

La vita degli esclusi

**Pellagra e alcoolismo nel Mantovano
(1808-1930)**



a cura di Luciano Fornari

LA VITA DEGLI ESCLUSI

Pellagra e alcoolismo nel Mantovano (1808-1930)

a cura di Luciano Fornari

Gli autori ringraziano la Società Storica Viadanese e, in particolare, il presidente Giuseppe Flisi per i suggerimenti ricevuti e per la revisione dei testi.

SOMMARIO

Luciano Fornari

Introduzione 5

Pellagra 11

Francesco Paoletta

La “questione alcolica” 43

Donatella Zanoni

La pellagra tra povertà e biografie negate 65

Gli autori 79

Introduzione

Nel corso del progetto di raccolta, conservazione e ricollocazione della documentazione clinica e amministrativa dei manicomi mantovani, situati a Mantova e Castiglione delle Stiviere, compiuto nel 2000 dopo la loro chiusura, ebbi modo di riscontrare che nell'Archivio di Stato di Mantova era presente un precedente Archivio delle cartelle cliniche della Sezione manicomiale. Esso comprendeva la documentazione relativa al periodo di tempo che va dall'inizio del 1800 fino al 1919.

Tale struttura era collocata nell'Ospedale di Mantova allora situato fra le attuali via Vittorio Emanuele e via Solferino dove si trovava il monastero di S. Orsola. Più precisamente la Sezione Maniaci, dopo il 1870 circa, fu ampliata e collocata nel Palazzo Nonio assumendo il titolo di Manicomio Provinciale. Questo cambiamento di nome fu dovuto al fatto che, dopo l'unità d'Italia nel 1870 venne stabilito con sufficiente precisione che le rette dei ricoverati in tale reparto, a differenza dei ricoverati degli altri reparti, fossero a carico della Deputazione Provinciale. Per questo motivo sulle cartelle cliniche comparirà, al posto della Sezione Maniaci, la dizione Manicomio Provinciale, anche se il reparto continuerà a dipendere dalla Direzione medica dell'Ospedale. Solo dopo la legge del 1904 diventerà completamente autonomo per quanto riguarda gli aspetti sanitari e giuridici.

Questa documentazione delle cartelle cliniche venne depositata nell'Archivio di Stato di Mantova nel 1978 dall'Amministrazione ospedaliera del "C. Poma", dove era custodita negli uffici della Direzione amministrativa e dove era stata scoperta dal dr. Agostino Pirella, psichiatra che aveva lavorato a Mantova, e segnalata al dr. Luigi Benevelli.

Non si sa molto sul percorso di queste cartelle, anche se si può supporre che dopo la chiusura del Manicomio Provinciale nel maggio del 1919 queste fossero poi state trasferite al nuovo ospedale "C. Poma" costruito nell'attuale sede.

Le cartelle conservate nell'Archivio di Stato sono state raccolte e ordinate in 198 faldoni seguendo l'ordine alfabetico.

L'aspetto più sorprendente è riferibile al fatto che risultano le uniche cartelle cliniche, dei diversi reparti esistenti, conservate dal vecchio ospedale. Il manicomio provinciale fu chiuso nel maggio del 1919 prima della chiusura degli altri reparti che furono successivamente trasferiti nella nuova sede dell'attuale "C. Poma".

Probabilmente questa diversità di tempi ha creato le condizioni per la conservazione delle cartelle manicomiali trasferite nella palazzina della Direzione Amministrativa.

Questa scoperta fu per noi molto stimolante nell'indurre il desiderio e la decisione di conoscere e far conoscere attraverso questa documentazione una precisa e ampia testimonianza delle condizioni dei pazzi,

persone sofferenti, segregate ed escluse dalla società e dalla storia. La follia, come campo di indagine, viene prodotta e costituita da un intreccio puntuale e variabile nel tempo di pratiche e di saperi, di condotte e di mentalità, di comportamenti e di credenze, di decisioni e di conoscenze¹.

In questa stimolazione alla ricerca mi sembrava di ritrovarmi nelle parole di Sebastiano Vassalli che, nella consultazione degli archivi manicomiali di Firenze per le sue ricerche sulla vita di Dino Campana, così scriveva:

Cercavo un matto, trovai i matti. Una folla di uomini e donne in transito da un secolo, l'Ottocento, ad un altro secolo, il Novecento, mi venne incontro con la sua muta presenza, per molti giorni... a vivere con lei e ad ascoltare le sue voci cancellate dal tempo².

Per questo scopo fu necessario collegarsi con un progetto elaborato fin dagli anni '90 dal Ministero per i Beni e le Attività culturali allo scopo di salvaguardare la documentazione degli Ospedali Psichiatrici, chiusi dopo la cosiddetta legge Basaglia del 17 luglio 1978.

Tale progetto avente come finalità principale censimento, inventariazione e valorizzazione degli archivi degli ex ospedali psichiatrici fu chiamato «Carte da legare» e fu realizzato utilizzando un programma informatico chiamato *ArcanaMente*. La sua costruzione si attenne alla modalità della cartella clinica, tenendo conto dell'ordine alfabetico, dei dati cronologici di ammissione e dimissione, della presenza di uno o più ingressi, dei dati anagrafici (età, professione, stato civile, luogo di nascita e residenza), dei dati diagnostici e degli esiti (dimissione, trasferimento, morte).

Tale progetto venne utilizzato con alcune modifiche attuate con l'aiuto di un esperto informatico al fine di adattarlo agli scopi della ricerca da effettuare su tale materiale documentario. Devo aggiungere che, per la elaborazione del *software* in modo da adattarlo alla nostra ricerca, di grande e decisivo aiuto è stato il tecnico Gilberto Roccabianca. Allo stesso modo per l'elaborazione dei dati finalizzati agli aspetti epidemiologici, determinante è stata la puntuale e precisa collaborazione dell'ingegner Roberto Sassi.

In particolare furono inserite voci relative a notizie anamnestiche e sintomatologiche, dati terapeutici, oltre che indicazioni sulla consistenza della documentazione clinica e amministrativa.

La ricerca che attuiamo si riferiva ai folli della Provincia di Mantova ricoverati sia nella Sezione Maniaci sia, dopo il 1870, nei manicomi di Reggio Emilia, Venezia e poi Castiglione delle Stiviere, attraverso la

¹ M. GALZIGNA, *L'uomo normale e il folle*, in *La follia, la norma, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Galzigna, Venezia, Marsilio, 1984.

² S. VASSALLI, *La notte della cometa, Il romanzo di Dino Campana*, Torino, Einaudi, 1984.

stipula di apposite convenzioni³.

La scelta di questi trasferimenti risulta dettata da due fattori: l'impossibilità, dopo l'ampio dibattito svoltosi in sede di Deputazione Provinciale, di costruire un nuovo manicomio; il rapido aumento di ricoveri dovuto alla esplosione della pellagra per cui i locali aggiunti alla Sezione si erano rivelati insufficienti.

Dopo la chiusura del Manicomio Provinciale nel 1919, la Deputazione Provinciale, attraverso apposite convenzioni, utilizzò i manicomi di Reggio Emilia per l'area del Basso mantovano e di Castiglione delle Stiviere per il Medio e Alto mantovano, ritirando da Venezia tutte le ricoverate mantovane.

Questo indirizzo si concluse nell'aprile del 1930 quando fu aperto a Mantova il nuovo Manicomio Provinciale.

La cartella clinica di ogni ammalato è comprensiva anche della documentazione di vario tipo: amministrativa, certificati medici, documenti relativi alle assunzioni di spesa, documenti di sindaci o famigliari, scritti degli stessi ammalati, documenti di natura giuridica, ecc.

Bisogna aggiungere che molto spesso vi è solo la cartella clinica, mancando qualsiasi documentazione aggiuntiva, mentre più raramente si trovano documenti di tipo amministrativo con assenza completa della cartella clinica.

Pur in presenza di queste precisazioni possiamo quantificare la consistenza del materiale su cui abbiamo lavorato:

- 9.014 cartelle cliniche della Sezione Maniaci (Manicomio Provinciale) di Mantova;
- 1.313 cartelle dell'Ospedale Psichiatrico S. Lazzaro di Reggio Emilia;
- 139 cartelle dell'Ospedale Psichiatrico di S. Clemente di Venezia.

A queste possiamo aggiungere, anche se non abbiamo potuto utilizzarle, circa 3.600 cartelle dell'Ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere, molte delle quali purtroppo sono andate perdute.

La cartella clinica della Sezione Maniaci di Mantova, a differenza di quanto visto per quelle di Reggio Emilia, Venezia e Castiglione delle Stiviere, subisce notevoli modificazioni nel tempo sia per quanto riguarda gli scritti sulla malattia del soggetto, sia per quanto riguarda la struttura stessa della cartella.

Per quanto riguarda gli scritti dei medici, che rimandano anche al livello di conoscenze più specificamente psichiatriche, possiamo distinguere tre periodi.

Nel primo periodo che va dal 1852, anno a cui risalgono le prime cartelle cliniche, fino alla fine del 1869, esse sono compilate da un unico

³ Mi sembra giusto e doveroso ringraziare per l'aiuto e la disponibilità dimostrata nel collaborare a questa ricerca, la dottoressa Daniela Ferrari coi suoi operatori dell'Archivio di Stato di Mantova, la dottoressa Chiara Bombardieri della Fondazione S. Lazzaro di Reggio Emilia, il prof. Luigi Armiato e la dottoressa Flora Gaspari della Fondazione S. Servolo di Venezia e il dr. Raffaele Agostini archivista del Comune di Castiglione delle Stiviere.

medico come risulta dalla scrittura e dai certificati medici annessi. Si tratta del dr. Ugo Sacchetti che dimostra di non avere una grande conoscenza delle malattie mentali se non quella acquisita sul “campo”. Infatti la documentazione scritta è caratterizzata da una povertà e ripetitività del linguaggio, oltre che da riduttive conoscenze delle definizioni diagnostiche e indicazioni terapeutiche. Scarne e quasi sempre assenti notizie anamnestiche.

Nel secondo periodo che va dalla fine del 1869 fino alla fine del 1889 si susseguono più medici sia come primari sia come secondari, in seguito a un aumento dell’organico sostenuto anche dalla Deputazione Provinciale.

All’inizio il primario sembra il dr. Achille Sacchi, ma poi per contrasti con l’Amministrazione ospedaliera verrà nominato il dr. Costante Chizzolini che resterà in carica fino alla sua morte nell’aprile del 1879. In questo periodo il dr. Sacchi resta come medico primario onorario, per diventare poi primario effettivo a partire dal 1879 fino all’agosto del 1889⁴.

In questo periodo possiamo constatare un salto qualitativo notevole per quanto riguarda il linguaggio tecnico scientifico usato nella descrizione–osservazione dei pazienti, nella diagnosi e anche se ripetitivo nelle terapie, molto spesso assenti. Inoltre si introduce l’anamnesi da parte del medico territoriale quando avviene il ricovero.

Nel terzo periodo che va dal 1889 al maggio del 1919, dopo le dimissioni del dr. Sacchi, il reparto sarà diretto fino alla metà del 1890 dal dr. Socrate Raimondi a cui succederà il dr. Luigi Oliva che lo dirigerà fino alla sua chiusura, diventandone, dopo la legge del 1904, il primo Direttore.

Questo periodo è caratterizzato da una maggior precisione e descrizione osservativa del malato o meglio della malattia, con una sempre maggior precisione delle diagnosi, tenendo conto che verso la fine dell’Ottocento vi è uno schema diagnostico abbastanza definito a livello nazionale, che verrà sancito dopo il 1904 con la legge sui manicomi.

Per quanto riguarda la struttura, la cartella risulta composta da un unico lungo foglio rettangolare quasi del tutto corrispondente al tipo di cartella clinica proposta da Gaetano Strambio nel 1787 per i ricoverati affetti da pellagra.

Resterà tale per tutto l’Ottocento e il suo cambiamento completo e definitivo, dopo una serie di esperimenti preparatori nei primi anni del Novecento, si riscontra dopo la legge del 1904 in cui le cartelle cliniche diventeranno uguali a livello nazionale, assumendo una struttura simile a quelle attuali.

L’archivio manicomiale, per quanto ci consta, è stato finora utilizzato

⁴ Istituto Mantovano di Storia Contemporanea, Archivio della famiglia Sacchi, Lettera del Consiglio Ospitaliero del 19 maggio 1875.

per ricerche storiche o di altro tipo solo una volta⁵, ma rimane fondamentalmente un territorio inesplorato, per cui la nostra ricerca è finalizzata a restituire a questi documenti d'archivio il loro significato di tracce e testimonianze di eventi, di persone "devianti", di un mondo segregato secondo logiche e regole che dobbiamo cercare di capire, di rappresentare e riconoscere perché non si ripetano più. In questo senso l'archivio, gli archivi sono contenitori di una trama di eventi di natura individuale, sociale, politica ed economica che emergono dalla lettura delle cartelle e dei documenti in esse contenuti.

Pellagra e alcolismo nel mantovano

La documentazione conservata rappresenta una significativa testimonianza dell'incontro avvenuto a livello istituzionale (sezione maniaci o manicomio) fra il soggetto portatore di sofferenza psichica e il medico deputato a curarlo e permette un'analisi precisa della concezione della follia a livello storico e clinico.

Da questo incontro scaturisce un intreccio di livelli di lettura talora complessi, ma altre volte più semplici e diretti.

Non soltanto ci può interessare conoscere il sapere medico o le pratiche psichiatriche, ma piuttosto la dimensione umana, familiare, sociale, storica del soggetto che soffre e viene emarginato e segregato in nome della pericolosità, della diversità che viene codificata nell'osservazione dei sintomi, trascurando o negando quasi sempre l'esperienza di vita e la soggettività del ricoverato.

La nostra scelta di mettere a fuoco, attraverso l'analisi documentale dei pazienti ricoverati, due malattie quali la pellagra e l'alcolismo, nasce da alcune considerazioni di fondo.

Entrambe queste malattie sono diffuse negli strati sociali più poveri e all'estremità inferiore della scala sociale, per cui sono destinati "naturalmente" al manicomio che, dalle sue origini fino alla sua abolizione legale, ha svolto questa funzione di contenitore di ceti sociali emarginati. Queste due categorie di ammalati hanno avuto una grande incidenza quantitativa, la prima in particolare, nel manicomio, anche se in periodi temporali diversi.

Infatti mentre la pellagra ha affollato i manicomi dal 1870 fino agli inizi del Novecento, l'alcolismo cominciò a essere presente verso la fine dell'Ottocento per affermarsi poi nel secolo successivo. È come se si realizzasse una continuità fra le due categorie: nel momento in cui declinano i ricoveri dei primi (pellagrosi) prendono consistenza le presenze degli altri (alcolisti).

In entrambi i casi si verificano effetti devastanti sulle vite delle persone ricoverate e sui loro famigliari, oltre a essere in relazione col tipo di

⁵ F. PIZZAMIGLIO, *Manicomio e classi subalterne a Mantova (1858-1918)*, «Storia in Lombardia», III, 1, 1984, pp. 31-75.

alimentazione degli strati sociali più poveri. Mentre la pellagra era la conseguenza di una monoalimentazione (polenta) che colpiva soprattutto e quasi esclusivamente i contadini, l'alcolismo, in relazione con un basso livello di alimentazione, è diffuso in modo particolare, ma non solo, fra gli operai inurbati. In entrambi i casi il tipo di follia è la conseguenza di livelli di alimentazione estremamente insufficienti da un punto di vista quantitativo e qualitativo per cui si presenta fra le classi sociali più misere.

Luciano Fornari

LUCIANO FORNARI

PELLAGRA

La pellagra in Italia comincia a manifestarsi verso la fine del Settecento, cioè dopo che la coltivazione del mais aveva conosciuto una estesa diffusione soprattutto nelle campagne della Lombardia e del Veneto, che risulteranno le zone più colpite dalla pellagra.

Lo stretto rapporto fra malattia e condizioni alimentari era testimoniato dalle osservazioni di molti medici sul ciclo della pellagra. Infatti era virulenta nella primavera-estate e si riduceva invece nel periodo invernale in relazione al ciclo alimentare e alle condizioni di fatica del lavoro nei campi.

In primavera-estate il lavoro fisico prolungato dopo un periodo invernale di alimentazione a base di polenta, determinava gli scompensi fisici e psichici; poi nel periodo estivo la possibilità remunerativa da lavoro creava in molti contadini le condizioni per una alimentazione più variata.

È evidente però come tutto questo era in relazione all'andamento dell'annata agraria, al tipo di contratti agricoli (per es. i disobbligati che avevano contratti precari e lavoravano saltuariamente erano più soggetti alla malattia, perché la loro alimentazione era quasi esclusivamente a base di polenta) e al tipo di colture agricole.

Si trattava quindi di una malattia che colpiva solo i contadini proprio per questa monoalimentazione, escludendo in genere gli operai, gli artigiani e gli abitanti della città.

Tuttavia, pur essendo state individuate le cause fin dall'inizio, cioè la miseria e la alimentazione solo a base di polenta, non furono individuati i meccanismi etiopatogenetici (la carenza di vitamina PP) se non nel 1914 ad opera delle ricerche di Funk⁶, quando ormai la malattia si era esaurita.

La malattia, fin dall'inizio, venne descritta come manifestantesi in tre fasi:

uno stadio iniziale con alterazioni cutanee prevalenti alle estremità del corpo (da cui il nome pelle agra, cioè pelle ruvida, termine usato per la prima volta nel 1771 in un libro del medico Francesco Frapolli, pubblicato a Milano); uno stadio conclamato con squilibri organici, diarree, debolezza fisica, perdita delle mestruazioni; uno stadio terminale con disturbi psichici che molto spesso preludevano alla irreversibilità della malattia o alla morte per intercorrenti infezioni.

L'evoluzione terminale farà sì che questi pazienti verranno messi nei

⁶ A. DE BERNARDI, *Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia. Annali VII. Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 681-704: 686.

manicomi, determinando il primo grande internamento manicomiale nell'Ottocento come unica, concreta risposta ai portatori di tale malattia.

La tesi tossicozeista fondata e sostenuta da Lombroso⁷, secondo la quale il mais guasto produce una intossicazione da veleni svoltisi in esso per azione di determinati microorganismi, nega esplicitamente lo scarso potere nutritivo del mais con la conseguenza di dare scarsa o nulla attendibilità alla ipotesi carenziale o monofagica. Questa teoria cercherà di nascondere in parte gli aspetti del *morbus miseriae*, pur non riuscendo a trovare dati sperimentali validi a sostegno delle sue ipotesi. Però essa trovò un sostegno ufficiale presso le autorità politiche perché meno difficile da affrontare sul piano sociale di quella carenziale, legata alla miseria.

«Il problema era che discutere di tale malattia comportava di fatto mettere in primo piano la disastrosa condizione di vita di una grande massa di persone...: i contadini. E considerazioni tecnico-sanitarie assumevano di conseguenza una eclatante valenza politica»⁸.

Solo nel 1902 venne approvata la legge al Senato quando ormai la malattia era in fase declinante, arrivando a 46.904 casi nel 1904 dopo i picchi del 1881 con 104.000 casi per ridursi quasi completamente colla prima guerra mondiale⁹.

Gli aspetti più significativi di questa legge furono:

- divieto della vendita di mais guasto;
- istituzione di commissioni pellagrologiche provinciali;
- elenco comunale dei pellagrosi, con il riconoscimento dei bisogni sanitari e di sostegno economico.

La pellagra a Mantova

«La pellagra, seduta nel canto di una piazza sopra un sacchetto di grano turco, indossa un grembiule di canapo a larghe bisacce piene di polenta a fette che a grosse bocconate se le divora con avidità furente». *La Pellagra e la Libertà* da «Il Pellagroso»¹⁰.

Abbiamo ripreso questa descrizione della pellagra da un giornale mantovano per dare una immagine visiva di come si presentava e veniva descritta nell'Ottocento una malattia che, negata a lungo dalle autorità politiche e istituzionali, sarebbe poi esplosa con tanta distruttività

⁷ C. LOMBROSO, *Studi clinici ed sperimentali sulla natura, causa, terapia della pellagra*, Bologna, Fava e Garagnani, 1871.

⁸ G. MARTINA, *L'alimentazione a Levico nell'Ottocento e il fenomeno della pellagra*, in *Levico. I segni della storia*, a cura di N. Fiorenza, M. Libardi, 2 voll., Levico, Cassa Rurale di Levico Terme, 2000, I, pp. 347-380.

⁹ A. DE BERNARDI...cit., p. 701

¹⁰ *La Pellagra e la libertà*, in *Il Pellagroso*. Giornale-Popolare-Amministrativo-Politico, settimanale, 28 dicembre 1844-22 marzo 1885, rist. anast., Mantova, Provincia di Mantova, 1984, p. 44.

nella seconda metà del secolo.

La storia della pellagra, come aspetto amministrativo e sanitario, comincia a Mantova con una circolare elaborata, nel Lombardo-Veneto, dalla Commissione delle Pie Fondazioni del Regio Imperial Consiglio di Governo di S. M. l'Imperatore d'Austria.

Tale circolare prendeva origine dall'esperienza di cura e ricerca che il dr. Gaetano Strambio aveva condotto per tre anni all'ospedale dei Pellagrosi di Legnano aperto nel 1784 da Giuseppe II d'Austria allo scopo di studiare e approfondire da un punto di vista medico la nuova malattia definita col nome di PELLAGRA, per trovare «un rimedio specifico» e «un metodo sicuro per guarirla».

G. Strambio è il primo medico che riesce a definire in modo completo la malattia non solo dal punto di vista clinico, ma anche per quanto riguarda gli indirizzi terapeutici.

Tre anni dopo dalle sue conclusioni risultava che tale malattia colpiva solo i contadini ed era dovuta a una insufficiente alimentazione, per cui si poteva combattere solo con un miglioramento quantitativo e qualitativo del vitto. I risultati furono poi avallati anche dall'Università di Pavia e porteranno alla chiusura dell'Ospedale di Legnano da parte del Governatore del Lombardo-Veneto nel 1789. L'ospedale di Milano offrirà poi al dr. Strambio un reparto di 20 posti letto riservato ai malati di pellagra per potere continuare le sue ricerche su questo problema.

L'esperienza di lavoro sanitario del dr. G. Strambio aveva portato alla pubblicazione di un libro così titolato: *De Pellagra, annus tertius sive observationes, quas in regio Legnani nosocomio pellagrae morbo laborantibus constituto.*

CAJETANUS STRAMBIO, MDCCLXXXVII¹¹.

Vi si definisce così la pellagra sintetizzando gli assunti principali: è una malattia quasi esclusiva dei contadini, non è contagiosa, è causata da carenze qualitative e quantitative alimentari, presenta non solo sintomi cutanei, ma anche al sistema nervoso e all'apparato digerente, la malattia è ereditaria.

Solo quest'ultimo dato risulta non corrispondente.

L'atteggiamento dei medici e la rapida diffusione della malattia fece sì che per ridimensionare la chiusura del Reparto, Sua Maestà l'Imperatore «avendo dichiarato essere sua intenzione, che invece di scemare il soccorso, sia il medesimo anzi accresciuto....» decide di dare vita in Lombardia a un progetto sanitario-ospedaliero di assistenza ai pellagrosi. È evidente che la dimensione quantitativa dei malati di pellagra aveva raggiunto in Lombardia, e in particolare nel Milanese, un livello tale da non potere più essere nascosta o minimizzata. Perciò si prevedeva l'isti-

¹¹ ASMn, Regia Intendenza politica, da 1786-1791, Commissione Luoghi Pii, Busta 229, fascicolo 47.

tuzione nei principali ospedali della regione, fra cui Mantova, di un certo numero di posti letto destinati ai pellagrosi, e l'addestramento specifico di medici attraverso l'osservazione diagnostica e terapeutica, oltre che autoptica nei casi di morte, di questi malati in collegamento con la facoltà medica dell'Università di Pavia.

Da un punto di vista amministrativo le risorse economiche degli ospedali saranno a tal fine integrate da una «provvisionale somma dal fondo clementissimamente destinato da S.M., ed in seguito assistiti anche con un annuo assegno, che dal Consiglio di Governo verrà direttamente indicato ai rispettivi amministratori».

Le informazioni in dettaglio del progetto verranno inviate poco dopo dal Reale Consigliere Pietro Frank sotto forma di «Istruzioni per gli Amministratori e i Medici curanti della pellagra negli ospedali»¹².

Per quanto riguarda Mantova sono previsti dieci posti letto in due stanze ben aerate e separate per uomini e donne. Si sceglierà un medico che avrà il compito specifico di seguire tali ammalati e che dovrà tenersi collegato per i vari aspetti (terapeutici, diagnostici oltre che per gli esami autoptici) con l'Università di Pavia. Si terranno dei registri per l'entrata e la dimissione, morte, tipo di guarigione e una cartella clinica in cui siano annotati i dati personali, gli effetti della malattia, i medicinali usati.

I pellagrosi dimessi verranno poi seguiti a domicilio attraverso i parroci e i medici che dovranno informare l'ospedale sull'andamento della loro vita, per un controllo nel tempo su questa malattia.

La risposta del responsabile amministrativo dell'Ospedal Grande di S. Leonardo a questo ambizioso progetto è articolata a segnalare:

- carenza di strutture e di personale medico;
- la totale assenza in città e provincia di tale malattia («.. essendone immune sarebbe della maggior disgrazia esporre questo pubblico ad un morbo contagioso che non ha mai sofferto»);
- la decisione di non realizzare tale programma.

Di questa impostazione sul problema della pellagra si farà carico l'Intendenza Politica Provinciale, anche se con qualche dubbio, come risulta da una lettera: «Sebbene ... la Commissione Luoghi Pii non sappia ... ritenere per fondati e sussistenti timori diffusi in questa Città dietro una erronea vociferazione insorta non si sa come, che possano venir trasportati da costì, anche pellagrosi in questo ospedale onde farli curare; alla quale vociferazione si riferisce e deriva la Relazione di Micheli»¹³.

Tali resistenze che continueranno anche per gran parte dell'Ottocento sono evidentemente in relazione con le osservazioni di G. Strambio: per affrontare seriamente la pellagra come malattia, che colpiva quasi esclu-

¹² ASMn, Busta 232, fasc. 27 e Busta 233, fasc. 47.

¹³ ASMn, *Idem*.

sivamente i contadini, bisognava mettere in discussione i contratti di lavoro agrario, la distribuzione della terra, i rapporti di produzioni, vale a dire affrontare nodi sociali e politici di grande rilevanza e di difficile soluzione.

Per questo nessuna autorità politica, austriaca prima, italiana dopo, volle affrontare e risolvere fino in fondo, se non a parole, tale malattia. Infatti nel nuovo ospedale che verrà aperto a Mantova nel 1802 nell'ex monastero delle Orsoline nei libri di registrazione dei ricoveri ospedalieri, che coprono il periodo che va dal 1808 al 1829 compreso, compaiono due soli pazienti diagnosticati come pellagrosi¹⁴.

Questo dato sembrerebbe confermare le affermazioni che nella provincia di Mantova non esisteva la pellagra, nel senso che non vi furono precise constatazioni ufficiali della pellagra da parte dei medici e delle Autorità politiche, e non definita risulta pure l'epoca in cui i pellagrosi cominciarono a essere accolti nell'ospedale civico che fin dall'inizio era dotato di una Sezione Maniaci.

Sul tema della pellagra nel Mantovano esistono due relazioni mediche che vi accennano.

La prima è del dr. Pietro Ghidella¹⁵ che risponde a una ordinanza circolare del 27 agosto 1819 promulgata dalla Regia Delegazione di Mantova che poneva ai medici della Provincia i seguenti quesiti relativi al corrente anno: quante erano le persone colpite da pellagra, quali le cause, i luoghi e i tempi in cui si manifesta e quali i modi per guarirla.

Il medico risponde che in quell'anno vi era stato un numero inferiore di pellagrosi, rispetto al precedente. Poi si addentra in cause, modalità di diffusione e terapie che sono molto lontane dalla realtà clinica.

La seconda è del dr. Luigi Oliva¹⁶ che sottolinea come in seguito alla diffusione della coltivazione del mais e all'uso alimentare del nuovo cibo, in particolare nella zona di Curtatone nel 1650 circa, si può dedurre che «... la pellagra non dovette tardar molto a formarsi pur rimanendo subdolamente serpeggiante...».

Ma a parte queste indicazioni un po' vaghe circa gli inizi, possiamo confermare che i primi dati riscontrabili, come risulta dalle ricerche del dottor Achille Sacchi¹⁷, provengono da una indagine compiuta alla fine degli anni Trenta in Lombardia ad opera del Governatorato.

In tale indagine, compiuta nel 1839 al fine di verificare la consistenza e diffusione della pellagra, risultava che:

¹⁴ ASMn, Archivio ospedale Mantova, Busta 83, Articolo 13, registratura infermi.

¹⁵ P. GHIDELLA, *Relazione medica sulla pellagra*, «Nuovi commentari di medicina e chirurgia», V, I, 1820.

¹⁶ L. OLIVA, *Intorno all'inizio e alla diffusione della coltivazione del mais nella Provincia di Mantova*, «Rivista pellagologica italiana», XIII, 4, 1913.

¹⁷ A. SACCHI, *La Pellagra nella Provincia di Mantova*, a cura di R. Salvadori, Mantova, Comitato per il Centenario dell'Unione di Mantova all'Italia, 1966.

- a Mantova vi erano 1228 pellagrosi, con una percentuale di diffusione rispetto alla popolazione dello 0,8 %.
- La pellagra era diffusa in 44 comuni sui 68 della provincia e in particolare a: Ostiglia, Roverbella, Canneto, Marcaria e Asola.
- Difficile stabilire per i dati incerti se tale diffusione fosse legata al fatto che in certi comuni vi era un maggior numero di disobbligati rispetto ai piccoli proprietari o ai mezzadri.
- La pellagra veniva definita anche da molti medici come *morbis miseriae* in quanto era determinata dalla povertà che costringeva i contadini a una alimentazione monofagica.

A questo proposito vorremmo riportare la descrizione del contadino fatta dal giornale «Il Pellagroso», in un articolo dal titolo *La polenta*:

il contadino raccoglie il frumento per gli altri, l'uva ed i bozzoli li divide col proprietario e coll'affittuario, ma il maiz è tutto suo... .

L'apice della contentezza è l'aver un bel mucchio di maiz da contemplare nella camera da letto che gli serve da granaio.

Guardate l'immenso addome dei ragazzi, e la fibra floscia di chi non può mescolare carne o latticini alla molta polenta, guardate i danni di quella malattia prodotta da questo cibo troppo abusato, la pellagra¹⁸.

Da una successiva indagine compiuta sempre a livello regionale nel 1856, risulta che il numero di pellagrosi era salito a Mantova a 2.195 con un tasso di mortalità (13,26 %) che la poneva al secondo posto fra le province lombarde; e con un tasso di disturbi psichici pari al 16 % circa del totale dei ricoveri¹⁹.

Inoltre erano investiti di questo fenomeno morboso quasi tutti i comuni, anche se con percentuali diverse rispetto all'indagine precedente. Bisogna aggiungere che vista la contraddittorietà di certi dati, è da avanzare qualche dubbio sulla modalità della loro raccolta e sulla validità degli stessi.

Nella relazione sulla Pellagra nella provincia di Mantova, A. Sacchi esamina poi il periodo fra il 1869 e il 1877 attraverso i dati raccolti in un questionario inviato a tutti i comuni del Mantovano, escludendo la città di Mantova dove non risultavano casi di tale malattia.

Risposero circa 58 comuni che denunciarono in modo molto variabile i pellagrosi esistenti nel proprio territorio. «Il difetto di precisione nel numero denunciato dei pellagrosi rende incerto il giudizio sull'aumento o la diminuzione di quello durante l'ultimo decennio» dice Sacchi²⁰. L'imprecisione dei dati raccolti attraverso questionari rivolti ai sindaci forse fu piuttosto significativa, perché le domande rivolte avevano caratteristiche tali da rendere difficile una risposta da parte loro, come

¹⁸ *La Polenta*, in *Il Pellagroso...cit.*, p. 27.

¹⁹ A. SACCHI, *La Pellagra nella Provincia di Mantova...cit.*, pp. 38-43.

²⁰ *Ivi*, p. 45.

sottolinea F. Bonservizi nella sua successiva inchiesta²¹.

Comunque nel periodo definito fra il 1867 e il 1876 sulla base dei dati raccolti risultò che nella provincia vi fu un numero annuo medio di circa duemila pellagrosi.

Più precisi invece risultano i dati relativi a quelli ricoverati nella Sezione Maniaci: nel triennio 1856-1858 furono accolti circa 285 casi, circa 95 ogni anno. Poi dopo l'unità d'Italia e della provincia nel periodo dal 1869 al 1877 vennero accolti in manicomio più di 1263 pazzi pellagrosi con una media di 140 all'anno, data da circa 120 nei primi anni per arrivare ai 161 degli ultimi anni²².

Questo per sottolineare come vi sia stato via via nel tempo un aumento dei pellagrosi sia nel territorio sia nei ricoveri in manicomio.

Un numero così alto determinò da un lato la necessità dell'ampliamento della Sezione Maniaci con la sistemazione del palazzo Nonio, avvenuta nel 1870 utilizzato esclusivamente per i pazzi; dall'altro la necessità di convenzioni prima con l'ospedale S. Lazzaro di Reggio Emilia (1874), poi con l'ospedale di S. Clemente a Venezia (1879) per trasferirvi pazienti a causa del vistoso e inarrestabile aumento dei ricoverati.

Da ultimo nel 1892 fu attuata una convenzione con l'ospedale di Castiglione delle Stiviere per il ricovero di pazzi, anche se probabilmente già prima venivano ricoverati dei pellagrosi provenienti direttamente dal territorio del comune stesso o di comuni limitrofi. Bisogna aggiungere che a Castiglione dal 1902 al 1911 fu aperto un pellagrosario, pur riscontrandosi ormai un netto declino della malattia²³.

I pellagrosi, quali appaiono dalle cartelle cliniche, fanno parte di una umanità ai margini della società per condizioni economiche, igieniche, abitative, benché intensamente inseriti nella comunità di cui fanno parte.

Vorremmo qui riportare le dichiarazioni più significative sulla malattia della pellagra ad opera di A. Sacchi, un medico con una profonda e attenta cultura politica, che ne aveva individuato le basi eziologiche in senso lato:

la pellagra colpisce in una proporzione massima i lavoratori avventizi o braccianti disobbligati, che ne sono la parte maggiore. A questi manca il lavoro costante, una mercede adeguata alle fatiche e al bisogno più urgente della vita, quale è l'alimento sufficiente e salubre, che noi diremmo umano; mancano l'abitazione sana, la sicurezza del domani, la possibilità di qualunque sia pur piccolo miglioramento avvenire, dacché

²¹ F. BONSERVIZI, *Inchiesta sulla pellagra in Provincia di Mantova*, prefazione di C. Lombroso, Mantova, tip. Manuzio, 1899.

²² A. SACCHI, *La Pellagra nella Provincia di Mantova...*cit., pp. 44-45.

²³ S. MAGRINI, *Per l'istituzione di un manicomio provinciale*, Mantova, Tip. Mondovì, 1912.

la necessità e spesso i debiti dell'oggi superano sempre i mezzi: manca tutto ciò infine che costituisce la vita individuale e sociale, la ragione, il modo e lo scopo di essa²⁴.

Nella relazione poi sottolinea come la pellagra non invada tutte le classi sociali, perché di norma non si manifesta negli abitanti della città capoluogo e neppure negli strati sociali più agiati.

Essa invece è diffusa fra i lavoratori della terra e in particolare, ma non solo, come vedremo più avanti, fra i disobbligati, quelli che lavorano a giornata quando trovano lavoro. Nella provincia di Mantova i contadini rappresentano i 2/3 della popolazione, esclusa la città; di questi il 65% è formato da contadini disobbligati, mentre il 35% è costituito da piccoli proprietari, affittuari o mezzadri²⁵.

Nel definire poi le cause della pellagra come dovute alla miseria e alla alimentazione quasi esclusiva a base di polenta, accoglie anche lui la tesi di Strambio, secondo il quale sarebbe ereditaria²⁶.

Inoltre sottolinea come in alcuni rapporti dei comuni risulta che la pellagra prevale fra le donne «perché pur dovendo esse riparare le perdite dei parti e dell'allattamento e lavorando più che la vigoria del sesso non consenta, si alimentano anche più male»²⁷.

Le indicazioni sociali e politiche, ma anche terapeutiche, di Sacchi sono:

- una modificazione dei contratti di lavoro soprattutto dei disobbligati per alleviare la miseria e la carenza alimentare che stanno alla base della pellagra;
- l'istituzione a livello comunale delle cucine popolari che permetta una alimentazione integrativa più adeguata per tutte le persone affette da pellagra;
- la costituzione di una Commissione provinciale pellagologica permanente per monitorare la situazione della pellagra nel territorio;
- inoltre auspica una riforma agricola fondata sulla affittanza e su una diversificata coltivazione della terra²⁸.

Mentre Sacchi mette in dubbio i numeri ottenuti nell'indagine sul territorio, il suo successore, come primario della sezione maniaci, dr. Socrate Raimondi, aggiunge alcune considerazioni nella sua relazione sull'andamento del manicomio dal 1° agosto 1888 al 31 luglio 1889²⁹.

Il Dr. Raimondi sottolinea come nell'ultimo decennio (primario Sacchi) vi fosse stato un uso eccessivo e spropositato della diagnosi di pellagra che aveva portato a un aumento «spaventoso» di tali malati nel manicomio.

²⁴ A. SACCHI, *La Pellagra nella Provincia di Mantova...*cit., p. 80.

²⁵ *Ivi*, p. 50.

²⁶ *Ivi*, p. 13 e 72.

²⁷ *Ivi*, p. 51.

²⁸ *Ivi*, 72 e oltre.

²⁹ ASMn, Archivio Ospedale, Busta 82, 9 manicomio. 1) fascicolo miscelaneo.

Questa affermazione sembra voler mettere in evidenza una volontà di ricorrere alla diagnosi di pellagra o per incapacità diagnostica o per volontà politica.

Infatti aggiunge che nel periodo di tempo considerato, quello della sua direzione del manicomio, il numero di ricoverati con tale diagnosi è precipitato a sole 26 persone con una diminuzione notevole rispetto agli anni precedenti.

Aggiunge che «senza essere pellagrofobi per sistema e pur concedendo alla diagnosi clinica di frenosi pellagrosa quel valore nosografico che deve avere..., questa della pellagra è per moltissimi casi una diagnosi di comodità e di abitudine locale...»³⁰.

Nel 1895 la Commissione pellagologica provinciale, istituita secondo le indicazioni scaturite dall'inchiesta del dr. Sacchi, dà l'incarico al medico provinciale dr. Francesco Bonservizi di svolgere un'inchiesta nella Provincia di Mantova su due temi particolari:

- numero dei pellagrosi nella provincia;
- cause specifiche locali che favoriscono la pellagra.

Nella sua inchiesta il dr. Bonservizi si rivolse ai medici locali dei 68 comuni che allora costituivano la Provincia di Mantova³¹.

L'epoca scelta per questa indagine epidemiologica, diremmo oggi, fu la primavera, perché era la stagione in cui comparivano in modo più frequente e con maggior evidenza i sintomi della pellagra.

Da questa indagine risultò che nella provincia il numero dei pellagrosi era di 1069, ridottisi poi a 854 dopo una diretta verifica di tutti i casi segnalati.

Inoltre si rilevava che il tasso di pellagrosi a livello della città era quasi nullo, mentre nell'Alto Mantovano il tasso era quasi il doppio rispetto al Basso Mantovano.

Nelle sue valutazioni il Bonservizi volle in particolare segnalare come la pellagra fosse diffusa anche oltre il mondo contadino e fosse dovuta ad alcuni fattori molto diversi da quelli sostenuti dalla precedente relazione.

In particolare: le carenze economiche e igienico-sanitarie e la scoperta da parte del Lombroso del mais guasto, per cui in conseguenza di una alimentazione quasi esclusiva di polenta, si determinava una intossicazione che causava la pellagra.

Nel complesso il suo tentativo di interpretare la pellagra sulla base delle teorie del Lombroso, si scontrava anche con i dati da lui rilevati. Infatti la pellagra colpiva nell'87% dei casi persone in cattivo o pessimo stato economico, e per il restante 13% persone in mediocri condizioni economiche.

Inoltre non riusciva a trovare valide spiegazioni alla maggior diffusione

³⁰ *Ibidem*.

³¹ F. BONSERVIZI, *Inchiesta sulla pellagra...cit.*

della pellagra nell'Alto Mantovano, dove il terreno era meno fertile, con presenza di un maggior numero di piccoli proprietari terrieri, con un minor numero di obbligati e giornalieri.

A questo proposito C. Mezzadrelli, parlando della pellagra a Volta Mantovana, un comune dell'Alto Mantovano, sottolinea come la diffusione della povertà fosse legata al fatto che la terra più produttiva era di proprietà di pochi, mentre quella meno fertile era suddivisa e frazionata fra tanti piccoli proprietari con una scarsa resa agricola³². Di conseguenza questi piccoli proprietari erano in condizioni di miseria come, e forse più, dei disobbligati del Medio e Basso Mantovano.

L'unica possibilità di sopravvivere alla pellagra era data dalla cucina economica come cura preventiva.

Inoltre in questo distretto neppure il movimento de *La Boje*, che comunque non aveva molta forza, riuscì a modificare la situazione.

Il numero dei pellagrosi fu massimo nel 1885, con 87 persone, ma rimase alto fino al 1900 con 40 pellagrosi.

I morti furono 6 nel 1886, 4 nel 1887, 7 nel 1888, 8 nel 1889.

Il rapporto fra popolazione e pellagrosi sulla base delle sue indagini risultava del 5,27% nell'Alto Mantovano rispetto al 2,60% del Medio e Basso Mantovano³³.

Il fatto che la pellagra fosse diffusa più nelle zone di piccolo affitto o piccola proprietà rispetto al bracciantato organizzato delle grosse aziende agricole, risulta confermato da Livio Vanzetti che nel suo libro *I ricchi e i pellagrosi* constatava che la pellagra era maggiormente diffusa nel Veneto nella zona medio alta e pedemontana con microaziende a conduzione familiare, rispetto alla zona di pianura caratterizzata dalla grande proprietà e da un bracciantato organizzato³⁴.

F. Bonservizi doveva però ammettere che fra il 1890 e il 1897, periodo che aveva preso in considerazione sia per valutare i ricoveri ospedalieri di pellagrosi con disturbi psichici, nei manicomi di Mantova e Castiglione, sia per valutare i morti a causa della pellagra, vi era stata una riduzione della pellagra dovuta forse alle migliori condizioni igienico-sanitarie più che alle condizioni economiche. Appare soprattutto come dato significativo, che lo stesso autore riconosce come aspetto significativo l'aiuto alimentare erogato delle cucine economiche e popolari sostenute dai comuni e dalla Provincia.

Un dato importante, che ci aiuta a spiegare la differente incidenza della pellagra nell'Alto Mantovano, era determinato anche dagli investimenti di risorse economiche nelle cucine popolari che risultavano meno della metà rispetto a quanto veniva speso nel Basso e al Medio Mantovano.

³²C. MEZZADRELLI, *Volta Mantovana, pellagra e assistenza nella seconda metà del XIX secolo*, Mantova, s.e., 1983.

³³*Ivi*, p. 24.

³⁴L. VANZETTO, *I ricchi e i pellagrosi. Un secolo di storia dell'istituto Costante Gris di Mogliano Veneto*, Abano Terme, Francisci, 1992.

Vi è da aggiungere che comunque nella città di Mantova la pellagra era quasi inesistente.

Riportiamo i dati rilevati dal Bonservizi³⁵ relativamente a:

Morti per pellagra nel territorio

1887	91	1890	105	1893	103
1888	76	1891	131	1894	196
1889	62	1892	164	1895	94

Da questi dati emerge che l'acme della mortalità si rileva nei primi anni Novanta per poi avere un crollo nel 1895 ultimo rilievo effettuato.

Possiamo aggiungere che alla fine dell'Ottocento il declino della pellagra è legato a una serie di fattori sociali ed economici.

La forte emigrazione contadina ebbe la conseguenza di ridurre di molto la mano d'opera più precaria, costituita dai disobbligati ma anche da piccoli proprietari. Questo fatto pose in essere migliori condizioni contrattuali per gli obbligati e i disobbligati ad opera di un movimento contadino che riuscì a difendere e migliorare i contratti di lavoro nelle campagne.

Inoltre si verificarono profonde ed estese trasformazioni delle modalità e colture dei campi.

Questa inchiesta sulla pellagra diede spazio a molte polemiche a Mantova sia da Destra, di cui è testimonianza una lettera del conte D'Arco³⁶ che confuta certe affermazioni sulle cause, sia dal Centro³⁷ oltre che da Sinistra, attraverso articoli sul giornale «La Provincia di Mantova»³⁸, in cui G. Bacci in ben nove interventi sulla pellagra, contestava la teoria tossica del mais avariato, per sottolineare gli aspetti della alimentazione basata sulla polenta, della miseria, dello sfruttamento dei contadini, ecc.

Lo stesso Direttore del manicomio, dr. Luigi Oliva, intervenne con una sua lettera sull'argomento sollecitato dalla Deputazione Provinciale³⁹. La polemica si trascinò per qualche tempo e si concluse, così come si ridusse la pellagra, in virtù di una diversa dinamica degli aspetti politici e sociali che si stava verificando in Italia: si era rivolta infatti maggior attenzione alle classi sociali più povere, per cercare di migliorarne le condizioni di vita.

In definitiva i profondi cambiamenti nel mondo agricolo, l'emigrazione, l'inurbamento, ecc. crearono le condizioni di arretramento prima e annullamento poi della pellagra, che rimase comunque come una triste e

³⁵ F. BONSERVIZI, *Inchiesta sulla pellagra...cit.*, pp. 30-31.

³⁶ A. D'ARCO, *La Pellagra e gli agricoltori nel Mantovano. Lettera aperta*, Mantova, Tip. Mondovì, 1899.

³⁷ Articoli del «Cittadino», marzo 1899, e de «La Gazzetta di Mantova», aprile 1899.

³⁸ «La Provincia di mantova», Mantova, aprile-maggio 1899.

³⁹ L. OLIVA, 'A proposito della pellagra', *Lettera aperta alla Onor. Deputazione Provinciale, 17 maggio 1899*, «Giornale della Reale Società Italiana di Igiene», X, 1900.

mortale testimonianza di un passato.

La pellagra, citando L. Messedaglia, «non (era) stata guarita; (guari) spontaneamente, da sé... mentre gli scienziati stavano tuttavia discutendo delle sue cause... ridendosela allegramente degli ulteriori profondi studi e delle alleanze dottrinali»⁴⁰.

Da ultimo vogliamo citare il dr. L. Oliva che nel suo libro⁴¹, nell'esaltare la Deputazione Provinciale e la Commissione Pellagologica per l'attività svolta a favore dei pellagrosi, cita, come testimonianza, «una pregevolissima memoria storica» che raccolse tutte le vicende e gli interventi effettuati per quanto riguarda la pellagra nella provincia di Mantova nel periodo fra il 1874 e il 1911⁴².

Aggiunge che questo «bellissimo lavoro è opera del benemerito ed attivissimo sig. Cav. Pietro Minghetti, segretario della Commissione Pellagologica, ecc.». Purtroppo il documento citato risulta introvabile. Esso ci avrebbe potuto fornire informazioni importanti circa l'andamento della pellagra nelle sue fasi finali, oltre che le valutazioni della Commissione.

Epidemiologia

La ricerca sull'andamento della pellagra partendo dalle cartelle cliniche che coprono un periodo temporale che va dal 1852 fino al 1930, viene fatto su due parametri di fondo:

- temporale, organizzando i dati sulla base dei decenni, fino al 1870 poi 1870-1880, ecc., fino al 1919, anno limite dopo il quale non si registrò più alcun ricovero con la diagnosi di pellagra;
- spaziale, nel senso che la diffusione viene considerata su base territoriale, anche in questo caso organizzando i dati sulla base delle tre aree (Basso, Medio e Alto Mantovano) con una particolare esplorazione del mandamento di Viadana, costituito anche da Dosolo e Pomponesco.

L'Alto Mantovano risulta costituito dai mandamenti (comprendenti più comuni) di Asola, Castiglione delle Stiviere, Volta Mantovana, con una popolazione che varia da 45 a 47 mila abitanti nella seconda metà dell'Ottocento.

Il Medio Mantovano comprende i mandamenti di Mantova città, Mantova II, Marcaria, Bozzolo, Canneto, con una popolazione fra i 125 e 130 mila abitanti.

Il Basso Mantovano riunisce i mandamenti di Gonzaga, Ostiglia, Revere, S. Benedetto Po, Sabbioneta, Sermide, Viadana, con una popolazione

⁴⁰ A. DE BERNARDI, *Stato e scienza medica...*cit., p. 701.

⁴¹ L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, Tip. Apollonio, 1914, p. 23.

⁴² *La pellagra nella provincia di Mantova. Notizie storico-statistiche raccolte dalla Commissione Pellagologica Provinciale 1874-1911*, Mantova, Tip. Aldo Manuzio, 1911.

fra i 130 e i 137 mila abitanti⁴³.

I dati che vogliamo mettere in evidenza sulla base di queste due coordinate sono il totale dei ricoveri e delle persone ricoverate, la distinzione fra uomini e donne, e poi le persone morte durante il ricovero. La differenza fra persone ricoverate e morte ci dà il numero dei dimessi o trasferiti ad altre strutture manicomiali.

	ricoveri	ricoverati
Fino al 1870	686	609
1870-79	1.679	1.340
1880-89	1.083	881
1890-99	914	766
1900-10	328	299
1910-19	128	122
Totali	4.818	4.017

	ricoverati		morti	
	D	U	D	U
Fino al 1870	371	238	130	84
1870-79	756	584	199	198
1880-89	464	417	166	139
1890-99	345	421	149	183
1900-10	146	151	58	53
1910-19	60	62	22	25
totali	2.142	1.873	724	682

Per aree territoriali:

	ricoveri	ricoverati	morti	
Alto Mantovano				
	D	381	319	100
	U	451	351	117
	Totali	832	670	217
Basso Mantovano				
	D	1.254	988	345
	U	959	801	304
	Totali	2.213	1.789	649
Medio Mantovano				
	D	976	835	261
	U	897	728	279
	Totali	1.873	1.563	540

⁴³L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del Manicomio di Mantova...*cit., pp. LIV-LV.

Un elemento macroscopico che si impone subito alla nostra attenzione nella lettura dei dati è rappresentata dall'incidenza quantitativa che la pellagra e i pellagrosi hanno avuto nella istituzione manicomiale a partire dalla metà del 1880 fino alla fine del secolo, in quanto nel primo ventennio del Novecento era ormai in una fase di sostanziale declino. Se teniamo presente che il totale dei ricoveri è di 14.535 corrispondenti a 9.014 persone ricoverate, possiamo verificare come i pellagrosi con 4.818 ricoveri per un totale di 4.017 persone ricoverate, rappresentano rispettivamente il 30% dei ricoveri e il 44% dei ricoverati.

Le percentuali risulterebbero ancora più elevate se le riferissimo al periodo fra il 1870 e il 1900, periodo di massima espansione della malattia.

Per quanto riguarda la distinzione fra donne e uomini, possiamo constatare una netta prevalenza delle donne (2.142) rispetto agli uomini (1.880), differenza che si riscontra anche nella mortalità ospedaliera: 724 donne rispetto a 682 uomini.

Questo dato testimonia il fatto che le donne erano più esposte degli uomini alla pellagra come scelta di necessità. Non solo esse dovevano svolgere i lavori domestici, occuparsi dei figli e della famiglia, ma anche lavorare nei campi, avendo però a disposizione, rispetto agli uomini, un'alimentazione più ridotta.

L'unica eccezione è rappresentata dai dati dell'Alto Mantovano dove i ricoverati uomini sono 351 rispetto a 319 donne e i morti risultano rispettivamente 117 e 100.

L'indice di mortalità delle persone ricoverate per pellagra è comunque molto elevato, perché si attesta come dato medio sul 35% delle persone ricoverate, con una lieve prevalenza percentuale degli uomini (37%) rispetto alle donne (34%).

In rapporto alla popolazione delle aree territoriali considerate si riscontra un maggior tasso percentuale di ricoverati (1,5%) nella zona dell'Alto Mantovano, rispetto al Medio Mantovano (1,2%) e al Basso Mantovano (1,3%).

Questo conferma quanto risulta dalle indagini sul territorio svolte sia da F. Bonservizi che da C. Mezzadrelli.

Le cartelle cliniche

La cartella clinica è il testo in cui sono esposte le vicende biografiche del soggetto ammalato e le annotazioni cliniche durante la sua permanenza nel manicomio.

I contadini, che rappresentano la stragrande maggioranza dei ricoverati, escono dall'anonimato della società per entrare nell'anonimato dell'istituzione manicomiale, subendo un processo di segregazione e di esclusione, frutto di un sapere psichiatrico che attraverso le pratiche istituzionali si arroga il diritto della normalità e quindi della guarigione.

Nella cartella clinica abbiamo due tipi di annotazioni:

la prima è costituita dalla tabella anamnestica (Anamnesi dopo il 1900) che è scritta dal medico territoriale che invia il soggetto perché sia ricoverato nel manicomio.

La seconda è rappresentata dagli scritti derivati dalle note cliniche, conseguenza del lavoro di osservazione del paziente da parte del/i medici ospedalieri, (lo stato presente, in cui si ha una descrizione accurata delle condizioni fisiche e psichiche) in cui vengono riportate le conseguenti decisioni nosografiche, diagnostiche e terapeutiche.

Bisogna aggiungere che molto spesso sono carenti o anche assenti sia le une che le altre.

Nella tabella anamnestica erano indicate le cause della pazzia: mancanza di lavoro, scarsa alimentazione, miseria, dispiaceri familiari, malattie fisiche, lutti, solitudine ed isolamento, ereditarietà.

Soprattutto alla fine veniva dichiarato che l'esplosione della malattia costituiva una condizione di pericolo non solo per il soggetto, ma anche per chi era vicino a lui: questo rendeva necessario il ricovero.

Molto spesso il ricovero, che i famigliari cercavano di evitare, avveniva perché la persona metteva in atto ripetuti tentativi di suicidio (cercando di annegarsi nei pozzi, nei fossi, nei fiumi, oppure defenestrandosi) appena riusciva a sfuggire alla loro sorveglianza. Spesso essi non esitavano a legarla al letto. Erano riferiti comportamenti aggressivi e violenti verso i famigliari e/o i vicini, spesso anche verso i bambini piccoli da parte delle madri. Questi comportamenti, soprattutto i tentativi di suicidio, hanno avuto nella pellagra un tasso eccezionale di incidenza perché possiamo dire che nel 60/70% delle persone ricoverate erano presenti e anche in forma ripetuta. Non abbiamo dati precisi in grado di dirci quanti di questi tentativi abbiano potuto attuarsi.

Erano questi aspetti di pericolosità che determinavano il ricovero o anche a volte, seppur indirettamente, la condizione di miseria estrema che poteva essere attenuata con la permanenza in ospedale: per un certo periodo al paziente era concesso di alimentarsi in modo adeguato. Molto sottolineata era l'ereditarietà come dato etiopatologico, proprio perché la povertà era una condizione sociale che veniva tramandata dai genitori ai figli per cui la sottoalimentazione («solo polenta, poca minestra, niente pane o carne...» come dicevano i medici nella Tabella) era la testimonianza-causa di una follia che accomunava padri, madri, figli, zii, fratelli ecc. attraverso le varie generazioni.

Il ricovero avveniva spesso nel periodo di primavera e di autunno perché erano i periodi in cui per la sottoalimentazione si manifestava la pellagra.

Il ricovero, vera tregua alla fame, era nella maggior parte dei casi vissuto come una vergogna, come una colpa da nascondere, oltre che come una perdita di contatto col famigliare. Infatti la stragrande maggioranza dei contadini era analfabeta, e la distanza fra istituzione e luogo di

abitazione era di ostacolo alla possibilità di andare a trovare il ricoverato per i parenti.

Bisogna aggiungere che molto spesso nel caso dei pellagrosi, un familiare andava a riportarlo a casa anche contro il parere dei medici, firmando il documento di responsabilità, soprattutto quando si trattava di una persona ancora valida da un punto di vista lavorativo. Nel caso fosse stato un uomo, avrebbe potuto riprendere a lavorare, migliorando le condizioni economiche e alimentari della famiglia. Per quanto si riferiva alle donne, la loro presenza era indispensabile nel caso ci fossero figli piccoli da accudire o una famiglia numerosa.

Dalla scrittura relativa al ricovero ospedaliero possiamo, invece, riconoscere e studiare le conoscenze psichiatriche dei medici ospedalieri attraverso le loro osservazioni del paziente.

A una accurata, dettagliata, particolareggiata descrizione del corpo e dell'immagine fisica del soggetto quale risulta nello Stato Presente, tanto da far pensare a una immagine fotografica di riferimento, quale si faceva nei manicomi dopo la metà dell'Ottocento (ad esempio nel manicomio femminile di S. Clemente a Venezia), fa riscontro una più sintetica definizione dello stato psichico che utilizza una terminologia codificata e poco indicativa rispetto a quello che veniva rilevato durante il periodo di ricovero.

La descrizione dei sintomi sembra derivare più dai comportamenti che da colloqui col paziente e risente di una incertezza di fondo per quanto riguarda la nosografia e la diagnostica.

Infatti le diagnosi sono molto spesso variabili nella sequenza dei diversi ricoveri ospedalieri o anche rispetto alle osservazioni riportate nella cartella.

Anche la diagnosi di pellagra, a volte nel tempo e a seconda dei medici che si sono succeduti, è stata trascurata o anche sovrautilizzata, benché avesse caratteristiche molto precise da un punto di vista sintomatologico, sia fisico che psichico.

Vi era comunque una certa consapevolezza di questo da parte dei medici, se Sacchi e Giacometti⁴⁴ in una relazione presentata alla Deputazione Provinciale, dicono:

Manca al medico curante... un criterio preziosissimo... di saggiare la impressione che gli infelici stessi (i pazzi) risentono al cospetto dei propri parenti e conoscenti. Tanto più quanto li infermi provengano da luoghi assai lontani ... e più che tutto poi se li ammalati appartengano alle classi sociali povere, massime dei contadini.

Si possono constatare quindi nel tempo livelli eterogenei di scrittura come testimonianza di un sapere medico che si evolve, e che si scontra con una carenza, non soltanto di conoscenze mediche, ma anche di

⁴⁴ *Atti della Deputazione Provinciale*, 6 giugno 1873, Allegato B: relazione del dr. A. Sacchi e V. Giacometti, p. 173.

possibilità terapeutiche. Ne consegue pertanto l'eccesso di pratiche istituzionali.

Le prime, legate alla malattia, sono rappresentate dai bagni tiepidi, freddi o caldi, dalle docce fredde o calde mirate a certe parti del capo, dalle polveri ricostituenti, dai ioduri e bromuri di potassio, dal cloralio, dall'aloè, dall'oppio e dalla morfina.

Le altre, definite come pratiche assistenziali legate agli aspetti di pericolosità, sono caratterizzate dalle contenzioni, dalla terapia morale, dall'isolamento, dalla segregazione e dal custodialismo.

Queste pratiche istituzionali erano con molta probabilità molto più frequenti di quanto risulti dalle cartelle cliniche, perché legate agli stati di agitazione in cui l'unica possibilità era quella di legare i ricoverati al letto o usare altri mezzi di contenzione. Vi erano delle contenzioni molto particolari come quella rappresentata da uno strumento di contenzione che impediva la masturbazione ad un giovane affetto da «onanismo sfrenato».

Inoltre in certi casi la contenzione si accompagnava all'isolamento in «stanze di osservazione o stanze per agitati» per impedire risse e aggressioni fra gli stessi ricoverati oltre che col personale di assistenza. Aggiungerei che per tutto l'Ottocento forse la terapia migliore e di grande efficacia, in modo particolare per i pellagrosi, era costituita per tutti questi poverissimi ricoverati dalla possibilità di una adeguata e sufficiente alimentazione durante il periodo del ricovero.

Questa affermazione è sostenuta dalla constatazione del fatto che i medici, al di là di quello che scrivevano nelle cartelle, in molti certificati di dimissione dei pazienti sottolineavano la necessità che a casa avessero condizioni di nutrizione e di aiuto come vera dimensione terapeutica, come emerge ad esempio da questa lettera del dr. A. Sacchi:

Colomba Monfardini, 49 anni, ricondotta da parecchi mesi ad uno stato di mente normale ma con disturbi della salute generale, che ci induce a differire la dimissione, conoscendosi...(sarebbe) costretta in famiglia a faticoso lavoro senza una alimentazione sufficiente, per cui ricadrebbe prontamente in condizioni di salute deplorabili e in quelle alterazioni di mente che porterebbero al ricovero in manicomio.

12 agosto 1871, dr. A. Sacchi.

E in un altro caso:

Adelma Visoli, accolta il 4 maggio 1882 per frenosi pellagrosa, venne dichiarata dimissibile. In questi tre anni la giovinetta, molto magra, di ritardato sviluppo ed esilissima, acquistò forme incomparabilmente aumentate e la sua famiglia venne da qualche mese preavvisata della necessità di prepararle degli abiti adatti. La madre venne oggi a ritirarla senza portar seco abiti di sorta. Io stimo inevitabile di lasciarla partire provvedendola di abiti dello stabilimento, scrivendo al Sindaco che essi devono essere restituiti entro un congruo tempo. Sarebbe dannoso alla

Provincia di trattenerla indefinitamente qui dove essa non ha più bisogno di restare e vi è penuria di posti disponibili. 24 marzo 1885 A. Sacchi.

E tale invito era rivolto ai famigliari oltre che ai comuni di appartenenza soprattutto quando si trattava di pellagrosi, perché potessero usufruire delle cucine popolari.

Le storie

Riportiamo da ultimo la trascrizione delle cartelle di due ricoverati per pellagra, per mostrare il legame di appartenenza fra trame di avvenimenti personali e il loro contenitore istituzionale.

Storie di persone «che avevano trovato la loro sistemazione dentro un contenitore d'archivio. Diventati un numero di matricola in un fascicolo di carta, o di carte»⁴⁵.

Le storie, i cosiddetti casi clinici, ci permettono di porre in evidenza la delicata e complessa articolazione fra storie di vita e conoscenze mediche, fra frammenti di vissuto e assetti istituzionali; possiamo vedere come fatti, eventi, storie di vita rappresentino la matrice prima della costruzione istituzionale in cui si articolano pratiche e saperi che fanno scomparire e annullano il soggetto.

È molto evidente che da queste storie scritte il malato-ricoverato diventa tale tutte le volte che le famiglie, «intente dapprima a custodire gelosamente nel loro seno tali sventure, finché si stimavano colpe o venivano ad ogni modo al pari da esse trattate» non riescono più a trattenerlo a casa⁴⁶.

Attraverso le storie cliniche di due di loro, Stancari Basilio e Veneri Angelica, vogliamo illustrare e far vivere delle persone che hanno rappresentato, e ancora oggi rappresentano, la storia di un'umanità segregata ed esclusa.

Sono storie comuni di persone senza rilevanza particolare, ma che presentiamo col loro nome e cognome proprio per farli rivivere, vedere, identificare come uomini e donne, mariti e mogli, padri e madri, riportandoli alla luce delle loro esperienze, delle loro sofferenze e dei loro statuti famigliari e sociali.

Mi sembra che questo sia il minimo che possiamo fare per ridare visibilità e dignità ad una umanità socialmente ed economicamente deprivata ed esclusa, per di più segregata dentro le mura annientanti dell'istituzione manicomiale.

Stancari Basilio

È una storia abbastanza emblematica, la rappresentazione del de-

⁴⁵ S. VASSALLI, *La notte della cometa...*cit.

⁴⁶ *Atti della Deputazione Provinciale...*cit., p. 171.

stino cui andavano incontro i pellagrosi col passare del tempo. Abbastanza in forze nei primi ricoveri che avvengono nel periodo primavera autunno e che lo rimettono in forma abbastanza rapidamente (dopo uno, due mesi di ricovero) per poter ritornare a casa e riprendere il lavoro per mantenere la famiglia.

Poi col passare del tempo la disgregazione fisica dovuta all'età e alla scarsa alimentazione lo porta a una debilitazione tale che «barcolla, non riesce a stare in piedi» quando viene ricoverato. Inoltre, quando, in seguito alla morte della moglie, rimane solo, vive in una cantina, e per di più «chiusa la cucina economica del Comune, ha una deficienza massima di buona alimentazione». Neppure i figli sono in grado di aiutarlo.

La fine arriva qualche anno dopo, quando «... si fanno notare - dice il medico - come cause dell'invio in manicomio, la mancanza di mezzi di sussistenza, vivendo di elemosine e di inadatta assistenza».

Quello che colpisce in questa cartella, ma possiamo dire nella maggioranza, è il fatto che a una ampia e minuta descrizione degli aspetti corporei, immagine esterna e organi interni, corrisponde da un lato una rarefazione e dall'altro una ripetitività delle note scritte durante il periodo di ricovero in cui si accenna alla diagnosi, alla terapia e alle dimissioni.

Il linguaggio scritto fa scomparire il soggetto portatore della sofferenza e della sua vita, ponendolo in un anonimato senza storia e senza eventi.

L'ultimo ricovero si concluderà con la morte di Basilio il cui organismo non è più in grado di reggere l'assalto dei germi patogeni che pongono fine a una vita di stenti, di sofferenza, di abbandono.

STANCARI BASILIO

Di furono Pietro e Veronesi Domenica. I figli sono due: Francesco celibe e Domenica coniugata

Anni 55, coniugato con Pasini Maria, contadino

Luogo di dimora: Volta Mantovana

Luogo di nascita: Volta mantovana 27 giugno 1826

Entrata: 22 febbraio 1882

Genere dell'alienazione frenosi pellagrosa

Cenni storici e sintomatologia:

Anamnesi, ammogliato con 2 figli. Costituzione fisica deteriorata. Non soggetto a ricorrenti infermità abituali. Vitto ordinario di esclusiva polenta, latte (fino ad un anno fa quando gli morì la capra) e pochi legumi. Nessun abuso. Ammalato da circa cinque anni causa la deficienza di alimentazione. Lesa la ragione, schiamazza tutto il giorno e rompe quanto avvicina. Pericoloso a sé e agli altri. Stato presente, è uomo assai basso di statura, di condizioni fisiche generali piuttosto deperate; non si regge né cammina da solo. Ha cranio regolare simmetrico ricoperto di capelli abbastanza fitti e bianchi. Presenta tubercolo occipitale pronunciato e sulla linea di quello due altri punti assai rilevati, anche esantema dietro l'osso temporale. Non vi è depressione marcata parieto

occipitale nella sutura lambdoidea, sicché sembra che l'occipite col suo margine superiore sormonti le altre ossa. Fronte abbastanza ampia, alcun poco schiacciata ai lati delle gobbe. Faccia abbastanza simmetrica. Colorito pallido della cute con capillari della cute della guancia un po' di stasi sfiammati. Sopra le ciglia scarse occhi ed iride castano chiara. Pupille ristrette reagiscono uniformemente e con abbastanza prontezza alla luce. Mucose delle labbra e cavità orale pallide. Lingua pallida, e papille oltremodo depresse apparentemente con frequenti solcature. Collo sottile, torace simmetrico, poco ampio. Nulla presenta di notevole. La pelle sollevasi in larghe pieghe, muscolatura flaccida; oltremodo scarso l'adipe sottocutaneo. Né l'ispezione né il palpeggiamento avvertono l'impulso cardiaco che risulta all'ascoltazione oltre misura fiacco, al pari dei toni cardiaci che sono deboli, chiari e regolare il ritmo.

Nulla di notevole ai sistemi respiratori e frenocondriaci. Ventre teso e resistenti arti provvisti di muscolatura esile e flaccida. Traccie manifeste di desquamazione pellagrosa al dorso delle mani e dei piedi. Risponde categorico, conferma alle volte di essere costretto a vociare, e non sa il perché. Prende cibo volentieri; ha riposato nella notte scorsa; prima di addormentarsi per cinque o sei volte ha emesso grida, e richiesto del perché dice di non sapere e di non poter fare a meno per dolori al capo. Ha molta fame. È apiretico; ha polso oltremodo fiacco (82). Si emette rapporto di frenosi pellagrosa. Prende le polveri ricostituenti. È un po' più tranquillo e comincia migliorare nella nutrizione

3 MAGGIO 1882 Prese continuamente le polveri ricostituenti arsenicate, non ebbe mai diarrea Ricostituito nella nutrizione generale, nelle forze e nella mente, può dirsi tranquillo, ragionevole, laborioso si ritiene dimissibile.

Uscito nella giornata il 5 giugno 1882

Il Accoglimento: Ritornato il giorno 19 settembre 1882

Anamnesi, appartiene tuttora al comune di Volta Mantovana. È notato nella tabella anamnestica che lo accompagna che lo Stancari Basilio è coniugato con due figli. Costituzione gracile. Vitto polenta verdure diverse, legumi, poco pane, pochissima minestra mai né vino né bevande spiritose. Ammalato da un mese, causa la progressiva denutrizione. Schiamazza tutto il giorno e la notte e dice di voler por fine ai suoi giorni in forma ricorrente in primavera e autunno. Non è ereditaria. Pericoloso a sé e agli altri e di scandalo.

Stato presente, riconfermati appieno lo stato presente del precedente ingresso, tanto riguardo allo stato generale quanto allo stato dei visceri toracici e addominali.

Per lo stato di mente apparisce un po' tardo e confuso nelle risposte. Del resto nulla di speciale se non traccia ancora aperta di desquamazione pellagrosa al dorso dei piedi e delle mani. È apiretico, ha un po' di diarrea

7 ottobre 1882

si emette rapporto di frenosi pellagrosa. È molto migliorato nelle condizioni fisiche e del pari delle mentali. Fece uso di polveri antidiarroiche ed ora è sottoposto alle polveri ricostituenti arsenicali.

4 novembre 1882

si emette rapporto di dimissibilità con la raccomandazione alla Commissione che provvederanno contro la pellagra. Uscito il 15 novembre 1882

III Accoglimento: Ritornato il giorno 15 aprile 1883

Anni 60, ammogliato con due figli. Costituzione fisica robusta, temperamento sanguigno, nervoso. Soggetto a pellagra, vitto esclusiva polenta e di pessima qualità, nessun abuso. Ammalato da otto giorni, vive in una cantina. Lesa l'intelligenza, di sua natura docilissimo e rispettoso corse ieri l'altro ignudo dietro la moglie con minaccia di volerla strangolare. Pericoloso a sé e agli altri. Stato presente, non vi ha a fare nota veruna speciale stante che non resterebbe che ripetere gli stati presenti delle scorse volte. Deperita la nutrizione generale con tracce palesi di desquamazione pellagrosa alle mani e ai piedi, debole impulso cardiaco, deboli e frequenti i toni. Scarsa diarrea

30 aprile 1883, si emette rapporto di frenosi pellagrosa. Prende le polveri ricostituenti arsenicali. Il 27 agosto si emette rapporto di dimissibilità.

Uscito guarito il 10 settembre 1883

IV Accoglimento: Ritornato il 9 agosto 1887

Ha 61 anni. Anamnesi, resta confermata quella degli anni passati, si può aggiungere che il malato fuggiva continuamente da casa per andarsi ad annegare e più di una volta avrebbe messo in atto il suo divisamento qualora non fosse stato raggiunto. Cause disponenti il cattivo nutrimento all'epoca in cui furono chiuse le cucine economiche. Cura tentata, bromuro ad alte dosi senza risultato. Pericoloso a sé e agli altri qualora non sia sottoposto a severa custodia. Trasportabile al manicomio con mezzo comodo di trasporto e sorvegliato. Volta 8 agosto 1887 Firmato dr. Tacconi Luigi

Stato presente, restano confermati gli esami obbiettivi redatti precedentemente.

A queste si aggiungono le seguenti cose: individuo a bassa statura, di costituzione scheletrica regolare, di nutrizione generale scaduta. ...Le funzioni respiratoria e circolatoria e gastroenterica nulla lasciano a desiderare In quanto alle facoltà intellettuali sono tutte abbastanza bene conservate. Riguardo alla vicenda che a casa sua la malattia esordì con senso di grande debolezza e con vertigini. Confutando di aver tentato di fuggire da casa per annegarsi in un ampio fossato.

Da quando venne condotto da noi si è comportato bene

Fu lasciato sempre in sala non permettendo la debolezza generale di discendere e girare per la corte. Dorme la notte, è tranquillissimo, mangia da sé.

18 Agosto la Commissione fa rapporto di frenosi pellagrosa

27 Settembre 1887 Viene fatto rapporto di dimissibilità. Fu sottoposto a dieta solamente associata alle polveri ricostituenti. Fu guarita l'ustione della palpebra superiore occhio destro col termocauterio.

17 Ottobre Esce guarito

V Accoglimento 30 Marzo 1891 ritornato al manicomio

Anamnesi. Età 64 anni. Vedovo di Pasini Maria con prole. Costituzione fisica debole; temperamento sanguigno-epatico, soggetto a cefalee frequenti disturbi gastro-enterici. Contadino. Vitto ordinario costituito da mais, senza abuso di alcoolici. Stato fisico in genere poco favorevole, poco sviluppate le facoltà mentali; facoltà visiva quasi perduta. Nessuna passione dominante. La malattia ebbe principio a circa 35 anni fa; fra le cause presumibili vi è la deficiente

nutrizione, lavori campestri superiori alle sue forze, solistizzi, ecc. È ricorrente; fu ricoverato quattro volte presso il manicomio di Mantova. Si riconosce affetta principalmente l'intelligenza. Attentò più volte alla propria esistenza volendosi buttare in un pozzo. Tendenza a commetterne idem. Nessuna contrarietà per il passato; presentemente sofferse per la morte della moglie. Tra le cause fisiche il poco temperamento, la deficienza massima di buona alimentazione e l'abitazione malsana.

Durante il periodo in cui sono aperte le cucine economiche del paese, ne fruisce il vantaggio. È pericolosissimo a se stesso per la continua minaccia di volersi annegare. Si fanno notare come cause dell'invio in Manicomio la mancanza di mezzi di sussistenza, vivendo di elemosine e di inadatta assistenza. È trasportabile al Manicomio

Volta Mantovana 30 marzo 1891 firmato Dr. Giulio Guastalla

Stato presente, li 11 Aprile 1891. Lo stato fisico è quello descritto nel precedente esame con l'aggravante dei sintomi di debolezza degli arti inferiori; di debolezza mentale si sono un po' aggravati durante i tre anni che decorsero dal precedente accoglimento all'attuale... L'incedere è lievemente spastico e poco sicuro, (cheché ne dica il malato), infatti egli tratto tratto barcolla, ma si rimette quasi subito. Dei sensi specifici è lesa la vista totalmente a destra, parzialmente a sinistra.

Facoltà mentali: benché non sia stato mai veramente delirante né allucinato né illuso, pure appare, specie nei primi giorni, tardo e confuso nell'ideazione. La smemoratezza dei primi giorni si è adesso alquanto dileguata, però anche ora serba dei precedenti accoglimenti una memoria puramente sommaria. È un po' stordito, tanto che invitato a respirare non fa che tossire. Ciò non toglie che egli si dichiari pienamente sano, franco nel camminare (invece barcolla), capace di portarsi un mezzo sacco di granturco sulle spalle. Questa sua esagerata fiducia nelle proprie forze, il suo poco fondato ottimismo, la tardezza di affermazione e di ideazione, l'intonazione eccessivamente gaia dell'umore e la sua verbosità che si risolve in una continua ripetizione delle parole, sono i sintomi che caratterizzano il suo stato psichico.

Dorme e mangia spontaneamente. Sta alzato tutto il giorno.

Interrogato a proposito degli atti di pazzia attribuitigli dall'anamnesi risponde che a casa era tanto debole e confuso di mente da non sapere che si facesse, e che talvolta senza essere spinto da idee di persecuzione o da altri dispiaceri a furia di vagare, capitava vicino al pozzo e vi sporgeva sopra il corpo a rischio di cadervi dentro.

16aprile 1891 si fa rapporto di frenosi pellagrosa che lo rende pericoloso a se stesso.

29 maggio 1891 da circa un mese è ricomposto mentalmente ed attende ad una cura ricostituente. Dorme e mangia spontaneo. Non lo abbiamo applicato al lavoro perché si teme che aggravi al sua malattia agli occhi. Questa fu curata con estirpazione dei peli mal diretti. Non gli si fece una cura ricostituente medicinale perché questa gli provocava la diarrea. Andrebbe a casa assieme ad un suo figlio. Si fa rapporto di dimissibilità.

3 giugno 1891 esce guarito affidato al messo comunale.

VI accoglimento li 29 febbraio 1892

Anamnesi, d'anni 68, vedovo e due figli. Costituzione debole, temperamento epatico-nervoso. Oftalmite cronica. Pellagroso. Accattone. Vitto zea-mais abitualmente. Presentemente il sussidio della cucina economica. Lo stato generale fisico assai immiserito, facoltà mentali debolissime. Nessuna passione dominante. Da oltre dieci anni fu già ricoverato in questo Manicomio sette volte. È ricorrente. Affette le facoltà affettive e le intellettive. Idee e pensieri sconnessi, manifesta odio per la vita. Nessuna contrarietà. Miseria squallida, abitazione malsana sono le cause. Nessuna cura tentata. È pericoloso a se stesso. Mancanza di custodia. È trasportabile con mezzo adatto e custodibile da qualcuno. Volta 28 febbraio 1892, firmato il Dr. Giulio Guastalla

Stato presente li 8 marzo 1892. All'esame redatto nel precedente accoglimento aggiungo quanto segue:

l'infermo è denutritissimo, un po' pallido, debole, non si regge bene sulle gambe e deve perciò essere trattenuto a letto. La vista e l'udito hanno perduto anche più della loro intensità. L'appetito è scarso. La digestione abbastanza buona, la defecazione regolare. Rimane tuttora debole e delirante.

Facoltà mentali: è egoista, talvolta facilmente irritabile ed irascibile, a volte minaccioso. Di notte non dorme ed in preda a delirio scompone il letto con movimenti carpologici, urina sotto di sé, disturba tutti. Lo si è dovuto fissare al letto perché ne scendeva, aggirandosi come smarrito per la sala. La coscienza sempre poco chiara, si ottenebra assai durante questi intervalli deliranti. Conferma di soffrire di capogiri, ma non ricorda gli atti di pazzia attribuitigli dall'anamnesi. Fu curato somministrandogli bromuro di potassio e cloralio alla sera oltre che colle iniezioni sottocutanee di morfina, e adesso mercè questi ipnotici riesce a dormire. È facilmente emotivo.

14 marzo 1892, si fa ogni sera una iniezione sottocutanea di 2 centigrammi di morfina.

Si fa rapporto di frenosi pellagrosa che lo rende pericoloso a se stesso e agli altri

22 maggio 1892 Muore per ascesso freddo alla regione toracica sinistra

Veneri Angelica

Anche in questo caso il ricovero avviene dopo parecchi anni che la paziente è malata gravemente, ormai non più contenibile in quanto tenta di «gettarsi nel pozzo». I parenti si sono arresi a ricoverarla, proprio perché la sua presenza a casa era indispensabile alla famiglia.

E in effetti nel corso dei vari ricoveri cui fu costretta nell'arco di 15 anni, il marito andò sempre a prenderla prima possibile, talvolta portandola a casa anche contro il parere dei medici che avrebbero voluto trattenerla più a lungo. In un caso addirittura il marito mandò un avvocato per chiedere se la moglie avesse una malattia "cronica" per dire inguaribile, facendo così pressione presso i medici affinché la moglie venisse dimessa.

Forse voleva molto bene alla moglie, ma certo ne aveva anche molto bisogno per i figli, per sé, per i lavori di casa e forse anche dei campi.

Quel che colpisce nel caso di questa donna nella tabella anamnestica redatta dai medici territoriali, non è tanto la descrizione del tipo di alimentazione «vitto polenta, poca minestra, pochissimo pane, carne quasi mai», quanto la reiterata dichiarazione delle cause disponenti: «Passione dominante l'esosa avarizia per cui non vorrebbe mangiare per non spendere». Forse la causa della cattiva alimentazione non è tanto un vizio morale, quanto la tendenza delle donne nell'ambito familiare a privilegiare, a proprio scapito, l'alimentazione dei figli, del marito e di quanti lavoravano. La donna viveva più intensamente, sacrificandosi, i bisogni della famiglia. Comunque possiamo dire che lei riuscirà a sopravvivere ai ricoveri ospedalieri e a restare nel suo ambito familiare.

L'altro elemento che colpisce in questa storia è la limitatezza del sapere medico, per cui nel corso dei vari ricoveri la diagnosi, forse fatta da medici diversi, passa dalla pellagra alla malinconia, alla demenza primitiva senza comunque alcuna modificazione di indirizzi terapeutici.

42 anni, contadina, Suzzara, nata a
entrata il 7 dicembre 1880
frenosi pellagrosa

Anamnesi: coniugata con figli. Polenta, poca minestra, carne quasi mai. Da tre anni ebbe a cadere in una fossa contenente acqua. In quell'epoca cominciò il suo male con convulsioni ricorrenti, con remittenze abbastanza lunghe. Lesa l'intelligenza, parzialmente la memoria e le facoltà affettive. Ha tentato gettarsi nel pozzo, grida, strepita giorno e notte con vaniloquio continuo, Cattivo nutrimento.

Stato presente.

È apiretica. È oltremodo delirante. Ha tracce di desquamazione pellagrosa al dorso delle mani e piedi. Ha preso poco cibo; non ha dormito nella notte. È magra assai. Lingua rossa, asciutta, nulla di notevole al ventre. Polsi fiacchi e frequenti. Molto ristretta l'area cardiaca; debolissimi i toni. Non si regge. Muscolatura esile.

3-1-1881 emesso rapporto della Commissione medica di frenosi pellagrosa

16 gennaio 1881 prese di continuo le pozioni eutrofiche di calcio e di olio di fegato di merluzzo. Si è discretamente ristabilita, è ragionevole e tranquilla, non avrebbe bisogno di più protrarre degenza e cure in manicomio. Viene ritirata dal marito malgrado i miei consigli perché ha due figli da assistere. Gli viene affidata dichiarando egli per iscritto che assume la responsabilità di invigilarla ed assisterla

Uscita il 16 gennaio 1881 A. Sacchi

II Accoglimento

Ritornata il giorno 8 aprile 1882

Anamnesi: ha 42 anni è coniugata con figli. Costituzione fisica gracile. Temperamento linfatico. Soggetta alla pazzia. Pochi esercizi mentali. Passione dominante è l'avarizia. La malattia data da 5 anni, cominciò coi primi gradi di pellagra che crebbe fino al punto di divenire pazza.

La malattia è ricorrente specialmente in primavera. Lesa la ragione. Ha tentato annegarsi gettandosi nel pozzo, ed è necessità guardarla continuamente. Condizioni miserabilissime della famiglia impediscono ogni cura. Pericolosa a sé ed agli altri.

Stato presente: ha cranio regolare, simmetrico con molti capelli neri, e con lieve compressione laterale. Fronte piuttosto alta. Sopracciglia marcate, nere. Cute della faccia pallida. Occhi ed iride castano scure. Pupille reagiscono alla luce con sufficiente prontezza. Mucose pallide. Dentatura avariata superiormente. Lingua depitelizzata a papille atrofiche, raccolta sulla superficie dorsale da molte solcature in aree svariate e minute. Torace ampio rettangolare. Scarso l'adipe sottocutaneo. Pelle sollevasi in pieghe di più che media larghezza. Impulso cardiaco oltremodo fiacco, netti ma debolissimi i toni.

Non è possibile praticare in alcun modo l'esame dei visceri respiratori coll'ascoltazione per lo stato di agitazione massima e scuotimento del tronco nel momento di esame. La percussione che risulta negativa e la mancanza di tosse lasciano pensare abbastanza favorevolmente.

Nulla di notevole al ventre, pareti flaccide e raggrinzate assai con traccia di pregresse gestazioni.

Traccie manifeste di desquamazione pellagrosa al dorso delle mani estese anche ai piedi. È apiretica. Delirante oltremodo, rifiuta ostinatamente il cibo e le bevande che respinge dalla cavità orale in faccia a chi le appresta.

20 aprile 1882 Si è resa tranquilla abbastanza. È molto deperita fisicamente. Ha fatto due bagni. Prende le polveri dolci ricostituenti. Si fa rapporto di frenosi pellagrosa

21 maggio 1882 ritirata dal marito in buone condizioni fisico mentali. Era stata vaccinata il 15 maggio

III accoglimento

Ritornata il 16 dicembre 1884

Anamnesi. Ammogliata con figli. Costituzione fisica gracile, temperamento linfatico. Soggetta a mania suicida. Vitto polenta, poca minestra, pochissimo pane, carne quasi mai, nessun abuso. Passione dominante l'avarizia!! Recidivata da pochi giorni. Lese le facoltà affettive, specialmente la memoria. Ha tentato di gettarsi nel pozzo. Causa la pellagra. Pericolosa.

Stato presente, si riconferma lo stato presente dalla scorsa volta. Solo è più anemica, senza tracce di pellagra, triste, preclamorosa, delirante, apiretica.

31/12 1884 Si emette rapporto di melanconia semplice.

Fa cure ricostituenti.

Uscita guarita, ritirata dal marito il giorno 15/2 1885

IV accoglimento

Rientra il 9 aprile 1886

Anamnesi, 44 anni, coniugata con figli. Costituzione fisica gracile.

Temperamento linfatico nervoso. Va soggetta ad infermità ricorrenti.

Contadina, esercizi mentali poveri. Vitto ordinario polenta, poco pane, carne mai. Lo stato fisico sufficiente, facoltà mentali limitate. Passioni dominanti l'avarizia. Nel 1879, i cibi insufficienti a riparare le perdite giornaliere. Ha avuto delle recrudescenze specie in primavera, e degli stati stazionari.

È ricorrente a periodi fissi. La memoria e le facoltà affettive in parte.

Ha tentato di annegarsi e di gettarsi a capofitto sul fuoco.
Abbandonata a sé può suicidarsi. Causa la Pellagra.
Suzzara 8 aprile 1886, dr. Bertoni

Stato presente, si riconferma pienamente e in tutto quello scritto nell'ultimo ricovero.

10 aprile prese già 4 gr. di Bromuro di Calcio, il delirio è meno intenso, seguita però l'agitazione

26 aprile delirio ed agitazione continua con pochi intervalli di calma, mangia imboccata, dorme però.
Si emette rapporto di frenosi pellagrosa.

14 giugno 1886 richiesto dall'avvocato Cappelini un certificato medico comprovante l'indole della malattia della Veneri, se guaribile o cronica per ottenere dall'autorità giudiziaria ordine di interdizione, si risponde: che il passato della Veneri non è tale da far disperare una guarigione, atteso il fatto che solo da due mesi trovasi qui ricoverata anzi la Veneri versa in condizioni fisiche da far dubitare che presto muoia.
Seguita sempre il delirio con febbre alta (39,4), è sempre in letto. Prende sempre chinino.

15 agosto 1886 Esce guarita e per richiesta del marito che rilascia certificato di assumersene intera la libertà.

V accoglimento

Ritornata il 12 aprile 1889

Ha 46 anni ammogliata con figli. Costituzione fisica gracile, temperamento linfatico nervoso, soggetta ad infermità ricorrenti

Contadina che ha come vitto ordinario polenta, poca minestra, pane alla festa, senza abuso di cibo e bevande. Stato fisico sufficientemente sviluppato, facoltà mentali limitate. Passioni dominanti l'avarizia.

Da 8 anni data la malattia, ricorrente a periodi fissi e specialmente in primavera e autunno. Le facoltà affette sono la memoria e l'intelletto parzialmente. Ha tentato annegarsi fuggendo più volte di notte dalla propria casa. Abbandonata a sé può effettuare il suo ripensamento di annegarsi. Cause disponenti cattivo nutrimento e l'esosa avarizia per cui non vorrebbe mangiare per non spendere. Pericolosa a se stessa quando non fosse sottoposta a severa custodia. Fu altre volte in manicomio, bisogna tenerla guardata a vista.

Suzzara 12 aprile 1889 dr. Bertoni

22 aprile 1889 Si fa rapporto di Demenza primitiva in soggetto anemico ed altre volte pellagroso

10 giugno 1889. Rapidamente si dileguò il delirio su base allucinatoria ed il pervertimento dell'istinto delle proprie confessioni; da oltre un mese poté mangiare cibo a iosa. Patì a varie riprese di febbri malariche scomparse con parecchie dosi di solfato di chinino.

È molto migliorata d'aspetto. Il marito desidera ritirarla, gliela si affida essendo guarita. Esce guarita.

VI accoglimento
20 marzo 1896

Anamnesi: anni 52, coniugata con figli. Costituzione debole, soggetta a pellagra. Contadina. Vitto= polenta; nessun abuso di alcolici. Stato fisico deperito. Nessuna passione dominante. Da tre giorni ha cominciato a dar segni di alienazione mentale. È già stata ricoverata al Manicomio altre volte. Si mette taciturna con lo sguardo fisso; non riconosce i figli, dice che non è buona di stare in piedi. Non ha sofferto alcuna contrarietà. Causa la pellagra. Può essere pericolosa a se stessa perché è in pericolo di cadere. È trasportabile senza tante precauzioni.

Suzzara 20 marzo 1896

Stato presente 30 marzo 1896

Sull'esame somatico rimando a quanto è stato scritto. Riguardo alle condizioni psichiche la paziente presenta ancora i sintomi rilevati nel precedente esame. All'ingresso era taciturna, teneva fisso lo sguardo, pareva quasi istupidita e si è dovuta imboccare. Da atterrita si fece il giorno dopo agitata, gridava giorno e notte che la volevano bruciare, voleva assolutamente andare a casa: In seguito si è fatta più tranquilla, risponde abbastanza categorica.

13 aprile 1896, si fa diagnosi di frenosi pellagrosa, che la rende pericolosa a se stessa.

5 giugno 1896 si fa rapporto di dimissibilità. Uscita il 9 giugno 1896

VII accoglimento 4 giugno 1899

Anamnesi

Anni 57. Coniugata con figli. Costituzione robusta, soggetta a pellagra. Casalinga e campagnola. L'alimentazione data da 3 giorni.

Da circa 15 anni è pellagrosa, e quasi ogni anno è colta da alienazione. Fa discorsi strani, ha tentato di gettarsi nel pozzo; dice che vuol annegare il figlio e i bambini. Nessuna contrarietà né in famiglia né fuori. Causa è pellagra. Nessuna cura. Pericolosa a sé stessa. Trasportabile sotto sorveglianza.

Suzzara. Dr. Ligabue.

Per l'esame somatico, della vita vegetativa e di relazione si rimanda alla storia antecedentemente redatta.

Esame psichico

Al suo ingresso l'inferma è debole, disorientata e confusa. Ma in pochi giorni si riordina: dorme spontaneamente e soddisfa da sé i suoi bisogni. Risponde categoricamente, mostra affetto per la sua famiglia alla quale desidera ritornare.

22 giugno 97 Si fa diagnosi di frenosi pellagrosa

19-2-98 Assai migliorata psichicamente; da dimettere a breve

23-2-98 Si dimetterà

27-2-98 esce guarita

Voglio concludere con una poesia di versi binari a rima baciata che ho trovato in una cartella clinica perché mi sembra rappresentare la complessa contraddittorietà fra mondo interiore e realtà esterna in cui vivevano i folli, in particolare nel manicomio. Una poesia di cui non si sa se l'autore si rivolge all'altro da sé o ai propri oggetti interni, ma che esprime in modo intenso i sentimenti di paura, di angoscia, il desiderio di ricerca di vie di uscita, la sofferenza per tradimenti e dolore cui la vita e le relazioni dentro e fuori dal manicomio lo hanno esposto. Potremmo citare alcuni versi di una poesia intitolata *Sensazione* di F. Pessoa, che di eteronimi e altro da sé è un esperto come possiamo inferire dalle rappresentazioni che ne dà nei suoi scritti e nelle sue poesie:

I miei pensieri e sentimenti si confondono e formano
una vaga e tiepida anima-unità.
... Non distinguo
nulla in me tranne l'impossibile
amalgama delle molte cose che sono⁴⁷

Sono versi che possono confonderci per l'immediatezza delle espressioni che non rispondono al linguaggio convenzionale, ma in un certo sovrapporsi e incalzare dei termini ci suggeriscono l'idea che la parola sia finalizzata a renderci l'evidenza dello sperimentalismo e della diffusione di un alterato senso della propria identità.

Ascolto triste voce che risponde
Ti è contro il ciel, la terra, il fuoco e l'onda

Per ora è vano, aspetta a fare i conti
Quando brulli vedrai li prati e i monti.

Quello che per ora ti so dire,
È, che cerchi invano scrutar l'avvenire

Non sottoporti col tuo fatal destin in viaggio
Perché ciò che ti consiglio è tuo vantaggio

Se vuoi sperar di fugar ciò che ti offusca il raziocinio
Lascia a bacco tutto il predominio.

Attendi che non ancor è sancito il decreto
Che toglierti dovrà alla triste sorte e farti lieto.

Se il bene tuo vuoi, come tant'altri impara,

⁴⁷F. PESSOA, *Il violinista pazzo*, a cura di A. Di Munno, Milano, A. Mondadori, 1995.

Il ginocchio a piegar dei grandi all'ara.

Dopo tre notti, tu dormendo in letto
Ti accorgerai di quel che ti ho predetto.

Io ben lo so, ma tu non hai fede
Né l'avvenir saprà chi non mi crede.

Meglio di me, che il sa, te lo predica
Quella tua cara che tanto ti è amica.

Al veloce pensier poni freno
Perché di quanto pensi è molto meno.

Chi i decreti d'Iodio crede intralciar
Finisce sempre per mezzo d'acciar.

Tu cerchi invano nel caos futuro
Ma vedi tutto incerto e mal sicuro.

Grande buffera sorge che minaccia
Ma un genio protettor ben tosto la discaccia.

Pria che ti arrida il ciel verrà la luna
Ben muta e tonda fette a volte ed una.

Quel fido amico, che t'ha tradito,
È già segnato a dito.

Il sangue tuo a rinnovar prepara
Chi la vita tua vuol serbata all'ara.

BIBLIOGRAFIA

- C. BERTOLOTTI, *La Pellagra. Bibliografia degli studi dal 1776 al 2005*, Mantova, Istituto Mantovano di Storia Contemporanea, 2009.
- L. BENEVELLI, G. ROSSI, *Achille Sacchi, patriota, politico, psichiatra e la psichiatria italiana del suo tempo*, in *La repubblica, la scienza, l'uguaglianza*, a cura di C. Bertolotti, Milano, Franco Angeli, 2012.
- G. BOCCI, *La pellagra e gli agricoltori mantovani*, «La Provincia di Mantova», Mantova, aprile-maggio 1899.
- A. DE BERNARDI, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia D'Italia, Annali VII*, Torino, Einaudi, 1984.
- A. DE BERNARDI, F. DE PERI, L. PANZERI, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980.
- F. BONSERVIZI, *Inchiesta sulla pellagra in provincia di Mantova per il dr. F. Bonservizi medico provinciale, prefazione di C. Lombroso*, Mantova, Tip. Aldo Manuzio, 1899.
- A. D'ARCO, *La pellagra e gli agricoltori nel mantovano, Lettera aperta*, Mantova, Tip. Mondovì, 1899.
- M. FOUCAULT, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1963.
- M. FOUCAULT, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- M. GALZIGNA, H. TERZIAN, *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione: antologia di testi e documenti*, Venezia, Marsilio, 1980.
- La follia, la norma, l'archivio. Prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Galzigna Venezia, Marsilio, 1984,
- M. GALZIGNA, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.
- P. GHIDELLA, *Sulla pellagra*, «Nuovi commentari di Medicina e Chirurgia», V, I, 1820.
- S. MAGRINI, *Per L'istituzione di un manicomio provinciale*, Mantova, Tip. Mondovì, 1912.
- G. MARTINA, *L'alimentazione a Levico nell'Ottocento e il fenomeno della pellagra*, in *Levico. I segni della storia*, a cura di N. Fiorenza, M. Libardi, 2 voll., Levico, Cassa Rurale di Levico Terme, 2000, I, pp. 347-380.
- C. MEZZADRELLI, *Volta Mantovana pellagra e assistenza nella seconda metà del XIX Secolo*, Mantova, s.e., 1983.
- L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, Tip. Apollonio, 1914.
- L. OLIVA, *Notizie intorno all'inizio e alla diffusione della coltivazione del mais nella provincia di Mantova*, «Rivista pellagologica italiana», 4, 1913.

Il Pellagroso, giornale popolare amministrativo politico, 28 Dicembre 1884 - 22 Marzo 1885, ristampa anastatica, Mantova, Provincia di Mantova, 1984.

F. PESSOA, *Il violinista pazzo*, a cura di A. Di Munno, Milano, A. Mondadori, 1995.

F. PIZZAMIGLIO, *Manicomio e classi subalterne a Mantova (1858-1918)*, «Storia in Lombardia», III, 1, 1984, pp. 31-75.

A. SACCHI, *La Pellagra nella Provincia di Mantova*, a cura di R. Salvadori, Mantova, Comitato per il Centenario dell'Unione di Mantova all'Italia, 1966.

R. SALVADORI, "Male della miseria". *Note per una storia della pellagra*, «Protagora», XXXIX, giugno 1965, pp. 34-50.

R. SALVADORI, *La pellagra "male della miseria" nelle campagne mantovane dopo l'unificazione*, «Civiltà Mantovana», I, 3, 1966.

L. VANZETTO, *I ricchi e i pellagrosi. Un secolo di storia dell'Istituto Costante Gris di Mogliano Veneto*, Abano Terme, Editore Francisci, 1992.

S. VASSALLI, *La notte della cometa, Il romanzo di Dino Campana*, Torino, Einaudi, 1984.

LA "QUESTIONE ALCOOLICA"

Anche se in notevole ritardo rispetto agli altri paesi europei già industrializzati, a partire dagli anni Ottanta dell'Ottocento in Italia si impose una vera "emergenza alcoolica". Medici, igienisti, sociologi e uomini politici iniziarono a vedere le conseguenze nefaste, forse irrimediabili, dell'alcolismo sulla salute fisica e mentale della popolazione, sulle capacità produttive dei lavoratori, oltre che sulla tenuta dell'ordine pubblico nelle città. Il consumo sempre in maggiori quantità di vino e liquori, fenomeno rilanciato con allarmismo crescente dalla stampa e dalla pubblicistica scientifica, fece perdere all'Italia l'immagine tradizionale di paese sobrio e morigerato, perché ancorato stabilmente a uno stile di vita proprio di una società contadina. Non che fossero mancati in precedenza i "beoni", i forti bevitori. Gli "ubriaconi" facevano già ovviamente parte del panorama offerto dalla vita cittadina, le osterie rappresentavano già luoghi importanti per la vita sociale, ma fu con l'ultimo quarto dell'Ottocento che esplose per così dire anche nel nostro Paese una dirompente "questione alcoolica".

«Tutte le fonti a disposizione sulla configurazione alimentare delle classi popolari italiane sono unanimi nell'affermare che perlomeno fino al 1880-1890 il vino ben raramente compariva nella dieta quotidiana degli operai e dei contadini poveri»¹. Essenzialmente, il vino costava troppo. L'intossicazione da alcolici fu considerata la fonte di una serie infinita di malattie; divenne imponente il numero di persone (quasi esclusivamente uomini) internate nei manicomi perché colpite da "psicosi alcoolica" o da altre patologie nervose e mentali dovute all'abuso di alcolici.

La storiografia italiana su questo tema² si è soffermata su questa insorgenza della "questione alcoolica" a fine Ottocento, risultato di una notevolissima crescita dei consumi, a sua volta provocata da cambia-

¹ A. DE BERNARDI, *Pellagra e alcoolismo: sviluppo capitalistico e trasformazioni nella configurazione sociale del ricovero psichiatrico (1780-1915)*, in *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, a cura di A. Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, Milano, Franco Angeli, 1980, pp. 227-294: 271

² I contributi più significativi risalgono tutti a più di 20 anni fa. Cfr. in particolare: M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcoolismo in Italia*, «Classe», X, 15, 1978, pp. 93-136; A. DE BERNARDI, *Pellagra e alcoolismo...cit.*; i saggi contenuti nel numero monografico dedicato al tema dalla rivista «Movimento operaio e socialista» (VII, 1, 1985); *L'alcoolismo. Elementi di teoria, storia e ricerca sociale*, a cura di B. Cattarinussi, N. Tessarin, Milano, Franco Angeli, 1986; P. M. FURLAN, R. L. PICCI, *Alcol, alcolici, alcoolismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990. Per una ricostruzione storiografica si può vedere M. FLORES, L. FABI, *L'alcoolismo come problema storico. Gli studi in Usa e in Italia*, «Antropologia medica», 2, 1986, pp. 63-69.

menti strutturali nel sistema produttivo e nell'organizzazione della società. In altri termini, l'aumento sempre più marcato nei consumi di alcolici (sostanzialmente di vino) e, quindi, nel numero degli alcolisti, dipese dal passaggio da una società agricola a una industriale. Di sicuro, la proletarianizzazione sempre più diffusa comportò cambiamenti anche tumultuosi per lo stile di vita dei lavoratori e delle loro famiglie. A cominciare prima di tutto dagli stessi fenomeni di migrazione verso le città. Uomini un tempo contadini, spesso troppo poveri per potersi permettere alcunché oltre la mera sussistenza, si trovarono a essere operai con un salario. Una nuova condizione di vita da cui non potevano che nascere nuovi bisogni e nuovi consumi. Ma a cambiare furono innanzitutto i ritmi di lavoro: a spingere all'alcol e alle osterie non era semplicemente (e genericamente) la "miseria", ma la miseria di chi si trovava catapultato a lavorare in condizioni precarie in una officina, e a dover sottostare a una disciplina di fabbrica spietata e prima sconosciuta; di chi si trovava catapultato a sopravvivere con la propria famiglia in abitazioni malsane, fredde e sovrappopolate. Da più parti è stato quindi sottolineato negli studi un rapporto diretto tra trasformazioni nell'organizzazione del mercato del lavoro e crescita dell'alcolismo. Un rapporto diretto, ma comunque non esclusivo, quello fra alcolismo e industrializzazione.

Il periodo che qui ci interessa più da vicino (i cinquanta anni a cavallo del 1900) vide in tante parti e per milioni di persone il tramonto, in molti casi repentino, del mondo contadino e della sua cultura, la quale condannava, in base a valori di sobrietà, di risparmio, di laboriosità, anche l'abuso di alcolici. Venne modificata proprio l'unità economica e lavorativa delle famiglie. Perché, ad esempio, gli operai delle fabbriche finivano per pranzare fuori casa, e semmai in osteria?

Vi era evidentemente alla base di questa abitudine una necessità di carattere pratico: la lontananza della fabbrica da casa, la brevità dell'intervallo per la refezione, il fatto che l'alternativa all'oste; ma vi influiva pesantemente anche la caduta di alcuni valori, come il risparmio, e l'aspirazione alla proprietà, che un tempo erano fondamentali per la sopravvivenza della famiglia operaia, e per questo erano molto radicati: tutti valori che col regime di fabbrica erano diventati inutili e risibili³.

Ancora fino agli anni Ottanta, il vino prodotto in Italia era destinato soprattutto ai mercati esteri. La gran parte degli italiani o non bevevano o si accontentavano di miscele o succedanei (emblematicamente chiamati "vinello", "mezzovino" o "acetella" e così via), o ancora di distillati. Le cose cambiavano in parte per il mondo contadino: in campagna il vino (comunque di bassa qualità) veniva distribuito ai braccianti durante i grandi lavori estivi come parte importante del vitto e calcola-

³M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe...*cit., p. 106.

to come salario già corrisposto⁴. Con il 1890 le cose cambiarono radicalmente. A causa di una guerra commerciale con la Francia, le esportazioni di vino crollarono e, con esse, i prezzi. Da quel momento il vino smise di essere un bene di lusso e iniziò a comparire sulle tavole di un numero sempre maggiore di italiani. Dalla fine del secolo i prezzi del vino non si rialzarono più, mentre il livello dei consumi, pur con momentanee oscillazioni, si mantenne sempre elevato⁵. Fa certo impressione considerare, ad esempio, che il consumo pro-capite annuo di vino in Italia sia passato dai 95 litri del 1899 ai 120 litri del 1902. O ancora che nel giro di 60 anni, dal 1861 al 1921, lo stesso consumo sia aumentato di circa il 70%. Ma al di là delle cifre, con le quali occorre sempre avere cautela, senza dubbio le abitudini alimentari degli italiani iniziarono a comprendere il vino, spesso utilizzato come sostituto di altri alimenti, più difficili da consumare quotidianamente.

Questo discorso ne richiama un altro: quello sul potere *benefico* degli alcolici, anzi del vino in particolare. Apparteneva al senso comune l'idea che il vino fosse un ottimo ricostituente, e una specie di farmaco naturale contro le infezioni, da poter somministrare anche ai bambini. Il vino, e più in generale alcuni cibi, per secoli e fino ancora in tempi recenti, rappresentavano spesso l'unico rimedio possibile per malattie, gracilità, debolezze, anemie⁶. Di più, soprattutto in campagna, bere vino significava ammalarsi meno, sentire meno la fatica e la fame, assumere calorie (e calore) velocemente. Un'idea sulle virtù del vino che arrivò anche nelle città, e nelle fabbriche. Una idea che mantenne sempre in sé una notevole ambivalenza: da un lato il vino era un vero e proprio antidoto, un alimento salutare e un indispensabile sedativo della fame, oltre che un simbolo di prosperità; dall'altro lato, la sobrietà aveva pur sempre un valore essenziale, e quindi l'abuso di alcolici rappresentava una infrazione grave alle regole morali e all'etica del lavoro.

Questa ambivalenza di giudizio era presente, e ancora più radicalmente, nella cultura medica. Al di là del fatto che il vino appartenesse a pieno titolo alla farmacopea e che fosse regolarmente distribuito ai malati ricoverati negli ospedali, per tutto l'Ottocento e oltre, la classe medica considerava necessario prescrivere il vino per tutta una serie di disturbi e per preservare e fortificare soprattutto l'apparato cardiovascolare e

⁴ Cfr. P. SORCINELLI, *Gli italiani e il cibo. Dalla polenta ai cracker*, Milano, Bruno Mondadori, 1999, in part. il capitolo 7, *Le contraddizioni del vino*.

⁵ Cfr. P. QUIRINO, *I consumi in Italia dall'Unità a oggi*, in *Storia dell'economia italiana. III. L'età contemporanea: un paese nuovo*, a cura di R. Romano, Torino, Einaudi, 1990, pp. 201-249: 221.

⁶ E appunto la saggezza popolare, i proverbi per così dire "sacralizzavano" questo potere del vino: «Bevi che è tutta salute!», il vino che fa sangue e contrapposto all'acqua che fa male e accorcia la vita, e così via. Cfr. P. SORCINELLI, *Gli italiani e il cibo...cit.*, p. 144. Cfr. anche V. TONELLI, *Vino e Romagna contadina*, Imola, Galeati, 1989.

il sistema nervoso centrale⁷. E ciò ancora negli stessi anni in cui ospedali e manicomi si popolavano di alcolisti e l'alcolismo diveniva anche agli occhi dell'opinione pubblica il "male del secolo". A dire il vero, medici e igienisti insistevano molto sulle differenze fra i distillati (dannosi, perché artificiali) e il vino (salutare, perché naturale).

Furono le osterie l'obiettivo principale dei fautori di politiche proibizioniste. Da quando l'alcol divenne una emergenza, fu incessante la denuncia delle bettole e degli altri locali (drogherie, degustazioni ecc.) dove si poteva bere a buon mercato e a ogni ora. Le osterie erano viste dal fronte anti-alcolista come veri focolai di delinquenza, luoghi di "infezione sociale". A preoccupare gli osservatori tanto conservatori quanto progressisti, era la diffusione incontrollata delle osterie, nelle città ma non solo. Si giudicava eccessivo il numero di licenze concesse, senza considerare tutte le rivendite che commerciavano alcolici in maniera più o meno clandestina e illegale. In molti centri dell'Italia settentrionale c'era un'osteria ogni 100/120 abitanti, ma con punte anche di 80/90 abitanti, come a Mantova o a Parma. Nelle osterie ci si abbruttiva col bere e si sperperava il denaro guadagnato; e ci si dimenticava così dei propri doveri di lavoratori. Le osterie, collocate specialmente nei pressi delle fabbriche e delle officine, divennero luoghi (per molto tempo gli unici) dove erano possibili forme di socializzazione fra lavoratori. Erano gli unici spazi in cui degli uomini potevano ritrovarsi e costruire così delle reti sociali fondate su interessi comuni (economici e politici soprattutto). Luoghi prettamente maschili, e prettamente popolari.

È chiaro che le classi dirigenti temessero i pericoli legati alle osterie: in quei locali gli uomini imparavano le "virtù dell'ozio", trovavano uno spazio dove potersi sottrarre alla disciplina di fabbrica, ai ritmi massacranti di lavoro⁸. Per tutte queste ragioni le osterie erano considerate luoghi corruttori, che davano rifugio al malaffare e alla depravazione. Le osterie insomma rappresentavano l'esatto contrario del caffè, ritrovo perbene e borghese, dove non poteva accadere di ubriacarsi né di rischiare brutti incontri. Eppure, proprio nelle osterie gli uomini potevano avere accesso alla vita pubblica, e avere accesso a idee alternative a quelle dominanti. È noto quanta importanza abbiano avuto le osterie nell'affermazione del movimento operaio. «Nelle osterie o in locali consimili, come circoli vinicoli, mescite di vino e birra, cantine sociali ecc., si fondavano sezioni di partito, si svolgevano riunioni sindacali, avevano sede e recapito le società ricreative operaie; lì gli operai si passavano di mano i fogli di partito, discutevano degli interessi comuni e

⁷ Cfr. L. PREMUDA, *Il vino nella storia della dietetica*, in *Vino ed educazione alimentare*, a cura di L. BONUZZI, Verona, Consorzio tutela Soave e Valpolicella, 1983, pp. 67-79.

⁸ Cfr. T. MERLIN, *Il ruolo sociale e politico dell'osteria nel Veneto meridionale*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 23-40.

le idee del socialismo trapassavano nel fitto dei rapporti interpersonali⁹. Per questo le osterie erano viste come focolai di sedizione e sovversione, che non soltanto minavano la efficienza dei salariati sul lavoro (pensiamo ad esempio al fenomeno, ancora assai diffuso fino a fine Ottocento, dello “sciopero del lunedì”)¹⁰, ma favorivano forme sempre più intense di antagonismo sociale. Ancora negli anni Ottanta le osterie erano luoghi di organizzazione e di propaganda, in condizioni di semi-clandestinità.

È oltremodo interessante seguire per un momento l'evoluzione dell'atteggiamento dei socialisti verso le osterie e il consumo di alcolici. In effetti, i socialisti modificarono totalmente e nel giro di pochi anni, proprio agli inizi del Novecento, la loro posizione, spostandosi progressivamente a favore di politiche repressive e restrittive. Se prima era proprio nelle osterie che il partito aveva trovato spazio e libertà, in seguito anche i socialisti, che nel frattempo avevano raggiunto una stabile struttura organizzativa, realizzarono sedi proprie. Se prima erano la miseria e lo sfruttamento a spingere all'alcol i lavoratori, il cui comportamento andava per questo sostanzialmente giustificato, in seguito anche i socialisti, e per la spinta fondamentale dei loro esponenti di rilievo che si rifacevano alla “scuola positiva” di Cesare Lombroso, si mossero sempre più decisamente verso il proibizionismo. Una vera e propria “guerra all'alcool”. I socialisti fecero propria una visione, prima considerata “moralistica” e “borghese”, che vedeva nell'alcol un pericolo e uno spreco (di denaro, e di energie per lo stesso movimento operaio). In altri termini, il lavoratore, specie se “consapevole” e politicizzato, non avrebbe dovuto passare il tempo libero all'osteria. I parlamentari socialisti furono i principali sostenitori della legge del 1913 sull'alcolismo. Soltanto pochi anni dopo, scoppiata la prima guerra mondiale, ogni tentativo di disciplinare il consumo di alcolici doveva sostanzialmente arrestarsi. Se nel “fronte interno” i controlli potevano farsi più intensi, anche se non molto efficaci, era proprio fra i combattenti che l'uso di alcolici (il “coraggio artificiale”, indispensabile prima di un assalto) divenne ben presto incontrollabile, e favorito dai comandi stessi¹¹.

Per la “difesa sociale”

La lotta contro l'alcolismo si istituzionalizzò all'inizio del Ventesimo

⁹ R. MONTELEONE, *Socialisti o ‘ciucialiter’? Il PSI e il destino delle osterie tra socialità e alcoolismo*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 3-22: p. 12.

¹⁰ «Lo “sciopero del lunedì”, cioè l'assenza dal lavoro, necessaria, si diceva, per smaltire le sbornie domenicali, era per gli operai una maniera per difendere in tutti i modi la propria condizione di semi-indipendenza, il diritto a regolare da se stessi il ritmo del lavoro e del riposo, diritto che veniva negato dalla fabbrica ma che pure apparteneva ad un passato recente» (M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe...cit.*, pp. 107-108).

¹¹ Cfr. P. SORCINELLI, *Gli italiani e il cibo...cit.*, p. 150. Per la situazione francese durante la Grande guerra, cfr. J.-C. SOURNIA, *Alcolismo. Storia e problemi*, Torino, SEI, 1991, p. 114

secolo e portò sia alla legge di regolamentazione del 1913, ma anche, e soprattutto, alla diffusione nel Paese di un composito movimento di associazioni e leghe. Vi furono esperienze molto diverse da luogo a luogo, alcune legate ancora a una vecchia idea (filantropica, potremmo dire) di propaganda contro il vizio del bere; altre invece più “scientifiche”, anzitutto perché proposte e sostenute da medici, e psichiatri in particolare. E questa oscillazione fra uno sguardo prettamente medico e un altro di tipo morale, caratterizzò costantemente l’atteggiamento di commentatori, tecnici e politici verso l’alcol. In altri termini: l’alcolista andava considerato come una persona da curare o piuttosto da punire? Era una vittima del bere eccessivo o semplicemente un vizioso¹²? Senza dubbio, il periodo che qui ci interessa vide il coesistere di entrambi questi approcci, con immagini e discorsi che puntavano a colpevolizzare gli “ubriaconi”, esaltando in loro i segni di una degenerazione pericolosa per la società, per la salute pubblica, per il benessere collettivo. Gli argomenti proposti dalla propaganda anti-alcolica insistevano appunto sui rischi dati dalla presenza di sempre più alcolisti, e anzitutto sulle temibili conseguenze sulle loro famiglie e sulla loro discendenza.

Azioni di lotta all’alcol, e in primo luogo la pubblicazione di un massa di opuscoli, a favore della *temperanza* nel bere o per l’astinenza totale, divennero via via meno sporadiche a partire dai primi anni del Novecento. I primi tentativi vengono fatti risalire già agli anni Sessanta del secolo precedente, nelle grandi città del nord Italia, come Torino e Milano, mentre a Firenze fu creato il primo periodico dedicato al tema, dal titolo *Il bene comune*. I congressi e le riviste di medicina ebbero senza dubbio un ruolo fondamentale nella diffusione di questo allarme sulla “questione alcolica”, che portò poi creazione delle prime Leghe di temperanza in città come Udine, Brescia, Venezia e ancora Milano. Nel 1904 a Venezia si tenne il primo congresso contro l’alcolismo, e vi parteciparono psichiatri, politici, rappresentanti di camere del lavoro e di leghe di temperanza, provenienti da tutte le zone del Paese; il secondo si tenne l’anno successivo a Verona. Tre anni più tardi nacque a Milano la Federazione antialcoolica italiana (FAI), e formata principalmente da organizzazioni sindacali. Torneremo più avanti sul ruolo avuto dalla classe medica in questo campo d’azione. Fu rilevante nel far crescere una importante campagna d’opinione, nello spingere forze politiche e

¹² «Solo nell’ultimo mezzo secolo è stata riconosciuta la dovuta importanza ai fattori socioculturali nella genesi dell’alcolismo, mentre in precedenza l’interesse medico era esclusivamente limitato agli effetti dell’alcool sull’individuo: mentre quest’ultimo è stato considerato alternativamente un debole, un vizioso, una vittima, un malato, l’alcool da rimedio contro i mali più disparati è divenuto causa di degenerazione ed infine è stato incluso negli elenchi delle sostanze che possono provocare dipendenza fisica e psichica» (M. DE VANNA, O. CORSIERI, *Evoluzione storica del concetto di alcoolismo nella cultura medica*, «Antropologia medica», 2, 1986, pp. 25-36: 27).

sociali diverse fra loro nella opinione comune della necessità di una legge che regolamentasse il consumo di alcolici. La legge venne approvata solo nel 1913. Le diverse proposte presentate volevano in sostanza limitare la libertà di vendita delle osterie e degli altri esercizi commerciali; in secondo luogo, gestire il comportamento deviante degli alcolisti in termini più prettamente repressivi. Occorre anzitutto ricordare che fu solo con il codice penale approvato nel 1890 (il “Codice Zanardelli”) che lo stato di ubriachezza, se molesta e ripugnante, iniziò a essere perseguito. Quel codice prevedeva poi che l’aver compiuto un reato in stato di ubriachezza dovesse essere considerata una attenuante, con una conseguente diminuzione della pena.

Arriviamo ora al 1910. L’allora Presidente del Consiglio (e ministro dell’Interno), Luigi Luzzatti, presentò un disegno di legge al Senato. Prevedeva che la vendita di alcolici dovesse essere autorizzata annualmente dalla prefettura e prevedeva la proibizione di vendere alcolici ai minori di 16 anni, agli ubriachi e a chi apparisse in stato di alterazione mentale. Il progetto intendeva togliere alle osterie il ruolo di luoghi importanti per i lavoratori, dove si pagavano i salari e dove si reclutava manodopera. Il progetto Luzzatti voleva anche la creazione di istituti speciali riservati al ricovero e alla cura coatta degli alcolisti abituali ritenuti pericolosi da un tribunale. Si sarebbe trattato di un ricovero la cui durata sarebbe stata decisa da un giudice sulla base di una perizia del medico direttore dell’istituto stesso. Anche per i manicomi era prevista la possibilità di aprire sezioni speciali per alcolisti pericolosi. Altrettanto significativa, per ciò che riguardava i diritti personali, la proposta di escludere, per cinque anni, dalle liste degli elettori e dei giurati, chi fosse stato condannato almeno due volte per ubriachezza molesta e ripugnante. Su questi ultimi punti vi furono diverse critiche e furono poi avanzate modifiche per assicurare maggiori garanzie per la libertà personale. Ma furono più che altro ragioni di ordine economico a far modificare il disegno di legge al Senato. Il nuovo Presidente del Consiglio, Giovanni Giolitti, oppose l’argomento di evitare il mantenimento da parte dello Stato di tutti gli “ubriaconi italiani”. Il Senato giunse rapidamente all’approvazione della legge, dopo aver eliminato la parte sul ricovero obbligatorio. Passata alla Camera, la legge venne via via svuotata, anche per la pressione delle *lobbies* di produttori e commercianti; per due anni comunque non si giunse all’approvazione, fino a quando non furono proprio i deputati socialisti (in particolare Filippo Turati e Giuseppe Canepa) a presentare a metà del 1913 una mozione per obbligare il parlamento al voto finale. Il testo ormai era diventato tutt’altra cosa, ed era stata neutralizzata ogni sua possibile efficacia. Turati denunciò questo annacquamento e propose, con il consenso del governo, di tornare al testo del Senato, che prevedeva ancora l’esclusione dai diritti politici degli alcolisti condannati. I *Provvedimenti per*

combattere l'alcolismo furono approvati il 12 giugno 1913¹³.

Come dicevamo, l'alcolismo venne individuato anche in Italia, a partire dalla fine dell'Ottocento, come una questione sociale, che si manifestava soprattutto in tre ambiti diversi: era una fonte di problemi per l'ordine pubblico, specie in un periodo di crescenti conflitti sociali; era una fonte di danni per il sistema produttivo, per l'efficienza della forza lavoro salariata; ed era, in terzo luogo, un problema di tipo sanitario: chi beveva cadeva vittima di disturbi organici e del sistema nervoso, e poteva sviluppare forme di alienazione mentale, dovendo per questo essere internato in manicomio. Corollario, ma in un certo qual modo anche sintesi di queste questioni, si rivelò appunto l'intrinseca *pericolosità* (anche e soprattutto in termini di criminalità) degli alcolisti. Di più, l'alcolista veniva individuato dalla pubblicistica (e in primo luogo da quella conservatrice e clericale) come una persona appartenente agli strati più bassi della popolazione, e in sostanza appartenente alla "classe operaia". E in questa prospettiva iniziò a interessare sempre di più medici, sociologi e giuristi. «L'abuso di alcoolici era universalmente considerato un comportamento tipico della classe operaia. L'ubriacone per eccellenza non era e non poteva essere altro che l'operaio, o il bracciante, anche se questi a loro volta non potevano essere distinti nettamente dai "poveri", dai diseredati, dai reietti»¹⁴. Alcolismo "male proletario". Un male la cui lotta poteva quindi trasformarsi facilmente in un mezzo per attaccare le rivendicazioni, e poi i successi ottenuti dal movimento operaio: i salariati sperperavano il salario all'osteria, vanificando i benefici di ogni possibile aumento, che sarebbe stato anzi controproducente. Si riaffermava anche in questo caso un modello ideale (docile, disciplinato, persino ascetico) del lavoratore, in base al quale rieducare chi se ne discostava. I frequentatori di bettole, i bevitori abituali che trascuravano il lavoro o facevano lo "sciopero del lunedì", erano persone pericolose. Nelle osterie si concentravano il crimine, la violenza, la degradazione.

Per tutte queste ragioni, il positivismo italiano (e soprattutto la scuola di antropologia criminale guidata da Cesare Lombroso) non poteva che interessarsi all'alcolismo, dividendosi per altro nell'individuare le cause e i possibili rimedi. Se tutti gli esponenti, più o meno autorevoli, di

¹³ Interessante il giudizio di Antonio Gibelli sulla legge e in particolare sulla posizione socialista: «Di qui la parabola dell'atteggiamento socialista verso l'alcolismo; indulgente e persino compiacente dapprima, anche perché le osterie erano pur sempre luoghi di socializzazione operaia e ottime occasioni di propaganda; preoccupato fino a divenire persecutorio mano a mano che si faceva più netta la scelta legalitaria e parlamentare e diveniva pressante, anche da parte socialista, un problema di controllo dei comportamenti operai. Così proprio Turati doveva farsi propugnatore di una legge liberticida contro gli alcolisti, passata tra consensi tiepidi e dubbi degli stessi liberali» (A. GIBELLI, *Emarginati e classi lavoratrici. Le ragioni di un nodo storiografico*, «Movimento operaio e socialista», III, 4, 1980, pp. 361-367: 363).

¹⁴ M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe...cit.*, p. 108.

questo fronte avevano in comune la convinzione che dall'alcolismo non potesse che derivare una progressiva involuzione della società; e se tutti vedevano nell'alcolismo un *trait d'union* fra povertà e criminalità, emersero almeno due posizioni contrapposte sul ruolo da attribuire all'abuso di alcol. La parte maggioritaria, guidata dallo stesso Lombroso¹⁵, riconosceva nell'alcolismo una causa di pauperismo e criminalità:

La posizione di coloro che, come Lombroso, vedono nell'alcolismo uno dei fattori principali della criminalità - o perlomeno di certi tipi di criminalità - individuano vari tipi di nesi. Così l'alcool viene rappresentato come il mezzo che permette - consapevolmente o meno - il compimento di altri atti criminosi in quanto fattore disinibente o come il motivo stesso del crimine, come quando il reato è commesso per procurarsi i mezzi per bere. [...] L'alcolismo poi, nelle sue forme acuta e cronica, è un tipo di pazzia criminale che conduce a diversi tipi di reato: ferimenti ed omicidi se l'alcolismo è acuto; reati contro la proprietà, le persone, il pudore e gli agenti di pubblica sicurezza nel caso di alcolismo cronico¹⁶.

Una posizione contrapposta a quella, minoritaria, sostenuta soprattutto da Napoleone Colajanni¹⁷, che vedeva nell'alcolismo una conseguenza della miseria e dallo sfruttamento. Un uomo costretto a un lavoro opprimente e a condizioni di vita al limite della sopravvivenza, era inevitabilmente spinto a cercare un effimero rifugio nell'alcol. Se Lombroso individuava nell'alcolista stesso (in una tara fisica, in una cattiva eredità biologica) la causa della devianza, i suoi avversari sposavano un altro tipo di determinismo, potremmo dire *sociale*, che vedeva nell'alcolismo un effetto diretto di altre, più profonde, piaghe sociali, causate a loro volta dal sistema capitalistico. Il punto di vista lombrosiano si risolveva in sostanza in una piena giustificazione dello status quo, dell'esistente. Si tratta di una lettura che dominò a lungo anche nel mondo psichiatrico italiano, nel tentativo di trovare i segni, le stigmate fisiche nell'alcolista, come negli altri *degenerati*. Interessante inoltre ricordare quanto sostenuto da Adolfo Zerboglio, giurista della scuola lombrosiana, e che divenne coi primi del Novecento responsabile del partito socialista per la lotta all'alcolismo. Zerboglio si poneva in una posizione intermedia fra le due correnti contrapposte. Da un lato riconosceva quanto la miseria e le condizioni di lavoro (stress, monotonia ecc.) delle classi popolari, pesassero sulla diffusione dell'alcolismo; ma dall'altro vedeva negli alcolisti persone pericolose da cui difendersi con politiche repressive, e prevedendo anche il ricovero

¹⁵ Cfr. C. LOMBROSO, *Il vino nel delitto, nel suicidio, nella pazzia, in Il Vino. Undici conferenze fatte nell'inverno dell'anno 1880*, Torino-Roma, Loescher, 1880.

¹⁶ A. COTTINO, *La questione sociale dell'alcool da Lombroso a Ferri*, in *L'alcol nella società. Scienza, cultura e controllo sociale*, Torino, CELID, 1985, pp. 11-32: 14-15.

¹⁷ Cfr. N. COLAJANNI, *L'alcolismo, sue conseguenze morali e sue cause*, Catania, Tropea, 1887.

coatto degli alcolisti¹⁸. In ultima analisi, anche Zerboglio e con lui la classe dirigente socialista, finì per sposare l'idea della necessità di insistere sul proibizionismo. La stessa contrapposizione fra le posizioni di Lombroso e quelle di Colajanni, si esprimeva anche a proposito delle possibili soluzioni al problema. Chi insisteva sull'alcolismo come causa di miseria e delinquenza, tendeva a privilegiare le misure repressive (amministrative e di polizia); chi vedeva nell'alcolismo un effetto del "sistema" e delle sue violenze, puntava piuttosto su una riforma (più o meno radicale) di quest'ultimo. A prevalere nel positivismo italiano, e più in generale nella cultura sociologica e medica, fu l'idea del "controllo sociale" sull'alcolismo come fenomeno *degenerativo*¹⁹.

In manicomio

Questa parte del nostro lavoro è dedicata agli alcolisti ricoverati in manicomio e, più in generale, al modo in cui la psichiatria italiana affrontò l'alcolismo, tentando di garantire quella "difesa sociale" dai pericoli che questo portava con sé. Occorre anzitutto ricordare che la

¹⁸ Zerboglio tendeva «ad enfatizzare al massimo la pericolosità sociale dei comportamenti devianti, e perciò, nelle sue proposte di interventi concreti, il momento della custodia, della reclusione occupa pur sempre una posizione privilegiata. Infatti dopo aver auspicato – come rimedi radicali – la riduzione della giornata lavorativa, la limitazione del lavoro femminile e minorile, una migliore istruzione per gli operai, passava poi ad illustrare il provvedimento che in realtà gli stava più a cuore, e che avrà una certa eco negli anni successivi: il ricovero, di lunga durata, degli alcolisti in appositi luoghi di reclusione» (M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe...cit.*, p. 110). Cfr. A. ZERBOGLIO, *L'alcoolismo. Studio sociologico-giuridico*, Torino, Bocca, 1892.

¹⁹ Il concetto di *degenerazione* rimase per lungo tempo una chiave interpretativa dell'alcolismo assai popolare nel campo medico, del fenomeno dell'alcolismo (specialmente di quello cronico). Fu anzi proprio la teoria della *dégénérescence* a permettere di collegare organicamente alcolismo ed ereditarietà. Proposta in Francia da Bénédicte Augustin Morel, si concentrava sulle conseguenze ereditarie di vari stati patologici (fisici, psichici e "moralì"), fra cui appunto anche l'alcolismo. Da queste malattie sarebbe risultata una progressiva degradazione, che si sarebbe anche aggravata di generazione in generazione come una condanna, anche se avrebbe dovuto condurre inevitabilmente alla sterilità. Una teoria, quella moreliana, che ebbe un notevole successo, soprattutto in ambito psichiatrico, perché riusciva (o meglio perché sembrava che riuscisse) con una visione coerente e complessiva a spiegare il perché del diffondersi di diverse influenze morbose, fisiche e mentali. Il "degenerato" finì per rappresentare quella sintesi fra malattia, colpa morale e devianza sociale di cui già abbiamo detto: per questo si applicava così bene alla figura dell'alcolista. «L'alcool - Morel parla volentieri di acquavite - è una importante causa di degenerazione, complessa nelle occasioni determinanti, induce Morel a studiare anche l'ambiente economico e sociale connesso agli abusi di alcool, favoriti soprattutto dall'ignoranza e dalla mancanza di educazione. Proprio osservando il mondo dell'alcoolista, Morel è poi colpito dalla carenza di senso morale che non di rado si riscontra in questi pazienti che distruggono le loro famiglie per darsi al vagabondaggio, fino ad essere, sia per la propria famiglia che per la società, una continua fonte di danno che talora solo la custodia asilare può scongiurare» (L. BONUZZI, *L'alcoolismo nella psichiatria francese ottocentesca*, in *Atti del XXIX congresso nazionale di storia della medicina*, a cura di E. Greco, Casale Monferrato, s.e., 1978, pp. 79-83: 81).

classe alienistica italiana non spiccò mai per la sua originalità nella elaborazione di riflessioni sulle cause dell'alcolismo, né sulle possibili terapie. Da una rassegna dei più importanti studi storici, svolti sugli archivi clinici di singoli ospedali psichiatrici (da Roma a Genova, da Milano a Pesaro), emerge chiaramente un aumento notevolissimo di ricoverati per "frenosi alcoolica" o "psicosi alcoolica" a partire dagli ultimi venti anni del secolo. Come affermavamo nella prima parte, l'Italia conobbe più tardi rispetto agli altri paesi europei (quelli nordici, l'Inghilterra, la Francia) la "questione alcoolica" e, di conseguenza, anche la medicina e la psichiatria furono investite più tardi da questo fenomeno. Le statistiche manicomiali a nostra disposizione, e soprattutto quelle realizzate dagli stessi psichiatri ormai più di un secolo fa, sottolineano sempre una difficoltà sostanziale a riconoscere con precisione l'alcolismo come patologia. Senza dubbio, la scienza psichiatrica attribuiva anche prima del 1880 una notevole importanza all'alcol come causa o concausa nella comparsa di forme di alienazione mentale. Fu però con la "scoperta" dell'alcolismo – scoperta dovuta a figure come il medico svedese Magnus Huss, che coniò nel 1852 la formula "alcolismo cronico", a Morel e a Valentin Magnan – che si affermò la psicosi alcoolica come forma nosologica, con un quadro sintomatologico preciso. L'alcolismo stesso fu individuato come malattia dalla metà dell'Ottocento, alla luce degli studi anatomo-patologici sempre più raffinati, ma rimase pur sempre un concetto sul quale si depositavano problemi sociali, economici e di ordine morale. La psichiatria prese in carico anche la figura del marginale "alcolizzato", facendosi carico di una più generale domanda sociale di sicurezza. È però necessario sottolineare che giudicavano molto negativamente gli strumenti che avevano a loro disposizione, e che si riducevano in sostanza all'internamento manicomiale. Il "trattamento" in manicomio funzionava poco o nulla per curare gli alcolisti. I periodi di ricovero servivano soltanto per una disintossicazione fisica, ma non potevano risolvere quella che oggi chiamiamo "dipendenza psicologica". Nei frenocomi si poteva offrire soltanto una generica (e ormai antiquata) "educazione morale".

La psichiatria manicomiale scontava, e in primo luogo nel caso degli alcolisti, una sua ambiguità strutturale, l'essere cioè a metà strada fra salute e sicurezza, fra sistema sanitario e sistema giudiziario. Non c'erano, anche per gli alcolisti, soluzioni praticabili alternative al ricovero (più o meno lungo) in un manicomio. Dai congressi e dalle riviste prodotte dalla psichiatria italiana veniva avanzata spesso la richiesta di creare istituti di cura *ad hoc* per alcolisti. Nel caso di un malato colpito da alcolismo, il manicomio era una delle possibili (anzi probabili) destinazioni, accanto al carcere. Se il ricovero era dovuto a una crisi acuta (per una ubriacatura), che comportava anche comportamenti violenti, i sintomi, anche molto forti (come l'iperattività psichica e motoria, la caduta dei freni inibitori), scomparivano velocemente; e cadevano così

i presupposti per l'internamento, poi anche alla base ai criteri della legge del 1904 sui manicomi, legge che prevedeva il ricovero solo in caso di pericolosità per sé o per gli altri o scandalo.

Gli psichiatri italiani affrontavano queste forme di disagio senza la speranza di poter garantire ragionevolmente una guarigione. L'alcolismo cronico poi si rivelò ai loro occhi ben presto una *condanna*; l'alcolismo fu per lungo tempo un concetto comunque "soddisfacente", perché si adattava bene al lombrosismo e all'organicismo dominanti, e perché permetteva di attribuire una "etichetta sociale" definitiva. L'alcolismo, pur appartenendo al linguaggio medico, mantenne quindi sempre una connotazione morale negativa molto forte. I reparti manicomiali erano spesso il punto terminale di una esistenza misera, marginale. E senza dimenticare mai che gli alcolisti che finivano in manicomio erano soltanto una parte (la più visibile o "rumorosa", se vogliamo) delle persone che cadevano nell'alcolismo²⁰. Una popolazione fatta in buona parte da marginali, e che ha fatto parlare gli storici esplicitamente di una "questione di classe" legata ai ricoveri per alcolismo. In questo senso, è più che mai opportuno avvicinare alcolismo e pellagra, in primo luogo come causa di internamenti manicomiali. Si tratta di due "malattie da fame". Scrive Alberto De Bernardi a proposito del manicomio milanese di Mombello:

La pellagra e l'alcolismo hanno occupato, seppur in tempi non sempre coincidenti, un ruolo di assoluta preminenza nella casistica dei ricoveri negli ospedali psichiatrici milanesi per tutto il corso del XIX secolo e per buona parte del XX secolo, a tal punto che non sembra errato affermare che la dimensione spesso drammatica assunta dal fenomeno della follia nella nostra provincia sia da ascrivere essenzialmente alla diffusa presenza di queste due forme morbose²¹.

"Frenosi alcoolica" e "frenosi pellagrosa" avevano entrambe quasi sempre, per chi proveniva dagli strati più bassi del proletariato urbano o agricolo, per causa principale uno stato di profonda denutrizione. E spesso le due forme morbose convivevano nello stesso ricoverato. Anche dalle inchieste dell'epoca emerge questa sovrapposibilità. Con l'inizio del Novecento l'alcolismo riuscì anzi a prendere il posto della pellagra come fattore eziologico determinante. E non senza una variazione importante nel significato da attribuire loro: se era impossibile trovare la causa della pellagra nel malato, accadeva l'opposto per l'alcolismo. Infatti, «non siamo più di fronte ad un individuo naturalmente sano affetto da una forma morbosa di carattere psichico, come nel caso della pellagra; siamo di fronte ad un degenerato, a uno "scarto", che la società ha il compito di custodire e dal quale ha il diritto di difendersi»²².

²⁰ A. DE BERNARDI, *Pellagra e alcoolismo...*cit., p. 230.

²¹ *Ivi*, p. 227.

²² *Ivi*, p. 293.

Ora vediamo da vicino i dati che abbiamo a disposizione su quante furono le persone riconosciute affette da “psicosi alcoolica”, ricoverate nei manicomi italiani. I dati statistici sui ricoveri manicomiali sono quelli più certi fra quelli che si occupano di fenomeni come l'alcolismo: d'altra parte, «va poi rilevato che queste fonti non consentono di disporre un quadro preciso della diffusione dell'alcolismo cronico. Si verificava infatti, con una certa frequenza, che non venisse identificata nella tossicomania alcoolica la causa prima della malattia. In questi casi per il paziente alcolista venivano formulate diagnosi diverse: paralisi progressiva, demenza precoce, epilessia»²³.

In termini generali, dalle statistiche spicca un rapporto diretto fra il numero delle “psicosi alcooliche” accertate e la diffusione dei manicomi nei diversi territori. Più numerosi erano i manicomi in un territorio (il nord del Paese dalla Lombardia al Veneto e alcune regioni dell'Italia centrale, come le Marche e la Toscana) e più risultavano in proporzione i casi di alcolismo. In questo senso, sono sempre molto inferiori i dati relativi alle regioni meridionali. La dimensione migliore per considerare i dati e studiare la diffusione dell'alcolismo è quella provinciale, senza dimenticarsi che non è possibile (pensiamo proprio al caso mantovano) attribuire i malati presenti in un manicomio al territorio provinciale in cui esso era collocato. Pur tenendo conto di tutte le difficoltà nell'aver un quadro attendibile per la scarsità delle fonti, possiamo affermare che in una ventina d'anni, sempre a partire dal 1880, le percentuali dei ricoverati per alcolismo rispetto alla totalità dei ricoverati in manicomio crebbero moltissimo. Fra gli uomini, si passò da circa un 4% rispetto a tutti i ricoveri nei manicomi del Regno nel 1880 a una media del 20% nel triennio 1909-1911. Pur molto più limitato in termini assoluti, l'aumento fra le donne colpì molto i commentatori: da uno 0,5% del 1880 al 3% del triennio 1909-1911 tra tutte le donne ricoverate. Fra i lavori d'inchiesta compiuti allora, spicca il lungo impegno dello psichiatra fiorentino Paolo Amaldi per definire il più precisamente possibile l'incidenza dell'alcolismo fra le diagnosi manicomiali, ma anche il peso dell'alcol come causa di diverse patologie. Le inchieste di Amaldi (la prima riferita al triennio 1903-1905, la seconda al triennio 1909-1911) confermano che l'Italia si era allineata agli altri paesi centro-europei. Ai primi del Novecento anche il nostro Paese conosceva una “endemia alcoolica”, talmente forte che per gli uomini «in circa la metà dei maggiori Manicomi italiani le ammissioni di alienati per psicosi alcoolica nel triennio 1909-1911 rappresentano il quarto o il terzo delle ammissioni in totale»²⁴. Aumenti davvero allarmanti, più del triplo in senso assoluto, e più del sestuplo in rapporto alla popolazio-

²³ A. MOLINARI, *Medicina e sanità a Genova nel primo Novecento...*cit., p. 119.

²⁴ P. AMALDI, *Le psicosi da alcoolismo nei Manicomi italiani. Seconda inchiesta: triennio 1909-1911*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 39, 1913, pp. 637-651: 641.

ne italiana nel ventennio 1890-1909²⁵.

Abbiamo già ricordato l'aumento molto significativo delle presenze femminili in manicomio per alcolismo. I commentatori dell'epoca collegarono questa crescita alla "emancipazione femminile", in pratica all'insierimento sempre più forte delle donne nel mondo del lavoro, anche se si insisteva sempre sul ruolo avuto dalla prostituzione. Lo stesso Amaldi sottolinea in più occasioni che, se l'alcolismo femminile mostrò costantemente percentuali infinitamente più basse rispetto a quello maschile, esso era però anche infinitamente più pericoloso, «dal punto di vista fisiologico, sociale e morale»²⁶, per la cattiva influenza che avrebbe avuto sui figli e sulla tenuta delle famiglie.

Altro tema, su cui gli studiosi dell'epoca, e poi gli storici, si soffermarono diffusamente, è quello dell'ambito lavorativo, della professione degli alcolisti ricoverati in manicomio. Le persone colpite da problemi di alcol, e non soltanto quelle che finivano in manicomio, erano dei veri e propri "marginali", spesso anche senza fissa dimora. Ma per la stragrande maggioranza si trattava di appartenenti ai ceti popolari urbani o provenienti dalle zone rurali. Spesso sulle cartelle cliniche dei ricoveri era segnato un generico "operaio" o "contadino" per gli uomini, mentre le donne, come abbiamo visto, erano soprattutto registrate come "casalinghe", "serve" o "lavoratrici a domicilio". Notevoli alcune ricorrenze fra gli artigiani, come i piccoli commercianti, gli osti, i cuochi, i fabbri, i muratori, i bottegai, i venditori ambulanti. Occorre prestare attenzione al proletariato agricolo, ai braccianti, che fra l'altro erano anche i più colpiti dalla pellagra per le condizioni spesso estreme di indigenza. Anche dalle inchieste Amaldi ritorna la "invisibilità" degli appartenenti delle classi superiori fra i ricoverati per alcolismo. Per lo psichiatra fiorentino, che riprendeva l'argomento della tradizionale morigeratezza dei contadini italiani, l'alcol era un problema sostanzialmente per le "masse operaie", mentre era scarso o assente nei ceti medio-alti (impiegati, ufficiali dell'esercito, professionisti):

L'alcolismo italiano cioè esiste ed ingrandisce più vistosamente nella classe operaia delle industrie e delle città; è molto meno diffuso nelle campagne; risparmia in modo salientissimo le classi medie e superiori. La ubriachezza - che non è tutto l'alcolismo, ma dell'alcolismo specialmente in paese vinicolo è la manifestazione più diretta e visibile - è episodio frequente offerto dalle folle frequentanti le osterie, ma non si incontra o si scopre per eccezione nei professionisti, nei funzionari pubblici, negli impiegati, nei ritrovi e nei circoli della borghesia e della aristocrazia, negli uomini del mondo politico, del clero, negli ufficiali dell'esercito²⁷.

²⁵ Cfr. P. AMALDI, *Il vino causa principalissima dell'alcolismo in Italia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 46, 1920, pp. 86-124: 88-89.

²⁶ IDEM, *Le psicosi da alcolismo nei Manicomi italiani...cit.*, p. 641.

²⁷ IDEM, *Il vino causa principalissima dell'alcolismo in Italia...cit.*, p. 91.

Ultime notazioni interessanti sui dati a nostra disposizione riguardano gli “esiti” dei ricoveri in manicomio. L'alcolismo cronico comportava un'alta percentuale di recidività; i rientri in ospedale psichiatrico riguardavano circa un terzo degli alcolisti: si trattava di persone che uscivano “non guarite” o “migliorate” solo all'apparenza, che entravano e uscivano dai manicomi con ricoveri piuttosto brevi (qualche mese) ma frequenti. Per chi cadeva vittima di una crisi acuta, il ricovero poteva durare appena qualche giorno, il tempo di veder scomparire i disturbi psico-sensoriali. In sintesi, per gli alcolisti si profilavano due esiti prevalenti: o una rapida dimissione o la caduta nella cronicità, con ricoveri anche molto lunghi, in attesa della morte. Dai dati dell'inchiesta sul triennio 1903-1905, Amaldi ricavava che i due terzi degli alcolisti uscivano migliorati o guariti. Il 17,4% rimaneva nella stazionarietà, mentre il 12% moriva in manicomio.

A Mantova

Dalle inchieste di Paolo Amaldi abbiamo a disposizione anche qualche dato sul caso mantovano, con i dati ottenuti «dai suoi due manicomi», ovvero da quello cittadino (il reparto dell'ospedale) e da quello di Castiglione delle Stiviere. Entrambi, per il triennio 1909-1911, presentarono uno stesso identico dato sui ricoveri per alcolismo rispetto al totale dei ricoveri: il 14,2%. Vediamo nel dettaglio: per il triennio 1909-1911 Mantova si poneva al 23° posto per tutti i ricoveri fra 53 manicomi del Regno, con una percentuale di casi accertati di “psicosi alcoolica” pari appunto al 14,2%. Nel triennio 1903-1905 la percentuale era stata del 10,7%. Per gli uomini, Mantova nel triennio 1909-1911 era al 19° posto, con il 23,4% di psicosi alcoolica fra i ricoveri - e nel triennio 1903-1905 la percentuale era stata del 18,4%. Per le donne, Mantova nel 1909-1911 era invece al 28° posto in Italia, con il 2,5% dei ricoveri - e nel triennio 1903-1905 la percentuale era stata del 2,3%²⁸.

Nella nostra Provincia il maggior consumo di bevande alcoliche vien fatto nel medio Mantovano (ove figura la città): nell'alto e basso mantovano è pressoché eguale; ma astraendo dal Capoluogo della Provincia, anche nel medio Mantovano il consumo degli alcoolici è assai vicino a quello delle altre zone. Se oggi si può ancora, con una certa compiacenza, assicurare che nella Provincia nostra l'alcoolismo, nella sua vera e gravissima forma di flagello sociale degenerativo della razza, è ancora ignoto, non dobbiamo però illuderci perché il lieve abuso dei tempi passati d'innocuo vino Mantovano, va ogni giorno aumentando in diffusione ed intensità²⁹.

²⁸ IDEM, *Le psicosi da alcoolismo nei Manicomi italiani...*cit., pp. 640-642.

²⁹ L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, F. Apollonio, 1914, p. 51.

Questo passo è preso da una ricerca statistica, svolta a Mantova da Luigi Oliva sui primi anni del Novecento. Nella sua parte dedicata all'alcolismo, ritroviamo tutti gli aspetti legati al fenomeno di cui abbiamo già discusso, dalla relazione fra alcolismo e pellagra a quella del rapporto fra consumi di alcolici e diffusione delle osterie. In sintesi, per Oliva il territorio mantovano, essenzialmente agricolo, raggiungeva anche per il consumo di alcolici i livelli tipici di tali zone. Anche la città capoluogo, priva di grandi complessi industriali, non si discostava di molto dal resto della provincia.

Anche dalla nostra ricerca negli archivi manicomiali possiamo ricavare una conferma da questa lettura. Pensiamo proprio al rapporto fra pellagra e alcolismo. Suddividendo tutti i casi identificati riferibili a queste due patologie in diversi periodi, emerge chiaramente il fatto che vi è stata una "staffetta" fra le due malattie come causa nei ricoveri. Se per gli anni fino al 1870 abbiamo rintracciato 695 casi di pellagra, soltanto 7 invece riguardavano l'alcolismo. Nel decennio 1871-1880 i casi di "frenosi pellagrosa" e simili salirono a ben 1713 (di cui circa 400 ebbero il decesso del malato come esito), mentre furono 50 i casi di alcolismo. Nel decennio successivo, 1172 casi di pellagra, e soltanto 121 di alcolismo. L'ultimo decennio dell'Ottocento vide ancora il nettissimo prevalere dei pellagrosi sugli alcolisti (971 su 129). Con il nuovo secolo, nei primi dieci anni si vide un vero crollo nei ricoveri per pellagra (scesi a 369), mentre quelli per alcolismo salirono a 164. I due periodi seguenti videro il consolidarsi di questo sorpasso: in quello 1911-1919 149 pellagrosi contro 232 alcolisti; nel periodo 1920-1930 infine si registrarono soltanto 5 pellagrosi contro 137 alcolisti.

Consideriamo ora più da vicino la "questione alcoolica". È già emersa la crescita costante del fenomeno anche nel mantovano. Per tutti i periodi prima considerati, vediamo anche un nettissimo prevalere degli uomini sulle donne. Tale diversità non poté che consolidarsi e anzi accentuarsi con l'aumento del numero assoluto degli alcolisti. Prendiamo ad esempio in considerazione il periodo 1911-1919: i 232 casi complessivi corrispondono a 17 donne contro 215 uomini.

A proposito degli esiti dei ricoveri per alcolismo, abbiamo notato anzitutto che fino a tutto il 1870 non si ebbero decessi riconducibili all'alcolismo, ma soltanto la dimissione di una donna e di cinque uomini (più il trasferimento di un malato). Nel periodo 1871-1880 ci furono i primi morti per alcolismo (9, tutti uomini): le dimissioni furono stabilite per 5 donne e 30 uomini, mentre ci furono il trasferimento di una donna e di 5 uomini. Tra 1881 e 1890 ci furono i primi 4 decessi fra le donne, contro i 32 fra gli uomini. Nel decennio successivo morirono 9 donne e 29 uomini, mentre complessivamente furono 81 le dimissioni (6 donne, 75 uomini), e 10 i trasferimenti ad altre strutture (9 uomini, 1 donna).

Il primo decennio del Novecento vide 3 donne morte e 31 uomini; 4

furono le dimesse, mentre 100 gli uomini. Cifre simili per il periodo successivo (4 donne decedute, 6 dimesse, 4 trasferite; 34 uomini deceduti, 132 dimessi, 49 trasferiti); e in quello 1920-1930 (2 donne dimesse e 3 trasferite; 32 uomini morti, 70 dimessi e 30 trasferiti).

Ernesto P.

Prendiamo ora in considerazione un caso di ricovero in manicomio. Si tratta di un uomo, originario della provincia di Mantova, e la cui storia rappresenta concretamente i punti di cui ci siamo occupati in questo lavoro, anche se pure in modo se vogliamo non “esemplare”. Lasciamo che siano i documenti stessi a descrivere che cosa significasse, nei primi anni del Novecento, entrare in manicomio per alcolismo. La cartella clinica che abbiamo scelto e di cui trascriviamo le parti più significative, fa parte del vasto patrimonio dell’archivio dell’ex ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia.

Ernesto P. Fu ricoverato due volte nel manicomio reggiano, nel 1918 e poi nel 1923; nel primo caso per «frenosi alcoolica», nel secondo per «delirio acuto alcoolico». Il primo ricovero durò qualche mese e si concluse con la dimissione per il miglioramento delle sue condizioni fisiche e mentali; il secondo durò invece soltanto qualche giorno a causa della morte di Ernesto.

FRENOCOMIO DI REGGIO EMILIA AMMISSIONE

Con ordinanza del sindaco di Quistello, in data 25/06/1918, è stato ammesso il giorno 28 giugno 1918 alla classe 4°, P. Ernesto del fu Giuseppe e della G. Margherita, di anni 39, di stato civile coniugato con M. Angela, nativo di Quistello (provincia di Mantova), domiciliato a Quistello, di professione contadino, di condizione povera, di istruzione analfabeta, di costumi ?, di religione cattolica. Si è fatta diagnosi di frenosi alcoolica.

ESITO

Uscito per miglioramento ed in via di esperimento il 5 novembre 1918, consegnato alla madre G. Margherita, domiciliata a Quistello.

ANAMNESI

Nulla di ereditario. È analfabeta, ma è sempre stato individuo buono e costumato. A 4 anni di età ebbe febbri malariche e riportò anche una ferita d’arma da taglio all’occhio sinistro del quale perdette la funzione visiva. È sempre stato uno sfrenato bevitore ed è giudicato affetto da alcolismo cronico. Da circa un mese sono stati notati fatti psichici morbosi gravi. Per il paziente un albero, un pezzo di legno od un oggetto qualsiasi rappresentano il Padre Eterno, la Madonna; vede nelle monete da 10 centesimi l’occhio di Dio o del diavolo. Durante le notti insonni gli si presentano bagliori, ode dei suoni. Si notano tremori, contratture muscolari, spasmi della faccia.

DIARI CLINICI

30 giugno 1918: Le condizioni fisiche generali sono buone. Presenta sul globo oculare di sinistra una macchia bianca. Entra nell'istituto in uno stato di intensa confusione mentale; interrogato risponde parole senza nesso e tiene nella mani due quadretti nei quali si trovano immagini sacre. In sezione ha mantenuto questo suo contegno; parla da sè, di quando in quando canta, preferisce star da solo, anzi sceglie gli angoli della stanza o i luoghi più isolati per raccogliervi a brontolare.

Non disturba gli altri malati, mangia poco, è trascurato nella persona e dorme poco di notte.

Viene oggi trasferito all'Esquirol.

RELAZIONE MEDICA per l'ammissione degli alienati nel Manicomio

- 1) Se altri di famiglia in linea ascendente o discendente o laterale siano stati affetti da pazzia o da malattie nervose in genere: e se tra genitori o progenitori siano avvenuti matrimoni consanguinei, o con isterici, epilettici, correici, ecc: Da informazioni raccolte risulta che non vi furono, in linea ascendente e discendente o collaterale, altri dementi. Quanto ai matrimoni avvenuti nulla di preciso si conosce.
- 2) Se in famiglia vi siano o siano stati individui notati per originalità o perversità di carattere o per stravaganza di idee: se vi furono abusi di venere o di alcool, se suicidi o delitti, se casi di rachitide, di scrofola, di tubercolosi, di sifilide, di pellagra. Sulla prima domanda posso rispondere negativamente; ma aggiungo che l'abuso delle bevande alcoliche vi è sempre stato e vi è tuttora, non solo in famiglia del paziente, ma in tutte le famiglie dei prossimi parenti suoi.
- 3) Indole morale prima della presenta malattia, educazione ed istruzione ricevuta, grado d'intelligenza, inclinazioni, consuetudini e occupazioni predilette. Sempre buono e costumato, non à mai dato luogo a fenomeni di immoralità. La scarsa ideazione e la nessuna istruzione, la scarsa intelligenza, lo trassero forse ad inclinazioni ignobili come un massimo alcoolismo ecc.
- 4) Costituzione fisica, condizione della nutrizione e sanguificazione prima della presente malattia: Il paziente è di costituzione fisica robusta, bene nutrito e pletorico.
- 5) Notizie sulla comparsa della pubertà, e relative alla vita sessuale (onanismo, abuso di coito): Nulla è potuto precisare al riguardo.
- 6) Cibi e bevande abituali. Se vi furono abusi alcolici: Di buona famiglia, fu nutrito sempre con cibi ottimi, ed abbondanti, come minestra, carne, pane ecc. ecc., ma purtroppo abusò di bevande alcoliche che lo anno condotto nello stato attuale.
- 7) Abitazione, se condizionata igienicamente o no: L'abitazione occupata dal paziente trovasi in buone condizioni igieniche.
- 8) Malattie pregresse, specialmente dell'infanzia e della pubertà. Lesioni traumatiche al capo, se ve ne furono. Afezioni croniche viscerali, specialmente del cuore, del fegato; sifilide, epilessia: All'età di 4 anni ebbe alcune febbri malariche. Alla stessa età riportò una ferita d'arma da taglio all'occhio sinistro che gli procurò la perdita della vista.
- 9) Se l'infermo sia stato altre volte affetto da pazzia, in quale epoca, di quale durata e dove curata: No.

- 10) Quali momenti eziologici hanno potuto provocare o favorire lo sviluppo della pazzia, indicando segnatamente quelli relativi al luogo d'abitazione, alla alimentazione, alla professione, ai rapporti famigliari e sociali (dissesti, patemi, miseria ecc.): Alcoolismo cronico.
- 11) Da quanto tempo si siano notati mutamenti nel carattere, nel contegno, negli affetti, nei sentimenti, nelle idee del malato: Al dire della famiglia da circa un mese.
- 12) Manifestazioni psichiche dell'attuale malattia con speciale riguardo ai seguenti fenomeni: illusioni ed allucinazioni, idee deliranti, atti impulsivi, tentativi di suicidio (in quale epoca e con quale mezzo, rifiuto del cibo): Numerose sono le manifestazioni psichiche di allucinazioni ed illusioni; per il paziente un albero, un pezzo di legno od altro non rappresentano che l'Eterno Padre o la Madonna e vede nelle monete da 10/100 l'occhio di Dio o del diavolo.
Durante le notti insonni, gli si presentano bagliori, ode suonare...
- 13) Se le suddette manifestazioni siano accompagnate da fenomeni somatici e da quali: Tra i fenomeni somatici si nota tremore, spasmi muscolari della faccia.
- 14) Quali provvedimenti e cure sieno stati attuati. Anzitutto è consigliato l'abbandono graduale degli alcoolici; ed è prescritto qualche calmante.
- 15) Se si giudichi pericoloso a sé o ad altri, o riesca di pubblico scandalo, e non possa essere convenientemente custodito e curato fuorché nel manicomio: Può essere pericoloso a sé e ad altri e perciò si giudica prudente internarlo in un Frenocomio, non potendo in casa propria essere ben sorvegliato.
- 16) Se il malato trovasi in tale stato fisico da potere, senza dannose conseguenze, essere trasportato al manicomio: È trasportabile al Frenocomio, ma sotto sorveglianza di qualcuno della famiglia od altri. Ma necessita inviarlo d'urgenza.

Quistello, 25 giugno 1918

FRENOCOMIO DI REGGIO EMILIA AMMISSIONE

Con ordinanza del Pretore di Revere, è stato ammesso il giorno 29 luglio 1923 alla classe 4°, P. Ernesto del fu Giuseppe e dalla G. Margherita, di anni 46, di stato civile coniugato con M. Angela, nativo di Quistello (provincia di Mantova), domiciliato a Villa Poma (provincia di Mantova), di professione contadino, di condizione piccolo fittabile, d'istruzione sa appena, proveniente dall'esperimento. Si è fatta diagnosi di delirio alcoolico acuto.

ESITO

Morto alle ore 22:45 del giorno 5 agosto 1923 per delirio alcoolico acuto.

ANAMNESI

Nulla si può apprendere dall'infermo.

DIARI CLINICI

30 luglio 1923: L'ammalato è entrato in istato di incoscienza, molto agitato. La

temperatura presenta desquamazione ed arrossamento della pelle delle mani e dei piedi. La cute della faccia è congestionata.

31 luglio 1923: Stato invariato, anzi più agitato. Temperatura 37,8 - 38.

Ha evacuato abbondantemente in seguito a clistere.

1 agosto 1923: L'ammalato si è aggravato, presenta eccitazione e contrazione dei vari gruppi muscolari del collo e delle gambe. Si nutre abbastanza bene.

2 agosto 1923: Stato sempre grave. Temperatura 38,8 - 39,3.

Sono venuti a trovarlo i parenti (chiamati), ma non li ha conosciuti. I denti e le labbra sono andati coprendosi di fuligine. Temperatura 38,3 - 39,1.

3 agosto 1923: Condizioni sempre più gravi. Temperatura 37,6 - 40.

4 agosto 1923: Il polso si è fatto frequentissimo. Condizioni generali molto gravi. Temperatura 39,8 - 40,6.

5 agosto 1923. Condizioni sempre molto gravi. Verso le 20 è entrato in istato agonico. Decede alle ore 22.45.

BIBLIOGRAFIA

- L'alcolismo. Elementi di teoria, storia e ricerca sociale*, a cura di B. Cattarinussi, N. Tessarin, Milano, Franco Angeli, 1986.
- P. AMALDI, *Le psicosi da alcolismo in Italia nel triennio 1903 - 1904 - 1905*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 35, 1909, pp. 72-120.
- P. AMALDI, *Le psicosi da alcolismo nei Manicomi italiani. Seconda inchiesta: triennio 1909-1911*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 39, 1913, pp. 637-651.
- P. AMALDI, *Il vino causa principalissima dell'alcolismo in Italia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 46, 1920, pp. 86-124.
- G. ANTONINI, *Assistenza e trattamento dei pellagrosi e degli alcolisti*, Milano, 1910.
- L. BONUZZI, *L'alcolismo nella psichiatria francese ottocentesca*, in *Atti del XXIX congresso nazionale di storia della medicina*, a cura di E. Greco, Casale Monferrato, 1978, pp. 79-83.
- G. BURATO, *Dopo la pellagra l'alcolismo*, Milano, 1910.
- N. COLAJANNI, *L'alcolismo, sue conseguenze morali e sue cause*, Catania, 1887.
- G. COSMACINI, *Compassione. Le opere di misericordia ieri e oggi*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- A. COTTINO, *La questione sociale dell'alcol da Lombroso a Ferri*, in *L'alcol nella società. Scienza, cultura e controllo sociale*, Torino, CELID, 1985, pp. 11-32.
- M. DA PASSANO, *Una legge liberticida? I "Provvedimenti per combattere l'alcolismo" (1913)*, «Materiali per una storia della cultura giuridica», XXXIV, 1, 2004, pp. 93-126.
- A. DE BERNARDI, *Pellagra e alcolismo: sviluppo capitalistico e trasformazioni nella configurazione sociale del ricovero psichiatrico (1780-1915)*, in *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, a cura di A. Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, Milano, Franco Angeli, 1980, pp. 227-294.
- D. DE BIANCHI, N. STRADI, *Il rifugio negato: iniziativa antialcoolica e "socialità del vino" nel Friuli del primo Novecento*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 63-76.
- M. DE VANNA, O. CORSIERI, *Evoluzione storica del concetto di alcolismo nella cultura medica*, «Antropologia medica», 2, 1986, pp. 25-36.
- L. FABI, *Alcolismo, osterie e classi sociali nella Trieste industriale del primo Novecento*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 41-62.

- M. FIGURELLI, *L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcoolismo in Italia*, «Classe», X, 15, 1978, pp. 93-136.
- V. FIORINO, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.
- M. FLORES, L. FABI, *L'alcoolismo come problema storico. Gli studi in Usa e in Italia*, «Antropologia medica», 2, 1986, pp. 63-69.
- P. M. FURLAN, R. L. PICCI, *Alcol, alcolici, alcolismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990.
- F. GIACANELLI, G. CAMPOLI, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, «Psicoterapia e scienze umane», 3, 1973, pp. 1-4.
- A. GIBELLI, *Emarginati e classi lavoratrici. Le ragioni di un nodo storiografico*, «Movimento operaio e socialista», III, 4, 1980, pp. 361-367.
- C. LOMBROSO, *Il vino nel delitto, nel suicidio, nella pazzia*, Torino, 1880.
- T. MERLIN, *Il ruolo sociale e politico dell'osteria nel Veneto meridionale*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 23-40.
- A. MOLINARI, *Medicina e sanità a Genova nel primo Novecento*, Milano, Selene, 1996.
- R. MONTELEONE, *Socialisti o 'ciucialiter'? Il PSI e il destino delle osterie tra socialità e alcoolismo*, «Movimento operaio e socialista», VII, 1, 1985, pp. 3-22.
- B. A. MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, Baillières, 1857.
- L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, F. Apollonio, 1914.
- L. PREMUDA, *Il vino nella storia della dietetica*, in *Vino ed educazione alimentare*, a cura di L. Bonuzzi, Verona, Consorzio tutela Soave e Valpolicella, 1983, pp.67-79.
- P. QUIRINO, *I consumi in Italia dall'Unità a oggi*, in *Storia dell'economia italiana. III. L'età contemporanea: un paese nuovo*, a cura di R. Romano, Torino, Einaudi, 1990, pp. 201-249.
- P. SORCINELLI, *Gli italiani e il cibo. Dalla polenta ai cracker*, Milano, Bruno Mondadori, 1999.
- J. C. SOURNIA, *Alcolismo. Storia e problemi*, Torino, SEI, 1991.
- V. TONELLI, *Vino e Romagna contadina*, Imola, Galeati, 1989.
- A. ZERBOGLIO, *L'alcoolismo. Suo studio sociologico-giuridico*, Torino, 1892.

DONATELLA ZANONI

LA PELLAGRA TRA POVERTÀ E BIOGRAFIE NEGATE

*Il mandamento di Viadana nella seconda metà dell'Ottocento.
Cenni storici.*

Le cronache degli anni che vanno dall'unità d'Italia alla fine del secolo, riportano notizie di povertà diffusa, tasse onerose, epidemie di tifo e presenza di una malattia devastante come la pellagra. A tutto ciò si aggiungeva il fenomeno dell'emigrazione verso le Americhe come unica alternativa alla miseria. La popolazione rurale si dibatteva negli ultimi anni dell'Ottocento, tra la pellagra dovuta a una alimentazione quasi esclusivamente costituita da polenta, e condizioni igienico abitative disastrose.

La crisi, profonda, investiva l'intera struttura agricola con conseguenze politiche e sociali di grande portata; i proprietari dei terreni, di fronte a una scarsa redditività e a una forte imposizione fiscale, ridussero i salari e l'impiego di manodopera. La conseguenza ricadde sui lavoratori della terra che, già poveri, furono costretti a ridurre i consumi alimentari. Il loro vitto era formato per il 50% da granoturco, per il 25% da grano, per il 12% da riso e per il 6% da legumi.

Fu un periodo di conflitti sociali che insieme ai fermenti di cambiamento che attraversavano il mondo cattolico, preoccupavano le autorità per il timore di disordini, per il contrasto tra clericali e anticlericali, oltre che per la moltitudine di diseredati che, sprovvisti di mezzi di sussistenza, erano considerati una minaccia per l'ordine pubblico. Il quadro socio economico del Comune alla fine degli anni Sessanta era sconsolante e ancora di più lo divenne con l'introduzione, nel 1869, della tassa sul macinato che andava a colpire i meno abbienti: due lire per ogni quintale di grano¹. Poiché i mugnai si rifiutarono di adempiere agli obblighi prescritti alcuni mulini furono requisiti, provocando un grande scontento nella cittadinanza. Per evitare ulteriori disordini il sindaco autorizzò successivamente la ripresa della macinazione. Vennero quindi applicati contatori sugli alberi delle macine e i mugnai, che versavano all'erario la tassa sulla base delle risultanze dei contatori, avevano interesse a rallentare i giri di macina a scapito della qualità della farina che risultava scadente e granulosa. Con questa si faceva una pessima polenta.

La pellagra fu una conseguenza del peggioramento delle condizioni di vita nella seconda metà dell'Ottocento fino ai primi del Novecento e

¹ A. GHINZELLI, *Un paese padano nell'Ottocento. Cronaca documentaria Viadana 1796-1900*, Viadana, Castello, 1978.

rappresentò una piaga che, anche se in misura minore rispetto alla provincia di Mantova, colpì anche il mandamento di Viadana.

I dati raccolti relativamente alle diagnosi di pellagra ci hanno rivelato aspetti in parte sorprendenti rispetto alle zone del Basso Mantovano con cui li abbiamo confrontati.

	ricoveri*		ricoverati**		morti	
	D	U	D	U	D	U
prima del 1870	6	3	6	3	0	1
1870	38	20	27	13	13	6
1880	14	16	12	12	4	7
1890	20	27	17	23	11	10
1900	8	11	7	8	3	2
1910	2	6	2	6	0	3
totale	88	83	71	65	31	29
totale	171		136		60	

* numero di accessi per ogni persona ammalata

** numero delle persone ricoverate

Nel periodo dal 1870 al 1910, la popolazione del Viadanese (22.000 abitanti) rappresentava il 17% della popolazione del Basso Mantovano (134.000 abitanti)². Un dato macroscopico in senso positivo si rivela nel confronto tra i dati dei ricoverati e dei ricoveri di Viadana rispetto all'area del Basso Mantovano che costituiscono solo l'8%, con una leggera prevalenza percentuale degli uomini rispetto alle donne.

I dati dei morti inoltre per il mandamento di Viadana, sempre confrontato con il Basso Mantovano, presentano una percentuale del 9% con leggera prevalenza per le donne. Emerge quindi che la diffusione della pellagra nel mandamento di Viadana era molto ridotta rispetto agli altri e questo forse testimonia delle diverse condizioni economiche, contrattuali, alimentari e sociali dei contadini viadanesi.

Questo elemento di minore diffusione della pellagra emerge in modo ancora più netto se confrontiamo i dati dei ricoveri e dei ricoverati con la popolazione. Il rapporto nel Viadanese tra la popolazione e i ricoveri rimanda a una percentuale dello 0,8% mentre quello relativo ai ricoverati corrisponde allo 0,6%, risultando quindi la metà circa rispetto ai dati del Basso Mantovano che danno un rapporto dell'1,3%.

Questo riscontro si potrebbe spiegare col fatto che nella popolazione di Viadana, i più colpiti tra coloro che lavoravano la terra, avevano un

²L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, F. Apollonio, 1914, pp. LIV - LV.

contratto di lavoro precario. È possibile pensare che gli avventizi (o disobbligati) fossero presenti in questo territorio in numero inferiore rispetto ai salariati che potevano invece godere di una retribuzione più stabile, anche se appena sufficiente per variare maggiormente la propria alimentazione. Il numero degli avventizi era diminuito anche per le ridotte risorse economiche dei piccoli proprietari che assumevano per questo meno personale precario. Altra ipotesi è riferibile alla possibilità di fruire di contributi pubblici per migliorare la qualità dell'alimentazione. Non si rilevano dati certi invece sulla costituzione delle cucine economiche nel mandamento di Viadana realizzate, su indicazione della commissione provinciale pellagologica, per contrastare la diffusione della pellagra, garantendo una alimentazione più equilibrata.

Il periodo delle tensioni sociali

Il periodo che va dalla metà alla fine dell'Ottocento, fu caratterizzato da forti contrasti sociali. Tale fenomeno riguardò in special modo i lavoratori della terra a minor potere contrattuale; la crisi dell'agricoltura si era aggravata in seguito alla caduta dei prezzi del frumento e del granoturco. Il lavoro agricolo, che era la forma di economia più rappresentata sul territorio subì una flessione importante anche per l'arretratezza delle modalità di lavoro; non si era provveduto infatti a investire in nuove tecniche che potevano razionalizzare le produzioni agricole. Questo comportò da un lato una importante spinta migratoria, dall'altro lo sviluppo del piccolo commercio e dell'artigianato che vide quasi un raddoppio degli addetti.

Nel 1866/67 si verificarono le prime dimostrazioni di braccianti. Con la costituzione nel 1869, con l'aiuto di molti "benefattori", della Società Operaia di Mutuo Soccorso si tentò di contrastare ulteriori degenerazioni. In un clima di accentuate tensioni sociali il governo minacciava forme repressive.

Nel 1878 la situazione dei lavoratori avventizi si fece drammatica; iniziarono le proteste nei confronti dei proprietari terrieri. L'istituzione del Comizio Agrario, unico con organizzazione autonoma nella provincia di Mantova, in quegli anni cercò, nel mandamento di Viadana, di promuovere il miglioramento delle condizioni sociali ed economiche favorendo l'introduzione di nuove tecniche agricole e iniziando i primi provvedimenti di bonifica dei terreni soggetti a inondazioni. Le forme di protesta più importanti si diffusero attraverso la stampa che agitava la questione sociale: nel dicembre del 1884 «La favilla» divenne l'organo dell'Associazione generale dei contadini italiani per la conquista della libertà e la tutela degli interessi dei lavoratori. Francesco Siliprandi ne fu l'artefice e direttore.

Al grido: «L'è cota, la boje!» nella primavera del 1885 cominciarono le agitazioni per un aumento dei salari a cui seguirono arresti in tutta la provincia di Mantova; tra i cittadini arrestati anche alcuni viadanesi.

Grande fu la mobilitazione locale per assumere la difesa degli imputati. Si distinse tra questi il giovane avvocato Enrico Ferri³ di cui si riporta l'arringa in occasione del Processo di Venezia del 1886.

Orbene, quanti sono i giorni in cui, nella provincia di Mantova, il contadino avventizio può lavorare e nei quali dunque può guadagnarsi il salario che dovrà poi distribuire per tutti i giorni dell'anno, in ciascuno dei quali è pur necessario mangiare?

Trattandosi di una cifra che varia di plaga in plaga e secondo le stagioni, non abbiamo avuto, naturalmente, dai testimoni qui convenuti un dato concorde sui giorni utili di lavoro agricolo nel corso dell'anno. Prendendo gli estremi, il teste D'Arco affermò che i contadini avventizi lavorano in media 270 giorni all'anno; ma questa cifra è evidentemente inesatta, perché rappresenta solo i giorni di ozio per le feste (circa 60 in un anno) e per le intemperie (calcolandole anche soli 30 giorni) e tralascia quindi l'intermittenza, massima invernale, dovuta alla riduzione di lavoro.

Un altro teste, il Dott. Romei, di cui tutti ricordano la deposizione così eloquente per dati precisi e osservazioni dirette, ha calcolato 2 mesi di lavoro nella campagna e da 2 a 3 mesi di altri lavori (arginatura ecc.): in tutto circa 150 giorni. Tenendoci alla media tra questi due estremi, diremo col Paglia che il bracciante mantovano può contare sopra 210 giorni di lavoro, che è pure la cifra dichiarata da altri testimoni.

Ebbene, dati i salari, che abbiamo rilevati poc'anzi, e tenendoci anche per essi alle cifre medie, vediamo quanto guadagni in un anno il contadino e quanto gli resti per ogni giorno, in cui deve mangiare. C'è a questo proposito in atti un documento, che io leggerò, perché esso, nella sua verità semplice e nuda varrà meglio di ogni mia considerazione.

È la «Specifica giornaliera di ogni lavoratore per mantenere la sua famiglia composta di due o più figli e la moglie»

Affitto di casa, £ 60 all'anno risultano al giorno cent.	0,17
Un chilo di riso al giorno	0,35
Almeno tre chili di farina gialla	0,48
Lardo con mistura	0,15
Lume e sale	0,15
Vino	0,-
Tabacco	0,-
Acquavite	0,-
Caffè	0,-
Carne	0,-
Vestiari e biancheria	0,20
Legna, se non si deve rubarla	0,20
Pietanza su due pasti	0,20
In totale pende il contadino	£ 1,90
Che moltiplicato per 366 giorni risultano £ 695,40.	

³M. PATERLINI, *Nel campo della pellagra. Note per lo studio della malattia della miseria*, «RS - Ricerche storiche», 96, Dicembre 2003. Enrico Ferri, avvocato e deputato socialista mantovano, difese al processo di Venezia contro “la Boje”, i contadini mantovani e cremonesi dall'accusa di sedizione contro lo stato.

Ora un bracciante, a dir molto, lavorerà in un anno giorni 250 (e la cifra, soggiungo io, non è punto esagerata in favore del contadino). La paga giornaliera sia, in media di £ 1,60 al giorno (ed anche questa non è una cifra esagerata): moltiplicati 250 per 1,60 risultano £ 400. Ma se un bracciante, che ha moglie e due figli, occorrono £ 695,40 e non ne prende solo che £ 400, dovrà fare ogni anno il debito di £ 295,40. Si domanda a chi ha buon intendimento e moralità come potrà rimediare a questo debito, che gli rimane.

Parimenti continuati in famiglia coi propri figli, che il povero padre è costretto a trarsi al mal fare oppure rubare o far debiti e probabilmente pagarli più e così perderà la fama da onesto operaio e sarà costretto ai più crudi patimenti.

Signori questo in documento sono pochi gli aggettivi, ma purtroppo sono molti i sostantivi!

I lavoratori della terra nella seconda metà dell'Ottocento

Secondo la relazione del Romilli⁴, i lavoratori della terra si distinguevano in due categorie: i lavoratori conduttori dei fondi rustici (proprietary di fondi, lavoratori affittuari e mezzadri) e lavoratori della terra non conduttori di fondi (lavoratori fissi e lavoratori avventizi).

I lavoratori conduttori erano molto numerosi per la diffusione della piccola proprietà. I lavoratori fissi, spesati o meno secondo se ricevevano la casa e beni in natura o la sola retribuzione (salariati) rimanevano per tutto l'anno alle dipendenze dello stesso datore di lavoro. Essi comprendevano il bifolco, il fattore, il bracciante (obbligato), il mandriano.

La massa dei lavoratori della terra nel distretto di Viadana era rilevante e costituiva il 32% della popolazione, contro una media a livello provinciale del 27%.

Le coltivazioni tipiche erano la vite, la canapa, la coltivazione del baco da seta, e del lino. Tutte queste produzioni incontravano diversi gradi di difficoltà per le modalità spesso irrazionali di conduzione dei fondi che interessava la piccola proprietà⁵.

La categoria dei lavoratori più sottoposti a privazioni di ogni genere era quella degli avventizi; comprendeva principalmente il giornaliero avventizio, per lo più senza famiglia che girava sul territorio prestando la propria opera in base ai bisogni, spesso disoccupato e mal retribuito per la maggior parte dell'anno. Questi si cibava più spesso di mal sana e cruda polenta, di qualche ambita cipolla e acqua. Gli avventizi pagavano il tributo più significativo alle malattie, diffuse tra le popolazioni povere, come la pellagra, che nella provincia di Mantova faceva regi-

⁴ Gerolamo Romilli, funzionario della Prefettura di Mantova stese un importante documento di ricognizione sulla condizione agraria per conto della Giunta. Cfr. *Inchiesta Romilli: L'agricoltura e le classi agricole nel mantovano, 1879*, a cura di R. Salvadori, Torino, Einaudi, [1979].

⁵ A. GHINZELLI, *La lotta politico-sociale a Viadana tra il 1883 e il 1889. Dai conservatori ai democratici*, Viadana, Castello, 1974.

strare numeri intorno alle 3.000 unità come riportato negli studi sul decennio 1867-76. Il Romilli assegnava poi nel 1878 al distretto di Viadan ottanta ammalati di pellagra di cui sessanta tra i lavoratori avventizi, quindici fissi, cinque accattoni.

Storia di Maria B.

In tale contesto storico e socio-economico si inserisce la storia clinica che segue, risultato di una ricerca durante la quale abbiamo esaminato centinaia di cartelle cliniche, anche presso L'Istituto Psichiatrico San Lazzaro a Reggio Emilia, presso il quale venivano ricoverati pazienti provenienti da un bacino ampio sia della Provincia di Mantova che di Reggio Emilia. Venivano ricoverati anche pazienti affetti da pellagra, nelle fasi in cui le conseguenze della malattia producevano sintomi gravi sul piano psichico configurando cosiddetti quadri di "Frenosi pellagrosa".

Questa è una storia come tante per quel tempo, nella seconda metà dell'Ottocento, storia di ricoveri, di follia, di sofferenza, dovuta alle condizioni di malnutrizione e di povertà. La pellagra si sviluppava dapprima con disturbi minori, poi con danni sempre maggiori fino ad arrivare a un quadro di alterazioni psichiche tali da imporre il ricovero. Nelle istituzioni psichiatriche troppo spesso, le persone trovavano epilogo tragico della loro povera esistenza.

La storia di questa donna percorre tutti i passaggi citati. Rientra nella propria abitazione, più volte viene di nuovo ricoverata. La malattia conosciuta per i suoi effetti devastanti non vede riconosciuta una causa condivisa dalla comunità scientifica di quel tempo, non ha rimedio e la sua evoluzione segue le tappe descritte. È una malattia dei contadini poveri, malnutriti, senza alternative.

Una parte dei ricercatori, in quel tempo, fa riferimento a uno stato tossico provocato da un mais alterato, una parte denuncia la povertà come causa indiretta poiché costringe una popolazione ad alimentarsi con una dieta così povera da produrre questa malattia e danni irreparabili al cervello. Solo nei primi anni del Novecento si scopre la vera causa, dovuta a un grave deficit di vitamina PP⁶.

La storia di Maria B. si sviluppa con i primi ricoveri a 26 anni nel manicomio di Mantova, avendo in passato un precedente ricovero a Cremona. Per diciotto anni vive tra un ricovero e l'altro. Nove i ricoveri di durata variabile, da pochi mesi, fino a oltre un anno. Si registrano rientri al domicilio nella speranza illusoria di una guarigione definitiva. La famiglia ha bisogno della sua presenza per cui più volte viene reclamato dai famigliari il rientro della donna. Dopo diversi ricoveri e dimis-

⁶M. PATERLINI, *Nel campo della pellagra...*cit. La vitamina PP, deve il suo nome al farmacista polacco Funk che la scoprì nel 1912. La sua denominazione, pellagra *preventive factor*. È conosciuta anche come Niacina.

sioni temporanee, segnata dalle conseguenze della pellagra, in realtà non è più in grado di assolvere i propri compiti; vengono descritti comportamenti suicidari o aggressivi verso i propri famigliari. Nell'ultimo ricovero, nel 1890 presso l'ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, muore per una polmonite.

Alcune considerazioni: una costante nella documentazione presa in esame è la descrizione della paziente come oggetto di osservazione che in quella dimensione perde la propria identità. È una biografia interrotta che lascia il posto a una descrizione "oggettivante" dei sintomi che, in quanto tali, risultano elementi connessi alla patologia, ma decontestualizzati dalla storia della paziente e del suo contesto di vita.

Colpisce, nel ripercorrere la storia clinica, il fatto che i riferimenti delle diverse descrizioni presenti nelle varie cartelle cliniche riconducono ad alterazioni del ciclo mestruale, alle sue variazioni, alle corrispondenze tra queste e i periodi di maggiore agitazione. Si può osservare come compaia spesso un'associazione tra i disturbi psichici della donna e l'elemento cardine della femminilità, la capacità riproduttiva e le mestruazioni come fenomeno rappresentativo di questa. Le stesse vengono poi assunte come epifenomeno connesso alla patologia di cui sono espressione clinica.

Che rapporto ci sia tra questi elementi ipotizzati come causa del grave disturbo psichico e il problema della pellagra, seppur citato più volte come dato diagnostico, è poco comprensibile. Solo nel penultimo ricovero si parla di «polenta e nutrizione grama» oltre che di ereditarietà perché il padre era morto di pellagra.

Paradossale da un punto di vista medico appare, per quanto riguarda il destino di questa donna, il fatto che in concomitanza con la dichiarazione dei medici, quasi una prognosi, « [...] a proposito delle mestruazioni [...] è in vista una nuova circostanza, cioè la prossima epoca critica, il cui effetto sul decorso della psicopatìa [...] si può definire benefico» la paziente, invece di essere dimessa, verrà trasferita al San Lazzaro di Reggio Emilia dove si perdono le tracce cliniche fino a che non si annota la sua morte. È verosimile ipotizzare che i famigliari non fossero più in grado di riaccoglierla. Probabilmente pensando che il suo sostegno alla famiglia fosse troppo poco utile rispetto alla possibile pericolosità dei suoi comportamenti.

Un'osservazione a margine: la sezione della cartella dedicata alla antropometria è l'applicazione del "metodo sperimentale" proposto dal Lombroso che avrebbe offerto, a suo parere, una maggiore consistenza teorica e scientifica alla psichiatria. Nella pratica clinica si risolve, in questa cartella come in altre, nella semplice registrazione di dati antropometrici mai connessi con altri elementi od osservazioni cliniche.

Storia clinica

Si tratta del materiale ricavato da una cartella clinica che descrive la vicenda di una donna del Basso Mantovano, nata a Villastrada, che per diciotto anni entra ed esce dagli istituti psichiatrici fino al tragico epilogo avvenuto nel 1896.

La diagnosi che a posteriori si può dedurre è quella di frenosi pellagrosa con esito infausto, malattia la cui causa a quel tempo era sconosciuta; solo nei primi del Novecento si riuscì a collegare direttamente la malattia a una carenza vitaminica.

Si registrarono in quegli anni numerosi ricoveri per questa malattia e vennero aumentati i posti letto a disposizione negli ospedali anche per pazienti provenienti dal territorio del Basso Mantovano. La paziente fu infatti ricoverata prima nell'ospedale di Cremona poi a Mantova e successivamente presso l'ospedale psichiatrico S. Lazzaro a Reggio Emilia.

Ospedale di Mantova

Storia clinica

Entrata: 30 ottobre 1872:

genere dell'alienazione: frenosi pellagrosa. Dalla tabella caratteristica si ha che è maritata apparentemente robusta e di temperamento sano. La prima malattia mentale ebbe principio sei anni or sono, non se ne conosce la causa principale, dubitarsi però essere la pellagra. Ricoverò due volte nel manicomio di Cremona. Ama assai i preti. Invece di continuo con il proprio figlio di soli anni tre e cerca di strozzarlo se prontamente non glielo si allontana. Se non viene assicurata in letto abbandona la propria casa per introdursi in quella di altri e particolarmente nella casa del parroco e del curato. Non volle prendere medicine.

Stato presente*:

Diametro fronto occipitale 17,3

diametro parietale 19,5.....

Semicirconferenza anteriore 31,5

semicirconferenza posteriore 23

semicirconferenza longitudo superiore 30

totale 117,3

* dati antropometrici

Donna di regolare conformazione, abbastanza ben nutrita. Tranquilla, risponde categoricamente ed esattamente. Dice di essere stata nel manicomio di Cremona perché la testa le era andata via, ma poi guarì perfettamente. Asserisce di essere ammalata da tre giorni di dolori e di essere amenorroica dalla scorsa primavera, epoca in cui si sospesero le mestruazioni. È un po' rossa in viso ma apiretica, con polso regolare e abbastanza buono. Dice essere alcune notti che non dorme e che per questo è ammalata. Null'altro offre di patologico, al dorso delle mani la cure è lucente.

31 ottobre:

dormì tutta la notte, dice star meglio, mangiò con appetito.

1 dicembre:

Fu sempre tranquilla, ragionevole e laboriosa. Risultando dall'anamnesi essere per la terza volta recidiva con pervertimento tale da tentare di strozzare la propria creatura; oggi si fa rapporto consigliando di trattenerla ancora ad esperimento e nel caso che il marito insistesse nel volerla ritirare, egli si assuma la responsabilità piena.

3 dicembre:

Si lagna da due giorni di cefalea, questa mattina svegliatasi si mise a gridare e a piangere di non naturale pianto, passeggiando su e giù per la sala. Dice che non vuole più andare a casa, perché riconosce in una ancella la sua "deda" che baciandola ed abbracciandola dice di non voler più abbandonare. Mangiò bene come al solito, ma non volle occuparsi di nessun lavoro.

8 dicembre:

ritornò ragionevole e tranquilla dopo aver avuto le sue mestruazioni.

29 dicembre:

Riebbe in questi giorni le mestruazioni nel periodo regolare e senza alcuna alterazione di mente.

2 gennaio:

si dichiara dimissibile con raccomandazione alla famiglia di procacciarsi buone alimentazioni e di regolarla. Si riconosce che essa era caduta in un delirio maniaco che la rendeva pericolosa.

Uscita il 9 gennaio 1873 A. Sacchi

Rientrata il 27 maggio 1874

È maritata, ha due figli.

Apparentemente robusta. L'attuale morbo data da otto anni. Nel dì 24 maggio 1874 si è gettata da un tetto della casa di sua abitazione, causandosi una frattura al terzo inferiore del braccio destro. Quando non è assicurata in casa si reca in giro sia di giorno che di notte introducendosi nelle case altrui con intenzione di non più lasciarle. Rifiutasi a prendere rimedio. Fu già ricoverata in manicomio. Genere di alienazione: frenosi pellagrosa.

5 agosto:

si può oggi riconoscere che è dimissibile.

Uscita il 18 agosto 1874 Dott. Chizzolini

Rientrata il 19 settembre 1874.

Uscita guarita il 19 agosto 1875 Dott. Chizzolini.

Rientrata 17 gennaio 1878

10 febbraio 1878 la commissione medica con un rapporto di oggi dichiara che la B. Maria è affetta da frenosi pellagrosa.

Uscita il 9 maggio 1878

Rientrata il 6 febbraio 1879

Marzo 1879 la commissione medica dichiara affetta da frenosi pellagrosa.

Uscita il 3 luglio 1879 reclamata dal marito.

Rientrata il 5 agosto 1879 Tabella anamnestica: girovagava giorno e notte, tentò di suicidarsi e di ammazzare i figli.

23 agosto:

si fa rapporto di frenosi pellagrosa.

6 ottobre:

Fece alcuni bagni generali. Si diede soluzione di percloruro di ferro, indi polveri del Polli con arsenicato di Sodio. Fattasi da oltre un mese ragionevole, tranquilla, laboriosa, si dichiara oggi dimissibile.

Uscita il 13 ottobre 1879 Dott. A. Sacchi.

Rientrata il 27 giugno 1880.

È in discrete condizioni fisiche. È oltremodo loquace. Minime od incipienti tracce di pellagra al dorso delle mani. È piuttosto anemica. È apiretica, nulla degno di nota in linea viscerale. È dichiarata affetta da pazzia religiosa dai cenni anamnestici. Era sussidiata dalla commissione di provvedimento contro la pellagra. Andava a carico di questa a mangiare all'osteria.

17 luglio 1880:

emesso oggi rapporto di frenosi pellagrosa.

21 giugno 1881:

si fa rapporto di dimissibilità

26 giugno 1881 uscita. Dott. A. Sacchi.

Rientra il 29 marzo 1886.

Anamnesi: 42 anni, coniugata con Giacomo F. con prole. Robusta abbastanza; soggetta già da tempo a malattie nervose, contadina analfabeta. Polenta quasi esclusivamente, nessun abuso. Nutrizione grama, intelligenza molto limitata. La malattia ebbe origine 18 anni fa. Causa in parte ereditaria, parte per la cattiva alimentazione, andamento cronico. La malattia è fissa con esacerbazioni primaverili. Tentato suicidio, minaccia ai figli, al marito. Tendenza commettere simili atti di frequente; otto giorni fa cercava di strangolare il piccolo dei suoi figli. Il padre e la madre sono morti di lipemania pellagrosa, nessuna causa morale. Curata 12 volte nel manicomio. Ha tentato tante volte di gettarsi dalla finestra, di ammazzare il marito e i figli; ingiuria la gente e tende a scappare nuda dalla casa.

29 marzo 1886. Dr. Rabitti Silvio

Stato presente

Normale sviluppo scheletrico e masse muscolari ben proporzionate, sufficientemente toniche, cammina bene; pannicolo adiposo sufficiente. Pelle pallido rosea che si solleva in pieghe di mediocre ampiezza. Non tracce di lucentezza al dorso delle mani e dei piedi. Testa guarnita di folti capelli neri, qua e là inframmezzati da capelli bianchi. Cranio e faccia asimmetrici per prevalente

sviluppo della metà sinistra. Depressione leggera occipito-parietale in fronte di media ampiezza. Occhi ed iridi celesti con pupille normali, reagenti alla luce. La metà destra del viso è come raccorciata e spostata alquanto in alto. Denatura ammalorata. Lingua rosea, liscia levigata senza tracce di papille, collo negativo. Torace regolare. Impulso cardiaco piano profondo. Toni deboli regolari. Addome trattabile non meteorico. Sa rendere sufficiente conto di sé. L'ideazione, la memoria sono tarde. Mostrasi inquieta e le vanno a noia le varie domande che le vengono rivolte.

31 marzo 1886:

sitofoba nei due giorni scorsi, oggi mangia da sola e dorme senza ipnotici, non si presta finora al lavoro. È quieta e tranquilla. Sa rispondere più prontamente. Si fa rapporto di frenosi pellagrosa.

11 giugno 1888:

da molto tempo si è fatta abbastanza tranquilla. In certe giornate però si eccita per un nonnulla, si odia e seguita a parlare per ore e ore. Del resto tutto il giorno lavora assiduamente. È discretamente nutrita, desidera da molto tempo di andare a casa. Fa cura ricostituente. Si fa rapporto di dimissibilità in via di esperimento.

16 luglio 1888:

esce molto migliorata.

Rientrata il 16 dicembre 1889.

Ha 46 anni, maritata con prole. Costituzione fisica robusta abbastanza, soggetta da tempi a malattie nervose. Contadina analfabeta. Vitto polenta quasi esclusivamente, nessun abuso. La malattia in parte ereditaria, il padre e la madre sono morti di lipemania pellagrosa, in parte per la cattiva alimentazione, ha un andamento cronico... Nessuna causa morale... Ha tentato parecchie volte di gettarsi dalla finestra, di ammazzare il marito e i figli. Dr. Rabitti Carlo

30 dicembre 1889:

si fa rapporto di melanconia agitata subacuta in donna anemica. Da 15 giorni circa ha perduto la serenità d'animo che aveva sperato dopo pochi giorni di degenza dal reparto. Nel mese passato fu mestruta. Afferma che per questa causa le mestruazioni sono un po' irregolari anche per parecchi giorni. L'inferma è triste, svogliata, un po' cupa, ma non è delirante, non accusa alcuna sofferenza.

12 aprile 1890:

stamane sono apparse le mestruazioni senza disturbo dello stato psichico.

10 giugno 1890:

fino a ieri l'inferma fu profondamente triste e taciturna. Questa mattina si è trovata mestruta.

12 giugno 1890:

le mestruazioni durano ancora. L'inferma è stata alquanto eccitata, canta, accusa stitichezza, non vuole prendere le solite pastiglie emostatiche.

10 agosto 1890:

da 15 giorni circa benché lavori con una certa esattezza e costanza, pure si

mostra di umore gaio, canta, mangia poco, dorme spontaneamente. Oggi appaiono le mestruazioni.

31 Agosto 1890:

richiesta dalla presidenza, si manda un certificato così concepito: B. Maria è somaticamente migliorata, psichicamente presenta alternanza di depressione ed eccitamento, separati da brevi periodi di normalità psichica e legati a disturbi delle funzioni mestruali. La mala disposizione ereditaria (il padre è morto di lipemia pellagrosa) e la relazione di questa malattia col periodo mestruale, la resero eminentemente cronica. Ora però è in vista una nuova circostanza, cioè la prossima epoca critica, il cui effetto sul decorso della psicopatologia... con molta probabilità si può profetizzare benefico, tale cioè da confermare l'inferma in condizioni fisico-mentali compatibili con la vita di famiglia e in società rimanendo però essa sempre un soggetto ereditariamente predisposto.

9 settembre 1890:

stamane sono apparse le mestruazioni senza disturbi psichici.

17 ottobre 1890:

è mestruta.

17 novembre 1890:

è mestruta.

20 dicembre 1890:

passa al manicomio di San Lazzaro di Reggio Emilia in condizioni identiche. La cartella clinica del frenocomio di Reggio Emilia registra l'ammissione in di B. Maria in data 20 dicembre 1890. Seguono i dati anagrafici e la diagnosi di pazzia periodica con prognosi infausta. Segue l'anamnesi derivata dal certificato medico redatto dal Dr. L. Oliva primario della sezione manicomiale di Mantova. Sulla base degli schemi previsti dalla cartella clinica quindi vi sono: esame della malata, esame psichico, esame delle funzioni della vita di relazione, esame della funzione della vita vegetativa. Tutti scritti in data 22 dicembre 1890. Poi troviamo registrati senza data: malattie accidentali durante la dimora nel frenocomio, pneumonite. Cura praticata e suoi effetti: revulsivi, tonici. Occupazione della malata nel frenocomio filatrice.

Esito: morte

Decorso: la malata ha mostrato un rapido e notevole decadimento della facoltà mentali. I periodi di smania prima legati alla funzione mestruale si andarono facendo più disordinati, finirono per scomparire quasi completamente. Morì di pneumonite.

Morta alle ore 8,30 del giorno 1 gennaio 1896. Per epatizzazione grigia del polmone dx; enfisema polmonare.

Da sottolineare la presenza di molti fogli bianchi del Diario senza alcuna annotazione sui sei anni di vita trascorsi in questo ospedale.

Nel percorso della ricerca presso gli archivi di Mantova e Reggio Emilia abbiamo trovato numerose cartelle cliniche caratterizzate da fogli bianchi; questo ha sollecitato interrogativi diversi sui motivi di queste biografie assenti, mancanza di annotazioni cliniche.

Per questo motivo i testi che abbiamo prodotto integralmente corri-

spondono al desiderio di restituire una biografia possibile anche a coloro il cui destino fu segnato dall'esperienza di ricoveri psichiatrici definitivi.

BIBLIOGRAFIA

La repubblica, la scienza, l'uguaglianza: una famiglia del Risorgimento tra mazzinianesimo ed emancipazionismo, a cura di C. Bertolotti, Milano, Franco Angeli, 2012.

A. GHINZELLI, *La lotta politico-sociale a Viadana tra il 1883 e il 1889. Dai conservatori ai democratici*, Viadana, Castello, 1974.

A. GHINZELLI, *Un paese padano nell'Ottocento. Cronaca documentaria Viadana 1796-1900*, Viadana, Castello, 1978.

A. GHINZELLI, *Viadana dopo l'unità 1859-89*, Viadana, Castello, 1979.

L. OLIVA, *Prospetti statistici e cenni storici del manicomio di Mantova*, Mantova, F. Apollonio, 1914.

M. PATERLINI, *Nel campo della pellagra. Note per lo studio della malattia della miseria*, «RS - Ricerche storiche», 96, dicembre 2003.

A. G. RICCA, *Corpi d'eccezione: storie di uomini e donne internati nel manicomio di Aversa: 1880-1920*, Napoli, Filema, [2006].

A. SACCHI, *La pellagra nella provincia di Mantova*, a cura di R. Salvadori, Mantova, Comitato per il centenario dell'unione di Mantova all'Italia, 1966.

Inchiesta Romilli: L'agricoltura e le classi agricole nel mantovano, 1879, a cura di R. Salvadori, Torino, Einaudi, [1979].

Il Pellagroso, giornale popolare amministrativo politico, 28 Dicembre 1884 - 22 Marzo 1885, ristampa anastatica, Mantova, Provincia di Mantova, 1984.

GLI AUTORI

LUCIANO FORNARI, psichiatra e psicoterapeuta, ha lavorato negli ospedali psichiatrici di Castiglione delle Stiviere e di Mantova, facendosi promotore del superamento e della chiusura dei manicomi. Ha diretto, come primario, i servizi psichiatrici del Basso Mantovano fino al 2002. Da diversi anni si occupa di storia delle strutture ospedaliere e della psichiatria nella provincia di Mantova. Ha pubblicato: *Povert  e organizzazione sanitaria nel Medioevo. Mantova fra il XII e il XV secolo*, «Postumia», 13, 2002; *Gli statuti del Collegio dei medici di Mantova dal 1313 al 1559*, con G. Carra e A. Zanca, Mantova, Sometti, 2004; *Le origini dell’Ospedal Grande di Mantova nella «Reformatione» ospedaliera del XV secolo*, «Civilt  Mantovana», 125, 2008 e *Pazzi e luoghi della pazzia a Mantova nel Settecento*, «Civilt  Mantovana», 133, 2012.

FRANCESCO PAOLELLA, redattore della «Rivista Sperimentale di Freniatria», lavora per la rivista di critica letteraria «Tysm» (www.tysm.org). Ha pubblicato di recente: *Lo sguardo dei corpi*, in *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, a cura di R. Panattoni, Milano, Bruno Mondadori, 2009; *Pericoli di carta. Sulla cartella clinica di Aldo F.* in *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali dalle cartelle cliniche fra Otto e Novecento*, a cura di R. Panattoni, Milano, Bruno Mondadori, 2011; *Violenze sessuali nella prima guerra mondiale. Medicina e politica in Italia* in «Storia e problemi contemporanei», 62, 2013. Ha curato, con F. Montella e F. Ratti, *Una regione ospedale: medicina e sanit  in Emilia-Romagna durante la prima guerra mondiale*, Bologna, CLUEB, 2010.

DONATELLA ZANONI, psichiatra e psicoterapeuta. Lavora nei Servizi Territoriali del distretto di Guastalla.

Finito di stampare nel mese di giugno 2013
presso Fotolito Viadanese Nuova Stampa
Viadana (MN)

In copertina:

Foto proveniente dall'Archivio del Manicomio Centrale Femminile di S. Clemente di Venezia conservata presso la Fondazione San Servolo.