

Collana

RAPPORTI
POLESINE E CULTURA PADANA

30

IL MAIS

NELLA STORIA AGRICOLA ITALIANA

iniziando dal Polesine

a cura di
Danilo Gasparini

Atti del Convegno di Studi
Badia Polesine (RO), 27 e 28 Settembre 2014

Ideazione e organizzazione:
Associazione Culturale Minelliana Rovigo
in collaborazione con:
Gruppo Manifestazioni Villa d'Adige

con il patrocinio:
Consiglio Regionale del Veneto
Provincia di Rovigo

MINELLIANA

PRIMA PARTE

UNA STORIA... TANTE STORIE

MAIS, MISERIA E “MANIA PELLAGROSA”
I PAZIENTI DEL POLESINE E VENETI NEI MANICOMI
DI SAN SERVOLO E SAN CLEMENTE A VENEZIA (1840-1910)

Pellagra e malattia mentale nell'Ottocento.

Il 19 aprile del 1881 un «terriere» trentaduenne viene ammesso all'ospedale di Adria, con febbre e delirio.¹ Lo chiameremo «A.F.». Viene dal paesino di Donada (oggi facente parte del comune di Porto Viro), è sposato con due figlie piccole. La diagnosi è di «mania pellagrosa». Il medico comunale, tale dottor Borini, descrive così la casa del malato: «Domina il miasma pallustre. L'abitazione è in condizioni abbastanza salubri, avuto riguardo a tante altre vicine». La sua «costituzione fisica è buona», «il genere di vitto per lo più vegetale» [leggasi, polenta di mais], «le sue abitudini di vita» sono quelle «ordinarie del contadino e risigiuolo». E allora a che cosa si deve l'«esplosione del morbo» di A.F., secondo il medico? La causa è «pellagra e subitrato [...] ... però coadiuvarono altresì cause morali, l'idea cioè di non riuscire [riuscire] al mantenimento di sua famiglia». Infatti il paziente soffre di «allucinazioni riferentisi al futuro modo di vivere, e specialmente di sostenere la famiglia».

Ma l'ospedale di Adria è una struttura piccola e inadeguata alle cure di cui necessita un malato mentale, ancor più se deli-

rante, e così tre giorni dopo, il 22 aprile, il medico richiede che A.F. venga ammesso al manicomio provinciale di San Servolo, ubicato nella laguna veneziana. Risponde la direzione di San Servolo che però non c'è «piazza» disponibile e A.F. fa il suo ingresso nel manicomio veneziano solo alcuni giorni dopo, il 10 maggio.² Ad avviso del manicomio il nuovo malato non presenta difficoltà di rilievo: il suo sintomo predominante è quella della melanconia, «il pensiero di sapersi ammorbato» lo conduce «in uno stato di avvilitamento», come recita la sua cartella clinica. Due giorni dopo il suo ingresso, A.F. già lavora nell'orto del manicomio e verso la fine di giugno «sta discretamente bene. Non ha mai delirato» (sempre secondo la cartella clinica). Definito «un povero pellagroso», viene dimesso dal manicomio il 24 giugno.

Perché soffermarsi sul caso di A.F., simile a tanti altri casi di pellagrosi che hanno raggiunto lo stadio della malattia mentale? La malattia di A.F. potrebbe anzi sembrare piuttosto lieve, dato che dura poco più di tre mesi e che il paziente esce guarito dal manicomio; le sue condizioni di vita però non cambiano e quindi le cause che hanno determinato la sua malattia rimangono inalterate.

¹ Archivio dell'Ospedale di San Servolo, Venezia, *Maniaci. Protocolli*, b. 132, Gennaio-Maggio 1881.

² Archivio dell'Ospedale di San Servolo, Venezia, *Tabelle nosologiche: Uomini usciti*, b. 26, 1881, no. 62.

Comunque, proprio perché il caso di A.F. è tipico, ci offre tanti spunti per capire la «pazzia pellagrosa» - le sue caratteristiche, le sue cause, le sue cure - durante le seconda metà dell'Ottocento. In particolar modo, data la tematica specifica di questo volume, il caso ci dà la possibilità di capire come e in che modo venivano curati i malati originari del Polesine; in ciò consiste anche lo scopo principale del presente saggio.

L'introduzione del mais, con i suoi rendimenti prodigiosi e la sua capacità di dar da mangiare a tante persone, dovette sembrare un avvenimento positivo, nel Polesine come altrove in Italia. Ma sul lungo termine la coltivazione e il consumo del mais portarono dei cambiamenti negativi, alterando i modelli tradizionali della proprietà terriera, peggiorando le condizioni di vita e di lavoro dei contadini (costretti in seguito all'emigrazione di massa) e trasformando le abitudini alimentari (creando così le premesse per la pandemia pellagrosa).

Nel Veneto la pellagra viene identificata per la prima volta negli anni sessanta del Settecento e il termine attribuito alla malattia, di derivazione popolare, si riferisce al sintomo più apparente del primo stadio della malattia, cioè l'eritema e la desquamazione della cute delle parti scoperte.³ Si elabora presto il quadro clinico della nuova malattia, definito successivamente quello «delle tre D», cioè dermatite, diarrea, demenza (e poi una quarta «D», almeno in lingua inglese, *death*, la morte). La sua eziologia rimane però un mistero. Gli investigatori medici sono colpiti da come l'apparizione e la

diffusione della pellagra coincidano con la diffusione della maicicoltura in Italia; ma il legame preciso tra il mais e la pellagra e la sua natura di malattia carenziale sfuggono alla medicina fino agli anni trenta del Novecento. Si ignora anche quale possa essere la cura più efficace per contrastarla; e mentre il dibattito sulla sua eziologia continua in Italia per tutto l'Ottocento, il numero delle vittime continua ad aumentare, cosicché nel 1880 ci sono circa 150.000 pellagrosi nel Veneto e nella Lombardia.⁴ Inoltre, l'epidemia sembra diffondersi sempre più a sud, penetrando in Toscana, nelle Marche, giungendo finanche alle porte di Roma.

Il legame tra pellagra e malattia mentale è l'aspetto che più colpisce il medico inglese Henry Holland in viaggio per l'Italia nel 1817, con lo scopo di fornire un quadro generale dell'epidemia per il pubblico inglese. «Negli ospedali designati alla ricezione di tali casi [di pazzia], i pellagrosi offrono una tale immagine melanconica di sofferenza fisica e morale, quale non ho avuto occasione di vedere altrove».⁵ Quando visita il manicomio di Milano, questo ospita 500 «pazzi» di ambedue i sessi, oltre un terzo dei quali pellagrosi. Pellagrosi che, secondo Holland, possono ritenersi fortunati, in quanto gli ospedali erano solitamente insufficienti a ospitare «i numeri vasti» dei pellagrosi, i quali, per la maggior parte, «periscono nelle loro abitazioni oppure ci rimangono, un'immagine squallida di fatuità e decomposizione».

I casi di pellagra aumentarono duran-

³ "Italic scurvy", "pellarina", "pellagra": *medical reactions to a new disease in Italy, 1770-1830*, in *A medical history of skin: scratching the surface*, a cura di J. REINARZ E K. SIENA, London, Pickering and Chatto, 2013, pp. 57-69. La letteratura sull'argomento è molto ampia, ma si rimanda in particolar modo ai seguenti studi: ALBERTO DE BERNARDI, *Il mal della rosa. Denuzione e pellagra nelle campagne italiane fra '800 e '900*, Milano, Franco Angeli, 1984; DANILLO GASPARINI, *Polenta e formenton. Il mais nelle campagne venete tra XVI e XX secolo*, Verona, Cierre, 2002; MONICA GINNAIO, *La pellagre: histoire du Mal de la misère en Italie: XIXe siècle-début XXe*, Paris, L'Harmattan, 2013. Infine, per una recente rassegna bibliografica, cfr. COSTANZA BERTOLOTTI, *La pellagra: bibliografia degli studi, dal 1776 al 2005*, Mantua, Istituto mantovano di storia contemporanea, 2009.

⁴ *La pellagra in Italia*, in «Annali di Agricoltura», no. 18, Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio, Roma, Tipografia Cenniniana, 1880.

⁵ HENRY HOLLAND, *On the pellagra, a disease prevailing in Lombardy*, in «Medico-Chirurgical Transactions», vol. 8, 1817, pp. 315-346.

te l'Ottocento, un aumento accompagnato da un'esplosione nel numero di pellagrosi mandati ai manicomi. La «mania pellagrosa», che colpiva negli stadi ulteriori della malattia, era spesso di natura violenta. Quando le famiglie per prime, e gli ospedali comunali poi, non potevano far fronte alle difficoltà dei casi, mandavano le vittime ai manicomi provinciali, come abbiamo visto nel caso di A.F. I manicomi erano importanti perchè spesso offrivano le uniche forme concrete di cura ai pellagrosi. Il loro contributo era soprattutto di natura protettiva, ma l'alimentazione migliore che offrivano ai pazienti spesso bastava come forma di cura, benchè fosse soltanto temporanea.

Nella provincia di Venezia San Servolo serviva come manicomio principale per i malati maschili, affiancato in questo ruolo dal manicomio per donne di San Clemente.⁶ Le cartelle cliniche di ambedue gli istituti ci permettono di ricostruire l'intero ciclo di vita dei malati, facendo luce sulle forme di malattia che la pellagra causava e su come essa poteva devastare non solo le vittime ma anche le loro famiglie.

Basta un secondo esempio per fornirci un'idea. Si tratta di un ragazzo di quattordici anni, di Bergantino, un paese che, con poco più di tremila abitanti, conta ben 49 pellagrosi.⁷ Il ragazzo è «povero», figlio di contadini, anche lui «A.F.», viene ricoverato all'ospedale di Adria nell'aprile del 1880, per «mania pellagrosa con tendenza al suicidio».⁸ Il ragazzo non ha «nessuna istruzione» e il lavoro che fa è «sproporzionato alle sue forze fisiche». La causa del ricovero? «La miseria, le fatiche oltre misura, abitazioni insalubri, nutrimenti cattivi, insola-

zione, e le privazioni succedute due anni fa ad una discreta agiatezza». Durante il mese di aprile il ragazzo era diventato melanconico, con momenti di furia, «pianti senza causa, grida assordanti». Minaccia di strangolare i suoi fratelli più piccoli «e di affogare se stesso nelle acque degli scoli che scorrono presso la sua abitazione». Una volta ricoverato a San Servolo, il ragazzo subisce le cure «arsenicali e ferruginose» accompagnate da un «regime nutritivo sostanzioso»; ma esse non sortiscono l'effetto desiderato «per l'indocilità dell'ammalato». A giugno dà ancora segni di pazzia, con crisi simili ad attacchi epilettici ogni tre o quattro giorni, crisi che egli poi non ricorda. Ma ciò nonostante ad agosto gli attacchi sono già finiti e la cartella clinica lo descrive come «buono, tranquillo, attivo». A settembre il ragazzo, ormai guarito, viene rilasciato.

Come i due pazienti su cui ci siamo soffermati in questa relazione, molti dei malati di pellagra affetti da disturbi mentali furono rilasciati ai loro comuni di residenza dopo un ricovero più o meno breve. L'ultima fase di ricovero era caratterizzato da vari tipi di lavoro leggero, come l'orticoltura. I medici manicomiali li ritenevano sani quando potevano ritornare al lavoro e quando non rappresentavano più un pericolo nè per se stessi nè per la comunità. Ma gli stessi medici sapevano bene che le cure effettuate non erano definitive e tale consapevolezza viene talvolta esternata anche nelle cartelle cliniche. Così le ultime parole sulla cartella del paziente «E.B.», rilasciato a marzo del 1880, sono le seguenti: «Putroppo, ritornando in mezzo alla miseria, in un tempo più o meno lungo lo vedremo di ritorno».⁹

⁶ Per una prima generale panoramica sulle due isole e sulle rispettive storie, istituzionali e non solo, si rimanda a NELLI ELENA VANZAN MARCHINI, *San Servolo e Venezia. Un'isola e la sua storia*, Verona, 2004; ADRIANA SALVIATO, *Pellagra e pazzia: i manicomi di San Servolo e di San Clemente*, in S. Woolf e M. ISNENGI (a cura di), *Storia di Venezia - L'Ottocento*, vol. I, Roma, Istituto Enciclopedia Italiana, 2002, pp. 905-29; WIEBKE WILLMS, *San Clemente. Storia di un'isola veneziana: uno dei primi manicomi femminili in Europa*, Venezia, Centro Tedesco di Studi Veneziani, 1993.

⁷ *La pellagra in Italia*, op. cit., p. 196.

⁸ Archivio dell'Ospedale di San Servolo, Venezia, *Tabelle nosologiche: Uomini usciti*, b. 25, 1880, no. 90.

⁹ Archivio dell'Ospedale di San Servolo, Venezia, *Tabelle nosologiche: Uomini usciti*, b. 25, 1880, no. 13.

Il database dei ricoverati nei manicomi veneziani

Tra i diversi obiettivi del nostro progetto di ricerca vi è anche quello consistente nella costruzione di un *data base* delle cartelle cliniche dei due manicomi veneziani. La creazione del *data base* fa parte di una metodologia di ricerca pluralistica, visto che il nostro approccio verso lo studio del passato da sempre mette insieme metodologie qualitative e quantitative, esperienze individuali e di gruppo, indagini microstoriche ma con uno sguardo verso il quadro generale, ponendo domande «storiche» condizionate da intuizioni antropologiche e sociologiche.

I dati che presentiamo in questo saggio sono tutti ricavati dal nostro *data base*, la cui implementazione, ad oggi, è in fase conclusiva. Il *data base* del nostro progetto è costruito interamente sulle cartelle cliniche dei pazienti dei due manicomi veneziani di San Servolo, per gli uomini, e San Clemente per le donne. Le cosiddette tabelle nosologiche, per usare la terminologia medica del tempo, sono strutturate secondo un formato standard di quattro pagine; formato destinato a modificarsi anche significativamente nel corso dei decenni del diciannovesimo secolo. Le cartelle cliniche sono in grado di fornirci un'ampia gamma di informazioni relative sia ai pazienti, sia alle conoscenze mediche dell'epoca e ai procedimenti di cura. Nella cartella clinica troveranno pertanto spazio:

- a. i dati anagrafici: nome e cognome, luogo e data di nascita, nome dei genitori, età e sesso;
- b. la condizione professionale, lo stato economico e sociale sia del soggetto che della famiglia;
- c. il percorso medico e istituzionale che ha preceduto il ricovero.

A fasi alterne incontreremo una sorta di anamnesi (il cosiddetto «compendio stori-

co della malattia»), alla quale si accompagna la descrizione di segni e sintomi della malattia, l'osservazione dei comportamenti del paziente, gli eventuali interventi adottati prima dell'ingresso nel manicomio. Tali interventi potevano essere opera dei medici «provinciali» e «comunali», come il nostro dottor Borini di Donada, i quali, nella gran parte dei casi di pellagra conclamata, non potevano fare altro che inviare il malcapitato paziente presso il manicomio.

Il nucleo principale delle cartelle è comunque costituito dall'osservazione del paziente e del suo decorso clinico («andamento e cura della malattia»), dall'indicazione dei rimedi adottati, dalla descrizione dei loro effetti, dall'esito del ricovero, che poteva tradursi, evidentemente, ora nelle dimissioni ora nel decesso in istituto.

Dal punto di vista metodologico, il *data base* ha raccolto tutti gli ingressi avvenuti ogni cinque anni, a partire dal 1842 per quanto riguarda San Servolo. San Clemente invece iniziò la sua attività nel luglio del 1873, pertanto il numero di anni campionati (sempre uno su cinque) risulta necessariamente inferiore. Il campionamento si chiude nel 1912, ossia nel decennio che vede la pellagra ormai in declino: com'è peraltro testimoniato anche dai nostri dati (grafici 1 e 2). In questi due grafici possiamo infatti osservare l'andamento complessivo dei ricoveri suddivisi per i due manicomi, evidenziando i pazienti pellagrosi e la loro incidenza sull'ammontare totale dei ricoveri dovuti ad altre patologie e/o diagnosi. Rispetto a tale distinzione, ci siamo attenuti alle diagnosi di «mania pellagrosa» formulate dai medici dell'epoca (grafici 1 e 2).

La diagnosi di pellagra veniva allora redatta sulla base di inequivoci segni che la malattia stessa lasciava sulla pelle; tuttavia i procedimenti diagnostici dell'epoca potevano non considerare come connessi a pellagra casi di follia dovuti invece proprio a questa affezione.¹⁰ È quindi possibile una

¹⁰ Rispetto allo stato delle conoscenze mediche di allora e al dibattito eziologico intorno alla pellagra e ai sintomi

certa sottostima dei casi di pellagra come effetto di tali procedimenti diagnostici.

A titolo esemplificativo, rispetto alla complessità delle procedure diagnostiche, riportiamo il caso emblematico di «G.A.», entrato a San Servolo nell'agosto 1862, a 51 anni, con diagnosi di «mania istintiva per pellagra e patemi d'animo». ¹¹ Nella cartella viene riportato che il G.A. presenta da molti anni l'eritema pellagroso sul dorso delle mani; tuttavia, non si trova alcun accenno alla pellagra né nei documenti accompagnatori, né nelle dichiarazioni del medico comunale. Tali documenti lo dicono affetto da «mania», che i primi definiscono «ambigua» e i secondi «furiosa», assegnando come causa unicamente i «patemi d'animo». In seguito la cartella recita testualmente: «... stando al documento l'origine delle aberrazioni sarebbe recentissima... ma se si riflette alla discrasia pellagrosa, della quale si hanno anche presentemente non equivoci indizi, ed alla natura stessa della psicopatia, bisogna ritenere che risalga ad epoca più remota essendo d'ordinario assai lento ed insidioso il primitivo sviluppo di consimili affezioni».

Per motivi di spazio dobbiamo riassumere il contenuto della cartella, nella quale il medico estensore del manicomio contesta al collega inviante di avere omesso «un complesso di atti inutili a dirsi [a detta del medico territoriale, n.d.r.] che lo caratterizzano pazzo», in quanto sono precisamente tali atti omessi a costituire «i criteri necessari a stabilire una diagnosi... si tratta di un vero delirio d'azioni con apparente integrità dell'intelligenza... egli rappresenta un es-

sere macchinale che agisce mosso da una forza morbosa. Non avendo adottato la nomenclatura del Guislain, noi diamo a consimile frenopatia la denominazione di mania istintiva od impulsiva». ¹²

Pur in presenza quindi di non equivoci indizi di pellagra, la diagnosi posta a carico del paziente non fa esplicito riferimento a questa affezione ma la contempla implicitamente come fattore alla base dei disturbi di G.A. Il paziente «risponde a tenore alle domande» e la sua fisionomia appare

in lui affatto normale e non denota concitazione... [mentre] ...nel vero maniaco è sempre alterata... bisogna però tenerlo assicurato in letto per l'incessante tendenza ad atti disordinati ed a movimenti offensivi.

Il medico estensore della cartella si è dunque trovato di fronte ad un corteo sintomatologico molto complesso e di difficile decifrazione e non supportato dalle informazioni ricevute dal medico territoriale. ¹³

Le cartelle cliniche forniscono anche un insostituibile supporto per l'individuazione dei rimedi adottati per contrastare la pellagra, la cosiddetta «cura fisica». Tra questi rimedi vogliamo segnalare i seguenti, un compendio di quanto indicato nelle cartelle cliniche da noi consultate, essendo questi i prodotti somministrati con maggiore frequenza ai pazienti pellagrosi, in virtù delle proprietà descritte:

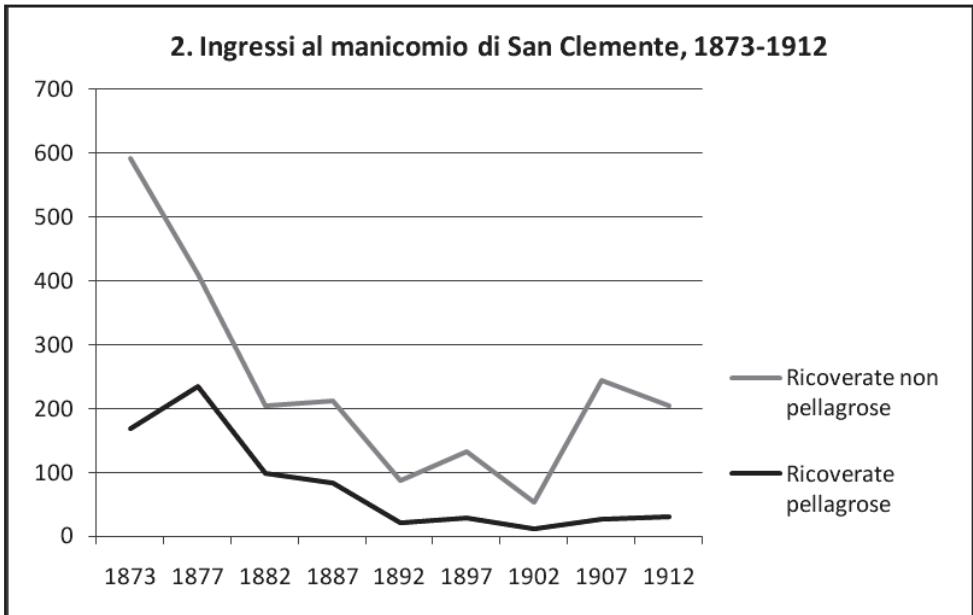
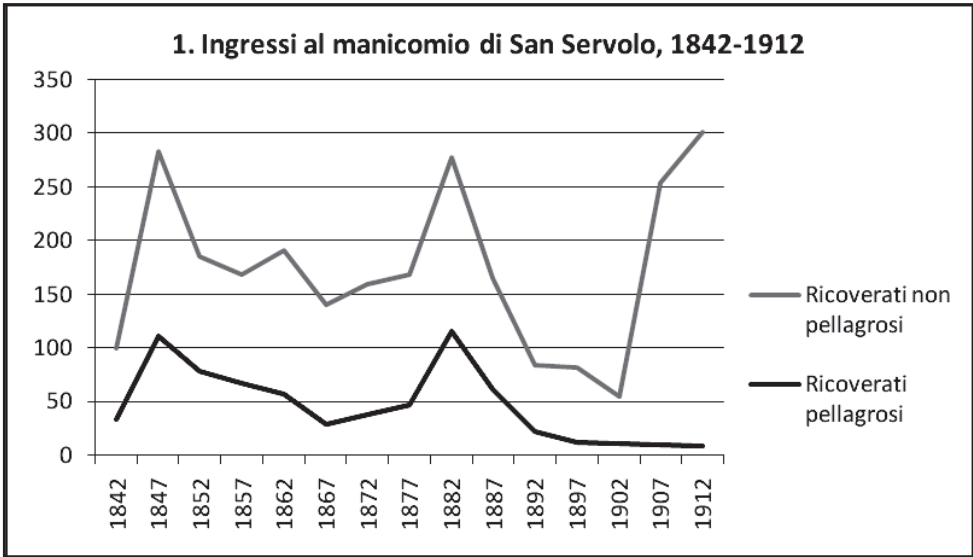
- «decocto di tamarindo», per le sue proprietà di regolatore intestinale, come anti-infettivo, antibatterico e per il suo apporto di potassio;
- «limonata, china, decocto di lichene», anch'essi per contrastare l'enterogastrite

correlati, si veda la ricerca di DE BERNARDI, *Il mal della rosa*, op. cit., in particolare il capitolo 4. Significative in questo senso risultano anche le testimonianze riportate nei bozzetti clinici del CLODOMIRO BONFIGLI, medico direttore del manicomio provinciale di Ferrara: *I pellagrosi accolti nel manicomio provinciale di Ferrara durante l'anno 1879. Bozzetti clinici da servire allo studio della pellagra*, Ferrara, Tipografia dell'Eridano, 1881.

¹¹ Archivio dell'Ospedale di San Servolo, Venezia, *Tabelle nosologiche: Uomini morti*, b. 6, 1862, no. non indicato.

¹² Joseph Guislain (1797-1860) fu un famoso medico e psichiatra belga, tra i pionieri della psichiatria ottocentesca, famoso per avere teorizzato il principio della « unitarietà delle psicosi »: nonostante le diverse forme che esse possono assumere, secondo Guislain le affezioni mentali sarebbero infatti riconducibili ad un unico processo morboso soggiacente.

¹³ Il povero G.A. morirà successivamente, in data 15/11/1862, in seguito a « gastro enterite lenta », una delle costanti complicità della pellagra.



- cronica, l'astenia, l'anemia;
- antiflogistici, antinfiammatori come la «simaruba» e i «clisteri di mucillaggine»;
- «cura deprimente», ossia sedativi come il laudano in caso di accessi maniaci;
- «vitto nutriente animale», prevalentemente latticini o brodo di carne;
- cardiotonici, come la digitale;
- tonici, ricostituenti, come «marziali» (preparati di ferro), «cordiali», «vino di cipro»;
- cataplasmi che producono calore, revulsivi e vescicanti, come «senapismi» e laudano ad azione calmante, antispastica, con effetto antidolorifico e/o narcotico;
- salassi e applicazioni di sanguisughe («mignatte»)
- emetici (induttori di vomito)
- purganti (per mania)

Per inciso, è opportuno ricordare che l'ordine dei Fatebenefratelli, a cui venne affidata la gestione dei manicomi veneziani, vantava un lungo e consolidato prestigio nell'ambito della farmacopea, sia in Italia che all'estero.¹⁴

Ma torniamo ora al nostro *data base*. Vorremo sottolineare che la metodologia che abbiamo descritto sopra consente, a nostro avviso, di documentare con buona attendibilità i processi e i modelli medicoscientifici adottati nelle pratiche manicomiali. Nel trattamento della malattia mentale e, nello specifico, nel trattamento della pellagra, il nostro progetto intende indagare sia le linee di continuità, sia le fasi di cambiamento che hanno contraddistinto l'evolversi di tali modelli.

Complessivamente, abbiamo quindi consultato quasi 6.000 cartelle cliniche, tenendo conto anche dei pazienti con più ricoveri (recidivi). I grafici 1 e 2, relativi all'andamento dei ricoveri suddivisi per i due manicomi, possono già fornirci alcune preziose indicazioni su alcuni aspetti quantitativi del fenomeno. In primo luogo, i pazienti

affetti da pellagra rappresentano una significativa minoranza sul totale dei pazienti ricoverati, in una misura che si aggira pressoché costantemente attorno ad un terzo per i maschi: mentre per le donne l'incidenza è leggermente superiore e talvolta (per es. tra il 1877 e il 1882) si avvicina e supera la metà. In secondo luogo, tali proporzioni rimangono abbastanza costanti per i periodi esaminati e tendono a scemare sul finire del secolo, in concomitanza con il declino della pandemia pellagrosa.

I ricoverati dal Polesine nei manicomi veneziani

Nel 1879 si contano ufficialmente 2.840 vittime della pandemia pellagrosa nel Polesine, ossia nella provincia di Rovigo;¹⁵ nel 1882, tanto per dare un'idea, vennero ricoverati 34 pellagrosi polesani nei due manicomi veneziani di San Servolo e San Clemente. Se vogliamo considerare più da vicino il «contributo» fornito dal Polesine nell'ingrossare le fila dei ricoverati, possiamo notare quanto segue. Negli anni da noi presi complessivamente in considerazione, su un totale di 5.707 ingressi (4.778 ingressi al netto delle recidive), l'area di Rovigo ne ha inviati 464 (394 senza recidive), in una percentuale dell'8,2% (grafico 3). Tra i pazienti polesani totali, la percentuale di pellagrosi ammonta al 31,2%.

Dobbiamo considerare che l'area geografica cui attingevano i due manicomi veneziani copriva l'intera regione corrispondente all'attuale Veneto, buona parte del Friuli-Venezia-Giulia, le provincie lombarde contigue al Veneto (Mantova e Brescia), la provincia di Ferrara e l'area del delta del fiume Po. In taluni casi erano ricoverate anche persone provenienti dalle zone adriatiche già sotto tutela della Serenissima Repubblica, come la Dalmazia.

¹⁴ Per approfondimenti sul ruolo dei Padri Farmacisti dei Fatebenefratelli, si veda il già citato testo di Vanzan Marchini, *San Servolo e Venezia*, pp. 61-82 e 105-118.

¹⁵ *La pellagra in Italia*, op. cit., p. 199.

Se guardiamo alla sola pellagra, cioè ai soli pazienti pellagrosi, e alle altre provincie venete di provenienza, notiamo come queste coprano da sole l'88,65% del campione totale aggregato (grafico 4). In altri termini, l'88,65% dei pazienti pellagrosi venivano dal solo Veneto. In essa il Polesine copre una percentuale del 10,45% (ossia contribuisce a qs 88,65 con il 10,45), dato questo superiore a quello riscontrato con riferimento alla totalità dei ricoveri, che ricordiamo era dell'8%.

Ma vi è a nostro avviso un ulteriore elemento degno di interesse: i polesani morivano di più nei manicomi veneziani. Sappiamo che l'esito della permanenza era spesso determinato dalle condizioni fisiche dei pazienti al momento dell'ingresso; gli accessi maniaci rappresentavano il penultimo stadio della malattia pellagrosa e le descrizioni delle cartelle sono eloquenti circa le condizioni di cachessia e di «estrema consunzione» in cui versavano i pazienti. Molte persone giungevano in manicomio in uno stato tale per cui ogni intervento risultava inutile ed esse erano fatalmente destinate al decesso. Al contrario, una sana alimentazione somministrata tempestivamente, era sufficiente per il ristabilimento del malato e questi poteva tornare ad attendere alle sue faccende, sotto la voce «migliorato» o «guarito» (grafico 5).¹⁶

Ora, i nostri dati suggeriscono che i pazienti del Polesine erano maggiormente soggetti a decesso all'interno del manicomio. La mortalità media sul totale dei pazienti, pellagrosi e non, riscontrata nel manicomio negli anni da noi considerati risulta intorno al 33,5%: ossia un terzo dei degenti muore nel manicomio, mentre due terzi vengono dimessi. La percentuale di deceduti tra i pazienti polesani sale invece al 39,2%, dato questo sensibilmente superiore alla media indicata. Tale vulnerabilità appare confermata se guardiamo ai dati

riferiti alla sola pellagra (grafico 6): i polesani entrati nei manicomi veneziani affetti da pellagra muoiono nel 41,8% dei casi (69 casi su 165).

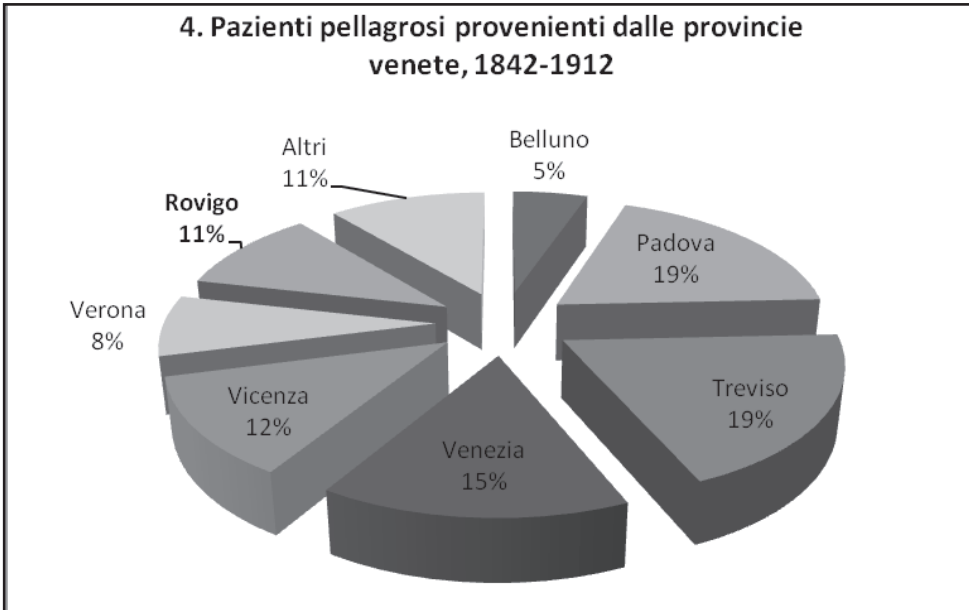
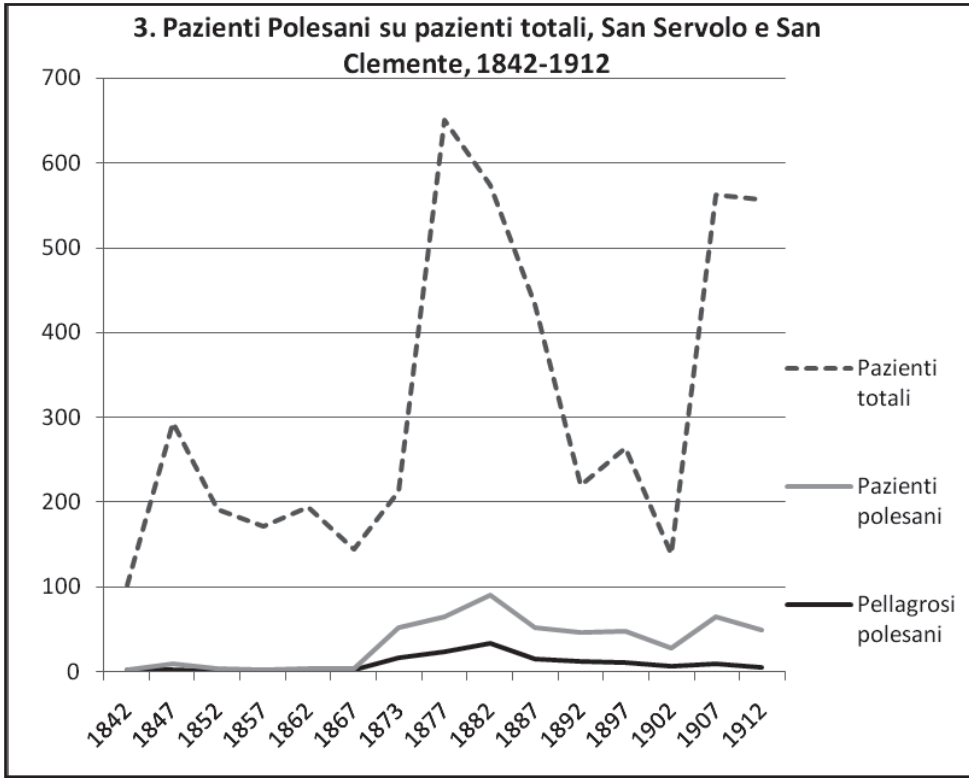
Escludendo l'area di Rovigo, le altre provincie venete registrano una mortalità media tra i pellagrosi del 36,4% (452 casi su 1.242), con punte però di mortalità anche superiore al Polesine per le provincie di Belluno (45,8%, 38 casi su 83), di Vicenza (43,5%, 84 casi su 193) e di Verona (42,5%, 51 casi su 120). Al contrario, le provincie limitrofe alle sedi dei manicomi veneziani (PD, TV, VE), registrano le percentuali di mortalità più basse.

Analoga tendenza la riscontriamo per le morti dovute a cause non riconducibili a pellagra. Le persone provenienti dalle provincie più lontane tendono infatti a morire in misura maggiore, indipendentemente dalla loro diagnosi: 42,9% per Verona, 39,6% per Belluno, 35,9% per Vicenza, a fronte del 29,4% di Venezia, del 33,6% di Padova e del 34,4% Treviso. Ciò indurrebbe a ritenere che le difficoltà e gli stenti legati al viaggio e al trasporto verso il manicomio, incidessero non poco sulla sorte dei malcapitati pellagrosi.

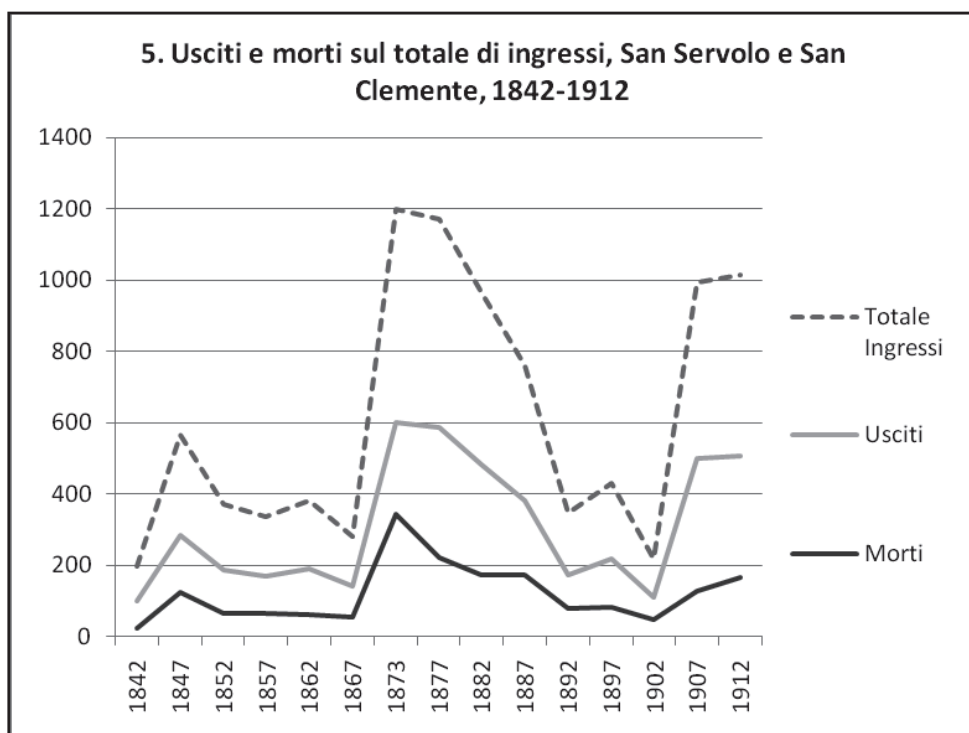
La mortalità media per le persone che provengono da tutte le aree afferenti ai due manicomi, sempre per pellagra, si attesta complessivamente sul 37,1% (586 casi su 1.580). Per ricapitolare, la mortalità dei pellagrosi provincia per provincia vede la distribuzione in percentuale che segue: Belluno 45,8%; Vicenza 43,5%; Verona 42,5%; Venezia 33,3%; Padova 32,9%; Treviso 32,8%.

I pellagrosi che entrano nei due manicomi veneziani vengono inviati per la maggior parte dei casi dai «civici ospedali» locali. Dei 1.580 ingressi di pellagrosi, almeno 1.054 (o quasi il 67%) vengono inviati da strutture sanitarie, per lo più appunto da ospedali, ma anche da istituzioni come

¹⁶ Risulta nuovamente utile il confronto con le descrizioni di C. Bonfigli, op. cit.



5. Usciti e morti sul totale di ingressi, San Servolo e San Clemente, 1842-1912



altri manicomi, case di salute, pellagrosari (anche se il dato reale potrebbe essere però anche maggiore in quanto spesso la cartella clinica vede omessa questa voce). Anche i pellagrosi di origine polesana giungono a Venezia «via ospedale» per il 61% dei casi, mentre gli altri arrivano verosimilmente direttamente dalla loro abitazione.

Gli anni da noi campionati vedono 1.580 ingressi totali collegati alla pellagra; di questi ingressi, le donne coprono il 48%. Il dato risulta tuttavia fuorviante in quanto, come sappiamo, una reale comparazione tra maschi e femmine può essere effettuata solo a partire dal 1872-1873 allorché, con l'apertura del manicomio di San Clemente, diventa possibile confrontare per anni omogenei i dati relativi alle serie storiche di maschi e femmine. Fino al 1872 infatti, abbiamo solo dati riferiti ai maschi.

Ora, i ricoverati per pellagra nel periodo 1872/73-1912 nei due manicomi ammontano a 1.135: di essi ben 759 sono donne, ossia quasi il 67%, contro i 376 maschi (33%). Le donne non solo sono di più: muoiono di più e muoiono prima, come vediamo nel prossimo grafico (grafico 7).¹⁷ Infatti su questi 1.135 ingressi di pazienti pellagrosi, 451 moriranno in manicomio (il 40%). Su tutti questi decessi tuttavia, la componente femminile risulta preponderante con 327 morte su 451, cioè ben il 72.35%. Gli uomini deceduti saranno invece 124, pari al 27.65%. Se andiamo poi ad analizzare l'età delle persone decedute, noteremo come, sul campione generale, l'età media al decesso sia di 47 anni per i maschi e di poco inferiore per le donne, 46.9.

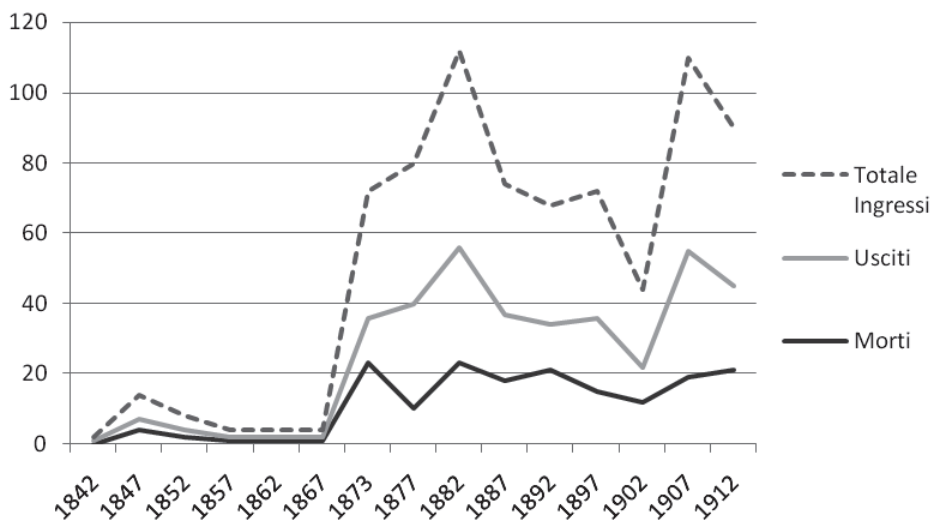
Concentrandoci ora sull'area del Polesine, registriamo per il periodo dal 1872-73 in poi 67 pellagrosi deceduti su 160 persone accolte con la stessa diagnosi, che corrispondono quindi a quasi il 42%. Le donne prevalgono con 44 ricoveri su 67 (65.7%),

mentre i 23 maschi entrati rappresentano il 34.3%. È tuttavia l'età media delle donne decedute a colpire, che nel Polesine risulta pari a 46.8 anni, contro i 51.3 dei maschi. La cifra è in controtendenza rispetto a quanto notiamo nelle altre Province Venete, ove l'età media delle donne decedute per pellagra (243 casi) per lo stesso periodo è di 47.5, mentre per i maschi (94 casi) è di 46.4.

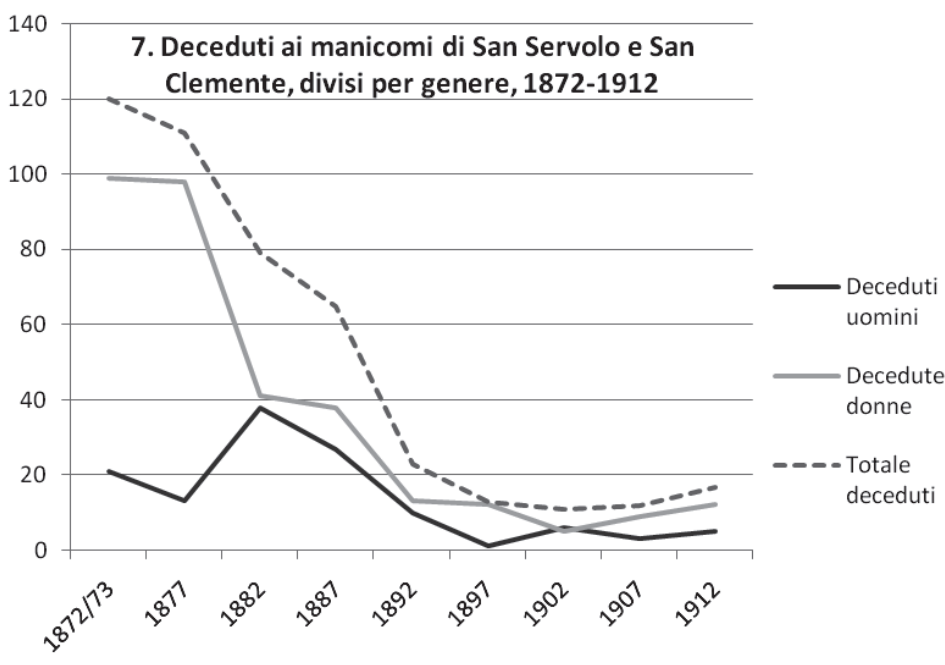
In linea generale, sia per le donne che per gli uomini, la professione esercitata dai polesani pellagrosi ricoverati nei due manicomi veneziani è legata alla terra e alle attività agricole (il 75% dei casi), valore questo coerente con i pazienti pellagrosi provenienti da altre aree (76%). La gran parte dei pazienti affetti da pellagra (885 casi su 1.135, o il 78%) giungono nei due manicomi inviati, come accennato, dall'ospedale o da un'altra struttura locale, mentre il restante 22% (250 casi su 1.135) arriva direttamente da casa o da altra dimora. La mortalità dei pazienti varia sensibilmente in ragione dell'invio: infatti tra i pazienti giunti in manicomio dall'ospedale o da altra istituzione, la mortalità risulta sensibilmente più alta, pari al 42.26% (374 casi su 885), rispetto alle persone inviate senza mediazioni istituzionali, le quali invece muoiono nel 31% dei casi (78 casi su 250). Il *focus* sulla provincia di Rovigo permette di evidenziare che questo *trend* viene confermato ed accentuato: i pellagrosi provenienti da ospedali polesani muoiono in manicomio nel 46% dei casi (46 su 100, dei quali 34 sono donne). I pellagrosi provenienti da altre sedi non istituzionali muoiono invece nel 35% dei casi (21 su 60, di cui 10 sono donne). Questi dati potrebbero suggerire che le dimissioni ospedaliere e il ricovero in manicomio avvenivano spesso in una condizione di *estrema ratio*, ovvero una volta che in ospedale erano stati esperiti tutti i tentativi di cura e di guarigione in senso proprio. Il

¹⁷ Un'acuta indagine sulla pandemia pellagrosa anche in un'ottica di genere viene condotta da MONICA GINNAIO: *Pellagra in late nineteenth-century Italy: effects of a deficiency disease*, «Population», 66: 3/4, 2011, pp. 583-609.

6. Usciti e morti polesani su totale ingressi polesani, San Servolo e San Clemente, 1842-1912



7. Deceduti ai manicomi di San Servolo e San Clemente, divisi per genere, 1872-1912



manicomio fungeva così sia come una sorta di «lungodegenza» o di «*hospice*» per persone in fase terminale o che comunemente necessitavano di periodi di convalescenza più o meno lunghi, sia come luogo di ricovero per i casi più difficili, data la natura spesso violenta della «pazzia pellagrosa».

Se la pellagra poteva destare disturbi mentali particolarmente acuti, la malattia aveva anche un suo ritmo stagionale, che troviamo rispecchiato nella distribuzione dei ricoveri nel corso dell'anno. Questi si concentravano infatti nei mesi estivi, come esito della mono-alimentazione forzata adottata nella lunga stagione invernale. I primi sintomi iniziavano infatti a comparire con l'avvio della bella stagione, segnando un picco nei mesi estivi. Da questo punto di vista, l'andamento dei ricoveri della popolazione pellagrosa polesana, sembrerebbe confermare quanto già ampiamente consolidato in letteratura, ossia la concentrazione dei ricoveri (62%) nei mesi tra aprile e agosto (grafico 8). Se però guardiamo alla differenza di genere, notiamo che, mentre i ricoveri dei maschi tendono a spalmarsi maggiormente nell'arco dei dodici mesi, pur rimanendo evidenti i vertici rappresentati dai mesi estivi, i ricoveri delle donne segnalano invece dei balzi molto più marcati con particolare accentuazione nei mesi tra aprile ed agosto.

La tendenza descritta appare ancora più palese con riferimento ai ricoveri per pellagra nel loro complesso, su entrambi i manicomi, dove vediamo una maggiore uniformità nella distribuzione dei ricoveri maschili e una decisa e secca impennata nei ricoveri estivi delle donne. Una possibile spiegazione dei diversi andamenti di queste curve potrebbe consistere nel fatto che nelle famiglie dei «villici» si tentava, nei limiti del possibile, di assicurare al maschio capofamiglia e lavoratore un regime alimentare costante e regolare. Al contrario, la donna

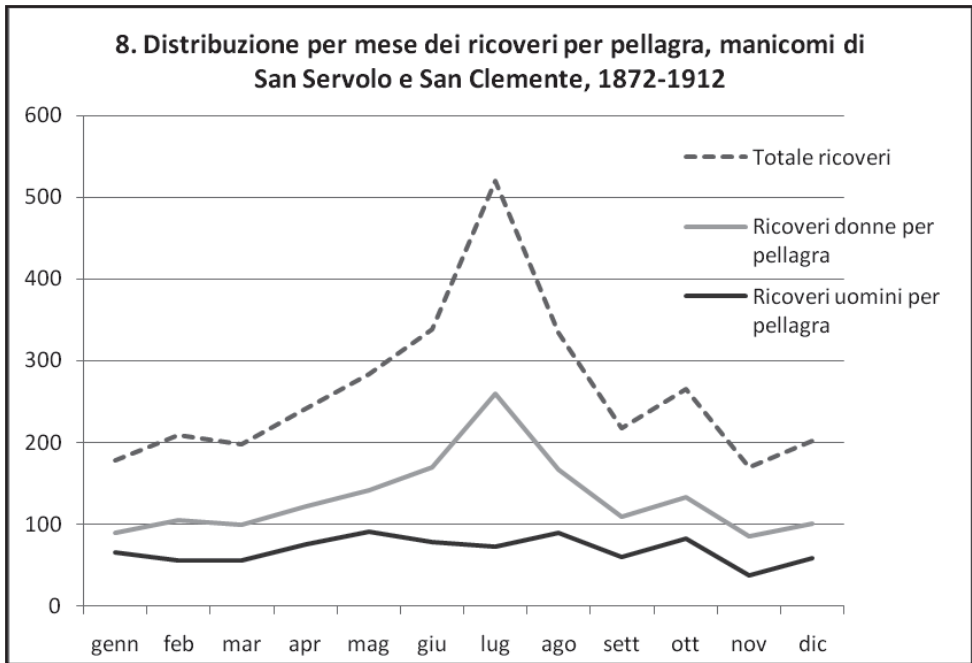
era solitamente quella che per prima sottraeva a se stessa risorse alimentari, per privilegiare i figli e il marito. Questo accadeva nonostante l'aggravio di fatiche a carico della donna fosse anche superiore rispetto a quello dei maschi, in quanto alla donna competevano i lavori domestici e l'allevamento dei figli, quasi sempre accompagnati da una gravidanza o dall'allattamento. Dunque il fabbisogno di niacina nelle donne era addirittura maggiore rispetto ai maschi.

Conclusioni

Già nell'Ottocento si capiva fin troppo bene come la pellagra fosse una malattia della miseria, «che dal turgurio conduce all'ospedale, e da questo al manicomio».¹⁸ In questo nostro contributo ci siamo soffermati proprio su questo passaggio, cioè sul ricovero dei pazienti pellagrosi del Polesine nei due manicomi veneziani di San Servolo (uomini) e San Clemente (donne). I dati che abbiamo elaborato confermano molte delle considerazioni già consolidate dalla letteratura sulla pellagra, anche se emergono alcune specificità significative riguardanti il Polesine. Queste terre sono state falciate con particolare virulenza dalla pandemia e hanno rappresentato, all'interno di un mondo rurale in ogni senso già fortemente deprivato, una sorta di *enclave* ancora più vulnerabile e desolata.

Cosa ci dicono i nostri dati? Nel contesto dei due manicomi per le provincie venete, i pazienti affetti da pellagra rappresentano una significativa minoranza sul totale dei pazienti ricoverati, in una misura che si aggira pressoché costantemente attorno ad un terzo per i maschi, mentre per le donne l'incidenza è leggermente superiore e talvolta - per esempio tra il 1877 e il 1882 - si avvicina e supera la metà. Su un totale di 5.707 ingressi (4.778 ingressi al netto delle recidive), l'area di Rovigo ne ha inviati

¹⁸ *La pellagra in Italia*, op. cit., p. 194.



Isola di San Servolo, Venezia, già Ospedale psichiatrico

464 (394 senza recidive), in una percentuale dell'8,2%, di cui quasi un terzo pellagrosi (31,2%).

Ma succede spesso che arrivano troppo tardi in manicomio. Mentre un terzo (33.5%) dei degenti muore nei due manicomi veneziani e due terzi vengono dimessi, la percentuale di deceduti tra i pazienti polesani sale invece al 39.2%. Questa vulnerabilità appare confermata se guardiamo ai dati riferiti alla sola pellagra: i polesani entrati nei manicomi veneziani affetti da pellagra muoiono nel 41.8% dei casi, mentre escludendo il Polesine, le altre provincie venete registrano una mortalità media tra i pellagrosi del 36.4%.

Ma i dati che colpiscono di più riguardano le pellagrose ricoverate: non solo sono di più, ma muoiono di più e muoiono più giovani. Per il periodo dal 1872-73 in poi, quando sono in funzione i manicomi per ambedue i sessi, sui 160 pazienti polesani ricoverati per «mania pellagrosa», ne muoiono 67, di cui 44 donne e 23 uomini. Di questi, l'età media delle femmine è di 47 anni, mentre quella dei maschi è di 51. L'alta mortalità è dovuta in parte alla prassi degli ospedali civici di riferire i loro casi più

difficili ai due manicomi veneziani: infatti i pellagrosi provenienti da ospedali polesani muoiono in manicomio nel 46% dei casi (46 su 100, dei quali 34 sono donne), una cifra leggermente più alta rispetto alle altre provincie venete.

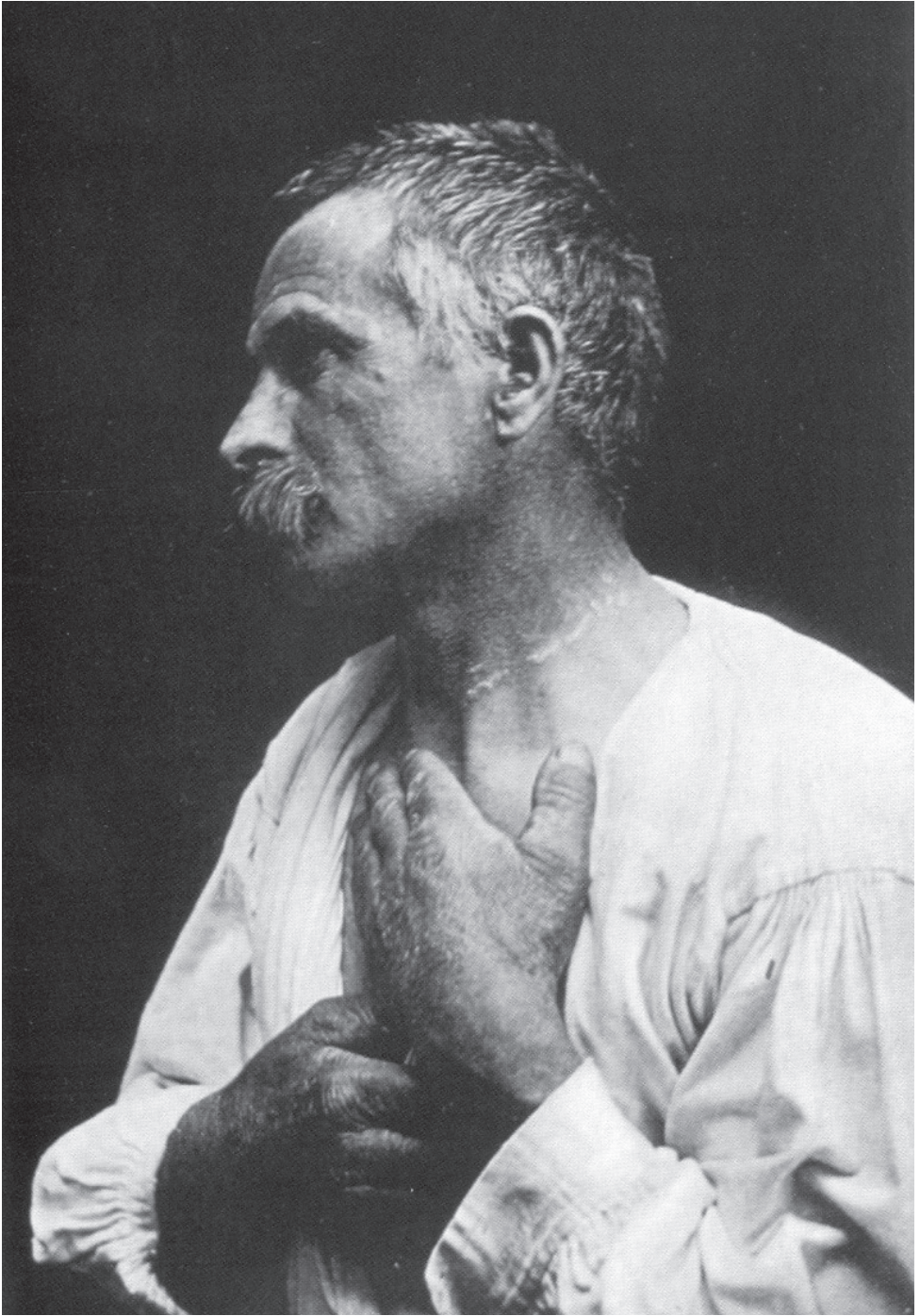
In una terra che vede le persone morire per pellagra con maggiore frequenza che altrove, anche in rapporto allo stesso Veneto, sono le donne – strette tra lavoro dei campi, lavoro domestico, allevamento e cura dei figli, continue gravidanze e allattamenti - a pagare un prezzo altissimo alla pandemia, ammalandosi e morendo in gran numero in un'età, secondo i nostri standard, ancora giovane. Il ruolo delle istituzioni sanitarie, in questo senso, sembra scarsamente incisivo e poco protettivo. Come abbiamo visto, le persone pellagrose ricoverate nei manicomi veneziani e provenienti direttamente da casa avevano maggiori possibilità di cavarsela. Sembra inoltre che le donne, guardando l'andamento dei ricoveri su base stagionale, arrivassero alla scelta della istituzionalizzazione solo quando erano veramente allo stremo delle forze. In quanto fulcro della vita familiare, esse non potevano privare gli altri membri della famiglia della loro presenza e del loro lavoro.

David Gentilcore

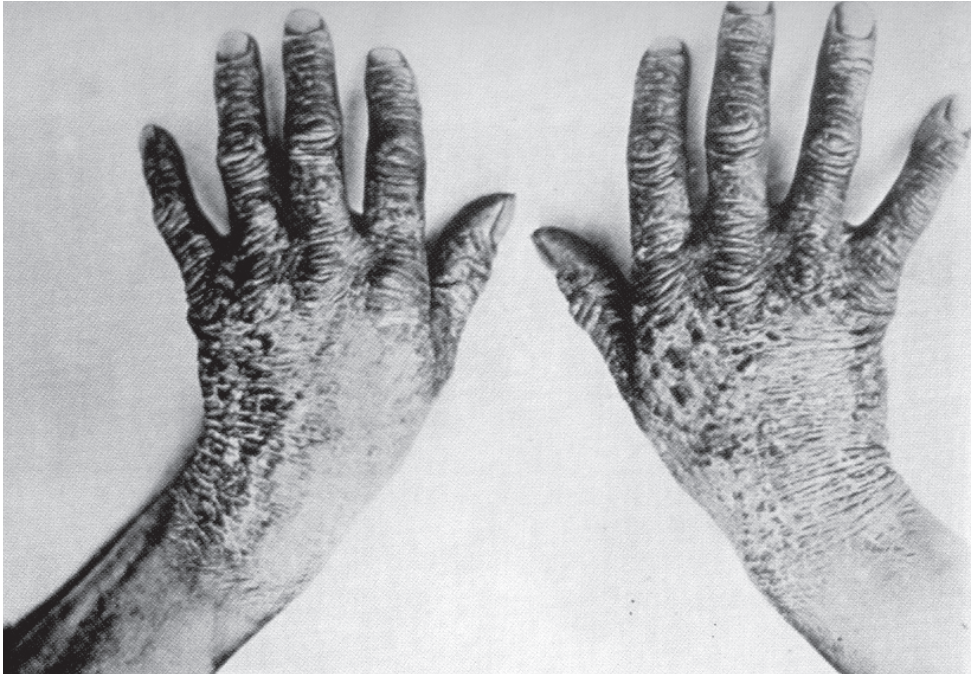
*Ordinario di storia moderna alla University of Leicester e
ricercatore responsabile del progetto sulla Pellagra in Italia (1750 - 1930)*

Egidio Priani

*Assistente ricercatore al medesimo progetto
promosso dall'Università di Leicester*



I primi sintomi della pellagra



Pellagra al dorso delle mani



Pellagra al dorso dei piedi



G. Mentessi - *Panem nostrum quotidianum* - Ferrara, Galleria Civica d'Arte Moderna