.1192/bjp.153.3.298.

Berrios, Germán Elías. 1996. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511526725.

Bertolo, Bruna. 2021. *Donne e follia in Piemonte. Storie e immagini di vite femminili rinchiuse nei manicomi*. Sant'Ambrogio di Torino: Susalibri.

Carrino, Candida. 2018. *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850 1950)*. Roma: Carocci Editore.

Chiaravalloti, Maria Teresa, e Maria Taverniti. 2021. "Sanus egredieris." *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines* 133 (1): 159-72. https://doi.org/10.4000/mefrim.10674.

Cremonini, Simonetta. 1992. "Silenzio e solitudine di donne." In *La follia della guerra. Storie dal manicomio negli anni Quaranta*, a cura di Patrizia Sorcinelli. Milano: FrancoAngeli.

Del Rio, Maria. 1916. "Le malattie mentali della donna in rapporto alla guerra." *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1.

Dovetto, Francesca M., Anna Riccio, Federica Fumante, and Lucia Cappiello. 2025. "Gender Stereotypes and Linguistic Variations in the Clinical Description of Mental Health: A Study of Medical Records from the Psychiatric Hospital of Girifalco (Italy)." In *Semmelweis Medical Linguistics Conference 2025. Inclusivity and Diversity in Healthcare Communication Research*, Budapest, 23–24 May 2025.

Dovetto, Francesca M., y Rodrigo Frías Urrea. 2025. "Etimología del léxico de la cura en las fichas clínicas del manicomio de Girifalco (CZ, Italia)." In *Twenty-Seventh International Conference on Historical Linguistics. Book of Abstracts*.

Fiorino, Vinzia. 2002. *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*. Venezia: Marsilio.

Ferrajoli, Luigi. 2023. "Per Marina. La costruzione giuridica dell'inferiorità della donna." *Teoria politica* 13: 239–48.

Foucault, Michel. 1985. *La volontà di sapere. Storia della sessualità*. Milano: Feltrinelli.

Gilson, F. 2010. "[Hysteria according to Charcot. The rise and disappearance of the "nervous disorder of the century"; a medical historical study]", *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 52 (12): 813–23. PMID: 21154220.

Graziosi, Marina. 2014. "Disparità e diritto. Alle origini della disuguaglianza delle donne." In *Diritto e genere. Analisi interdisciplinare e comparata*, a cura di Stefania Scarponi. Milano: Cedam.

Greco, Oscar. 2018. *I demoni del Mezzogiorno: Follia, pregiudizio e marginalità nel manicomio di Girifalco (1881-1921)*. Soveria Mannelli: Rubbettino

Hacking, Ian (2004). *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*. Roma: Carocci.

Jablensky, Assen. 2007. "Living in a Kraepelinian World: Kraepelin's Impact on Modern Psychiatry." *History of Psychiatry* 18 (3): 381–88. https://doi.org/10.1177/0957154X07079690.

Legge n. 36 del 14 febbraio 1904. "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati." *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia* n. 43, 22 febbraio 1904.

Mai, Francois M., and Harold Merskey. 1981. "Briquet's Concept of Hysteria: An Historical Perspective." *The Canadian Journal of Psychiatry* 26 (1): 57–63, https://doi.org/10.1177/070674378102600112.

Marcello, Domenico. 1995. *Un secolo di manicomio: Storia del Manicomio di Girifalco*. Catanzaro: Vincenzo Ursini Editore

Molinari, Augusta. 2001. "Appunti per una storia delle donne nella Grande Guerra." *Quaderni del Dipartimento di Lingue e Letterature Straniere Moderne* 11.

Molinari, Augusta. 2008. *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande Guerra*. Milano: Selene.

Morselli, Enrico. 1885. *Manuale di semeiotica delle malattie mentali: Guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli studenti. Volume primo: Esame anamnestico, antropologico e fisiologico degli alienati*. Milano: Fratelli Vallardi.

Paolella, Francesco. 2014. "Solo un'immensa fonte di dolore. Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande guerra." *E-Review. Rivista degli Istituti Storici dell'Emilia-Romagna in Rete 2*. https://doi.org/10.12977/ereview55.

Re, Stefania. 2014. *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile al manicomio di Colorno (1880–1915).* Milano: FrancoAngeli.

Salomone, Giuseppina, e Raffaele Arnone. 2009. "La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin." *Giornale Italiano di Psicopatia* 15: 75–88.

Serratore, Grazia, Alessio Portaro, Emanuela Nicole Donato, Maria Taverniti, and Maria Teresa Chiaravalloti. 2025. "A Pipeline for the Digital Preservation of Girifalco Psychiatric Hospital's Medical Records." In *Proceedings of the 4th Conference on Digital Preservation and Processing Technology of Written Heritage – IEEE CiSt 2025 International Congress*. https://doi.org/10.1109/CiSt65886.2025.11224153.

Serratore, Grazia, Emanuela Nicole Donato, Erika Pasceri, Antonietta Folino, and Maria Teresa Chiaravalloti. 2025. "GrEma: An HTR Model for Automated Transcriptions of the Girifalco Asylum's Medical Records." In *Proceedings of the 5th Conference on Language, Data and Knowledge*. https://doi.org/10.6093/978-88-6719-333-2.

Valeriano, Annacarla. 2016. "Da fronti opposti. La guerra delle donne in manicomio." In *Vivere in guerra. Le donne italiane nel primo conflitto mondiale. DEP. Deportate, Esuli, Profughe 31*, a cura di Matteo Ermacora e Maria Grazia Suriano: 184–200.

Valeriano, Annacarla. 2017. *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*. Roma: Donzelli.

Verga, Andrea. 1874. "Proposta d'una classificazione uniforme delle malattie mentali a scopo particolarmente statistico." *Archivio Italiano per le Malattie Nervose e più particolarmente per le Alienazioni Mentali*.

Verga, Andrea. 1876. "Dei nomi da applicarsi alla pazzia e alle principali sue specie." *Archivio Italiano per le Malattie Nervose e più particolarmente per le Alienazioni Mentali*.

Zivanovic, Olga, and Aleksandra Nedic. 2012. "Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later." *Journal of Affective Disorders* 137 (1): 15–24. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.032.

AIDAinformazioni

Rivista semestrale di Scienze dell'Informazione

Anno 44

N. 1-2 – gennaio-giugno 2026

Contributi

Michele Bevilacqua, Il termine *handicap* nei discorsi istituzionali francesi: categorizzazione e inclusione scolastica tra diritto e scuola

Marianne Cailloux, Médiatisations post-coloniales : Équipement info-documentaire du palais-monument de la Porte Dorée

Mohamed Anouar Lahouij, Les archives audiovisuelles à l'ère de l'intelligence artificielle : vers des archives intelligentes ?

Anna Maria Marras, Oltre gli standard. Costruire, gestire e raccontare un progetto digitale

Grazia Serratore, Emanuela Nicole Donato, Rappresentazione della follia femminile durante la Prima Guerra Mondiale: evidenze dall'archivio storico del manicomio di Girifalco

Rubriche

Roberto Guarasci, Note in margine a Stefano Moscadelli, a cura di. 2025. *L' Archivio di Mario Bracci. Introduzione ed Inventario*. Ministero della Cultura, Direzione Generale Archivi

mundaneum

In copertina
Disegno di Paul Otlet, Collections Mundaneum, centre d'Archives, Mons (Belgique).

ISBN 979-12-5965-687-2

ISSN 1121-0095