

tab. G - Esportazioni in migliaia di lire nella dogana di Ancona (esclusi metalli preziosi)

	anni	lire	posizione in Italia	Valori divisi per categorie di merci in migliaia di lire		differenza
				1913	1914	
1	1911	7.573	11°	306	397	+ 91
2	1912	10.510	11°	92	127	+ 35
3	1913	9.946	11°	1.239	1.651	+ 412
4	1914	8.728	11°	7	-	- 7
5			4°	869	611	- 58
6			5°	35	22	- 13
7			4°	13	127	+ 144
8			4°	1.319	929	- 390
9			4°	350	102	- 248
10			5°	222	115	- 107
11			5°	1.745	1.646	- 99
12				69	91	+ 22
13				58	8	- 50
14				1.691	750	- 941
15						
16				1.229	1.570	+ 341
17				516	398	- 118
18				186	184	- 2

La pazzia pellagrosa nel manicomio di Santa Margherita in Perugia (1880-1910)

di Stefano De Cenzo

Premessa. Il male pellagroso che ha colpito le campagne dell'Italia settentrionale e centrale lungo il diciannovesimo secolo sino ad arrivare, in alcune zone, alla vigilia del primo conflitto mondiale, può essere osservato da differenti angolazioni. La scelta di privilegiare, come terreno d'indagine, quello economico e sociale ha avuto il merito di cogliere i nessi che presiedono ad un tale sconvolgimento dell'esistenza contadina¹. Contemporaneamente la verifica del tipo di risposta che il neo Stato unitario ha dato alla pellagra nel suo complesso ha assunto non minore significatività dal punto di vista storiografico². In particolare l'aver posto attenzione al legame tra follia e pellagra ha ampliato il campo di ricerca ponendo in primo piano la sofferenza mentale, i meccanismi che ne favoriscono lo sviluppo e l'insieme di norme sociali e pratiche terapeutiche destinate ad un suo controllo e superamento³. In Italia la diffusione di pellagra coincide temporalmente con la nascita della scienza psichiatrica⁴, ciò significa che la follia pellagrosa, date le sue dimensioni e nonostante la sua specificità, ha rappresentato per gli alienisti italiani un ottimo banco di prova sul quale sperimentare la nuova disciplina via via che essa andava definendosi.

L'Umbria, insieme alle Marche della fascia montana, costituisce la parte del mondo mezzadrile che più di ogni altra viene colpita dal «mal della rosa». Sta a testimoniare, oltre alle statistiche ufficiali⁵, la quantità di scritti di vario genere ad opera di medici, proprietari terrieri, ecc., che osservarono direttamente la triste vicenda⁶. Il 28 settembre 1824 veniva inaugurato a Perugia il manicomio provinciale⁷ che in futuro avrebbe accolto tantissimi pellagrosi. Pertanto anche nella provincia umbra, seppure con qualche ritardo, la follia pellagrosa si conferma un ottimo campo di osservazione per gli alienisti.

La possibilità di accedere all'archivio dell'ex manicomio provinciale di Santa Margherita⁸ ha rappresentato lo stimolo giusto per intraprendere questo lavoro il cui duplice scopo è, da un lato, quello di fornire una fonte utile alla ricostru-

zione più generale del fenomeno nell'intera Umbria e, dall'altro, quello di cogliere, se possibile, gli elementi chiave che compongono, all'interno delle mura manicomiali, il dramma della follia pellagrosa.

1. *Zone e tempi di diffusione.* Il manicomio provinciale di Santa Margherita accoglie i primi due pellagrosi nel triennio 1855-1857. Si tratta di un uomo ed una donna che alla pellagra devono, appunto, la loro insania. «Il primo sottile possidente e in alcuni anni anche bisognoso [...]», abitante «[...] di un colle lungi presso a venti miglia della città [...]»; la seconda «[...] poverissima contadina [...]» proveniente dalle «[...] stesse piagge suburbane». Entrambi «finirono egualmente colla morte»⁹.

L'elemento di novità e, nel contempo, di preoccupazione si evince dalle annotazioni del medico primario Francesco Bonucci: «Fra le cause fisiche accade che motiviamo pure la pellagra, la quale non aveva mai per innanzi tradotto alcun infermo nel nostro manicomio; né alcun medico rammenta che ai tempi scorsi il lurido male si appigliasse per le liete campagne dei nostri contadi. [...] ma pare veramente che voglia esso procedere e dilatarsi, e che mentre altri mali hanno dileguato e dileguano dall'umana famiglia, debba questa patirne dei nuovi, ed avere in ogni suo tempo ed età, qualità e morbi particolari»¹⁰.

Nei tre anni successivi (1858-1860) i casi di pellagra ricoverati salgono a sette (6 nuovi ammessi, più un recidivo), per scendere a uno negli anni 1861-1863 e tornare nuovamente a sette nel periodo 1864-1866¹¹. Venendo a mancare i dati per il triennio 1867-1869 l'orizzonte si apre direttamente sul nuovo decennio, che segna la definitiva affermazione del fenomeno: 12 casi nel 1870-1872, 34 nel 1874-1876, 204 nel quadriennio 1877-1880¹².

La fase di scoperta della nuova malattia è caratterizzata non solo dalla esiguità delle cifre ma anche da dubbi ricorrenti intorno alla sua eziologia. Per Bonucci, che pure si interroga in questo senso, non esistono ancora spiegazioni plausibili sulla diffusione della pellagra¹³ mentre Giuseppe Neri, cui si deve la relazione statistico-clinica per il triennio 1870-1872, evita qualsiasi commento in proposito¹⁴. Non si esprime ancora un'ansia classificatoria e ci si limita a collocare la pellagra tra le tante e possibili cause fisiche della pazzia.

E' a partire dal triennio 1874-1876, sotto la direzione di Roberto Adriani, che la fase di scoperta può dirsi conclusa. Lo testimoniano due fatti significativi. Innanzi tutto le cifre - 32 casi, che rappresentano l'11,2% del totale ricoveri -; in secondo luogo la presenza, ex-novo, nelle tavole statistiche di una voce sotto la quale raccogliere i casi di pazzia dovuti alla pellagra: frenosi pellagrosa, appunto¹⁵. Si è, in buona sostanza, di fronte ad un fenomeno assai simile

a quello indicato da Massimo Ferrari per il manicomio di San Lazzaro di Reggio Emilia, ove la crescita oggettiva della malattia si accompagna ad un affinamento nella capacità dei medici di riconoscerla e di classificarla¹⁶.

Che la situazione sia cambiata in peggio, lo confermano gli avvenimenti del 1880. Nel corso dell'anno, infatti, il Santa Margherita accoglie 89 casi di pazzia pellagrosa (10 sono recidivi) su un totale di 209 ricoveri (42,6%). Ma non è tutto. Contemporaneamente Roberto Adriani riferisce all'Accademia medico-chirurgica di Perugia sulla diffusione della pellagra nelle campagne umbre, dipingendo un quadro tutt'altro che rassicurante¹⁷. Curiosamente tutto questo avviene in controtendenza rispetto ai risultati fatti registrare, appena un anno prima, dall'inchiesta nazionale¹⁸, anche se l'ormai accertata scarsa attendibilità dei dati del 1879 induce a considerarli con molta cautela anche sul piano puramente tendenziale, soprattutto se riferiti alle zone di più recente diffusione come, appunto, la provincia umbra¹⁹. Anche se il risultato del 1880, in termini percentuali, si ripeterà soltanto alla fine del secolo - e resta in effetti un punto interrogativo -, il decennio che si chiude con il 1889 vede la frenosi pellagrosa come patologia ormai acquisita che interessa, anche se con qualche forte oscillazione, circa un quinto della popolazione manicomiale²⁰. Tra 1890 e 1897 compreso, il rapporto tra casi di pazzia pellagrosa e alienazioni totali sale circa ad un quarto, pur aumentando entrambi in valore assoluto. La crescita della popolazione manicomiale nel suo complesso è resa possibile dal progressivo ampliamento della struttura che si fa più incisivo a partire dalla seconda metà degli anni ottanta²¹.

La fase esplosiva si apre con il 1898: 210 ricoveri, di cui 173 per la prima volta, a causa della pellagra, pari al 45% del totale. E' questo in assoluto l'anno record nel quale si raggiungono vette mai toccate in precedenza, né più ottenibili in futuro. Tuttavia il tristissimo fenomeno è ben lungi dall'esaurirsi, se ancora nel 1907 il rapporto tra le alienazioni pellagrose e quelle totali si attesta intorno al 25% e i nuovi casi sono 87. Quindi, improvvisamente, nell'anno successivo, il crollo: i ricoveri scendono a 51, di cui solo 32 non recidivi, pari a meno del 10% del totale; un dato che rimanda a prima del 1874, alla fase di scoperta, e che trova un'indiscutibile conferma negli anni successivi. Soltanto 22 nuovi casi nel 1910, mentre tra il 1911 e il 1912, considerando anche le recidive, si contano appena 220 ricoveri²².

Il fenomeno pellagroso, tanto in generale quanto nei suoi esiti mentali, non sembra coinvolgere allo stesso modo l'intera Umbria. Esistono zone fortemente colpite ed altre quasi del tutto immuni. Il riferimento va soprattutto alla contrapposizione tra il territorio oggi compreso nella provincia di Perugia e quello

compreso nelle attuali province di Terni e Rieti²³, ma anche alle notevoli differenze al loro interno. Il *colle-piano* di Perugia e quello del Trasimeno, la *subappenninica* della Valle del Tevere e quella di Gubbio, sono le zone agrarie in assoluto più colpite²⁴, mentre tra i comuni emergono tristemente Lisciano Niccone, Montone, Perugia, Passignano, Valfabbrica, Città di Castello, Umbertide, Gubbio, Tuoro, Torgiano, Corciano e Magione.

Evidentemente nel considerare dati relativi ai soli pellagrosi ricoverati nel Santa Margherita non si può non tenere conto di alcuni elementi. In primo luogo della diversa capacità di attrazione della struttura manicomiale, inversamente proporzionale alla distanza che la separa dal luogo di residenza del malato; secondariamente della possibile attrazione esercitata da manicomi presenti nelle province confinanti²⁵ e, infine, della probabile presenza di pellagrosi in cattive condizioni mentali, ma ciò nonostante liberi.

Ribadendo, cautelativamente, il carattere di parzialità della fonte è da precisare, tuttavia, che le indicazioni relative alla distribuzione territoriale della pazzia pellagrosa non sono affatto in contrasto con quelle che si ricavano dal materiale edito all'epoca (censimenti, relazioni statistiche, ecc.). Quanto ai motivi che stanno a monte di tale distribuzione non è facile delinearli con i pochi elementi di cui si dispone. Se, a prima vista, il binomio pellagra-miseria non sembra funzionare - in base al carico di bestiame per ettaro di superficie agraria e forestale²⁶, al 1890, i venti comuni più colpiti dalla pellagra non coincidono in alcun modo con i venti più poveri dell'intero territorio provinciale - ciò, tuttavia, non deve trarre in inganno. L'agricoltura umbra è caratterizzata, nel periodo in riferimento, da arretratezza generale e il fatto che si operino distinzioni tra comuni più o meno ricchi non deve far perdere di vista il quadro di riferimento globale. Il valore medio del carico di bestiame per ettaro, nell'intera Umbria al 1890, è pari a 92,1 chilogrammi²⁷. Si potrebbe osservare che se il peso medio di un bue da lavoro è calcolabile all'epoca intorno ai 730 kg²⁸, ciò si tradurrebbe in un bue ogni otto ettari di terreno circa: uno ogni quattro nelle zone più «ricche». Un'ipotesi del genere, tuttavia, prevede che il carico si identifichi con i soli buoi da lavoro (escludendo pertanto il possesso di qualsiasi altro animale), diversamente la superficie servita da un solo bue aumenterebbe sensibilmente.

In buona sostanza non è il legame miseria-pellagra in se stesso ad essere negato, ma la sua generalizzazione, poiché è soprattutto all'alimentazione che si deve fare riferimento. Le fonti edite descrivono una generale diffusione di granoturco nelle campagne di tutta l'Umbria e di conseguenza una sua prevalenza nel vitto della famiglia contadina²⁹, ma il diverso grado di presenza della ma-

lattia nel territorio è ormai acquisito e non soltanto per i dati manicomiali. La soluzione del dilemma sta probabilmente all'interno delle singole aree locali e va ricercata a partire dagli assetti colturali, dai meccanismi che determinano la ripartizione dei prodotti della terra ed anche nella presenza di fattori esterni in grado di mutare il reddito contadino e, in conseguenza, anche il regime alimentare³⁰.

2. *I frenetici pellagrosi e la loro sorte.* Lo spoglio della documentazione clinica³¹ consente di tracciare il profilo umano e sociale del pazzo pellagroso e nello stesso tempo di ricostruire le tappe principali della sua vicenda entro le mura manicomiali. Il carattere rurale della malattia trova conferma, se mai ve ne fosse bisogno, nella professione esercitata da ciascun alienato prima di essere ricoverato. Si è di fronte, nella quasi totalità dei casi, ad agricoltori e per di più assolutamente poveri³². Contemporaneamente, però, resta difficile distinguere tra le varie figure sociali che compongono la popolazione attiva in agricoltura. Trattando di una realtà mezzadrile, è facile prevedere la prevalenza dei mezzadri³³ ai quali va ad aggiungersi una quota consistente di braccianti. Le difficoltà sorgono eventualmente nell'accettare o meno questa separazione che, con molte probabilità, risponde più a criteri classificatori che a realtà di fatto. Non che si voglia negare l'esistenza, nelle campagne umbre, di queste due figure distinte, ma molto semplicemente si tratta di un invito a considerare con cautela la fonte, tanto più che la totale, riconosciuta, condizione di povertà sembra mettere tutti sullo stesso piano. Ed è proprio la miseria ad accomunare gli alienati pellagrosi, anche quelli che non svolgono, come prima attività, quella di contadino. E' infatti presumibile che muratori, operai e artigiani, che peraltro sono in numero modestissimo, siano fortemente legati al mondo rurale per non parlare delle donne, classificate come attendenti ai lavori domestici, quasi certamente mogli di contadini.

La pazzia pellagrosa, stando almeno ai dati del Santa Margherita, non si caratterizza come una patologia legata ad un sesso piuttosto che all'altro ed anzi negli anni 1880-1910 la distribuzione per sesso dei nuovi casi tende all'identità (1056 uomini, 1051 donne). Questa indicazione è in leggero contrasto con quanto osservato e registrato dai direttori di allora, anche se poi immediato è il riscontro a proposito di una sfasatura tra i due sessi in relazione alle classi di età³⁴. La pellagra provoca follia soprattutto in età media ed avanzata, assai raramente al di sotto dei 21 anni e con scarsa frequenza non oltre i 30, ma mentre le donne cominciano ad essere ricoverate in modo più consistente a partire dal trentunesimo anno di età, negli uomini lo stesso fenomeno subisce un ritardo decennale.

Le porte del manicomio, pertanto, si aprono, senza alcuna discriminazione, davanti a uomini e donne. Ma identica è anche la sorte che li attende? Pare proprio di sì: è piuttosto l'età, unita alle condizioni di salute registrate all'ingresso, a determinare i possibili esiti. La drammaticità della follia pellagrosa sta tutta nelle cifre che seguono. Il 42% degli individui ricoverati muore in manicomio, il 14%, una volta accertatane la cronicizzazione, viene trasferito in ricoveri di mendicizia³⁵, mentre soltanto il 44% viene finalmente dimesso.

Il dato sulla mortalità assume toni ancora più cupi se si considera che il 24% dei ricoverati muore prima che sia trascorso il secondo mese di degenza. Naturalmente esistono differenze: il rischio di morte è direttamente proporzionale all'età del malato ma dipende soprattutto dal grado di avanzamento della malattia e dalle forme che essa ha assunto. Il tifo pellagroso, «una speciale riaccutizzazione del processo morboso», che attacca «specialmente i soggetti che da vari anni soffrono di pellagra e presentano avanzato deperimento organico»³⁶, ad esempio, non lascia scampo. La fase terminale della malattia, nota comunemente con il nome di demenza pellagrosa³⁷, porta alla morte in quasi il 60% dei casi.

Se la demenza è fortemente, anche se non esclusivamente, legata all'età, lo stesso non può dirsi per il tifo, che si manifesta in soggetti con età comprese tra i 21 ed i 70 anni. La rilevazione delle cause di morte contribuisce assai incisivamente a dare un'immagine dei terribili guasti, fisici e psichici, prodotti dalla pellagra. Generalmente il decesso, se si escludono i casi registrati semplicemente come logico compimento della fase terminale, sopraggiunge per danni al sistema nervoso o all'apparato digerente, ma talvolta entrano anche in gioco l'apparato cardiocircolatorio e quello respiratorio, né possono escludersi guasti del sistema urinario o di altro genere. D'altra parte informazioni di questo tipo sono facilmente riscontrabili nei trattati medici dell'epoca³⁸.

Il trasferimento di un consistente numero di malati in ricoveri per cronici rappresenta, in effetti, un aspetto ancora più significativo della stessa elevata mortalità. Simmetricamente a quanto già rilevato a proposito dei decessi, il rischio di cronicizzazione è direttamente proporzionale all'età del malato, ma dipende notevolmente anche dal grado di progressione della malattia.

Coloro che giungono in manicomio già in fase terminale hanno ben poche possibilità di salvezza: o la morte (57% dei casi) o il trasferimento (38%). Esiste, tuttavia, un altro fattore, rappresentato dal tempo di permanenza in manicomio, che molto probabilmente agisce favorendo la cronicizzazione. Se è vero infatti che oltre il 50% dei trasferimenti ha luogo entro i primi sei mesi di degenza è altrettanto vero che poco meno del 30% di essi si verifica a partire dal

secondo anno. Ci si potrebbe chiedere se, relativamente a questo 30%, sia realmente il protrarsi del ricovero manicomiale a produrre, o quanto meno a favorire, il processo di cronicizzazione o piuttosto sia esso stesso l'effetto di un degrado mentale preesistente che rende vana qualsiasi azione terapeutica. In realtà si tratta di un falso problema, dal momento che, sia che la si giudichi nociva o semplicemente inefficace, l'azione terapeutica manicomiale mostra tutti i suoi limiti, in modo particolare nei confronti della patologia pellagrosa.

Demenza e morte, dunque, lasciano poche possibilità ai frenetici pellagrosi, ma esiste pur sempre un 44% dei ricoverati che, con tempi e modalità differenti, viene dimesso. Si tratta di persone realmente guarite?

Una varietà notevole di formule sta ad indicare il motivo di dimissione del malato: guarito, migliorato, non verificata alienazione, dimesso su richiesta e garanzia dei parenti, dimesso in via di prova o di esperimento, dimesso nel periodo di intermissione, affidato all'assistenza domestica, ecc. A fianco di motivazioni a carattere medico se ne trovano altre a carattere legale aventi lo scopo di sollevare la direzione del manicomio da qualsiasi responsabilità futura sul comportamento dell'ex paziente³⁹.

La presenza di un alto tasso di recidività (su 2755 ricoveri per pazzia pellagrosa ben 648 sono i casi di recidiva) unita, purtroppo, alla impossibilità di indagare su di essa al fine di stabilire quanti tra i guariti possano realmente considerarsi tali non avendo più rapporti con il manicomio, induce piuttosto a parlare di temporaneamente sopravvissuti. Anche in questo caso l'età e il grado di evoluzione della malattia esercitano un'influenza decisiva, ma naturalmente il rapporto è a proporzionalità inversa. Per la prima volta il sesso sembra assumere un ruolo discriminante dal momento che mentre per le donne gli esiti, per così dire, favorevoli rappresentano il 47% dei casi, al contrario per gli uomini non raggiungono il 41%.

3. *La questione eziologica e terapeutica.* La durezza delle cifre, già di per sé eloquente, va comunque messa in relazione con la risposta terapeutica che gli alienisti operanti nel Santa Margherita vollero e furono in grado di dare. L'adesione di Roberto Adriani⁴⁰, prima, e di Cesare Agostini⁴¹, poi, alla teoria lombrosiana è evidente, ma non necessariamente si traduce in un occultamento della dimensione sociale della malattia⁴². In particolare Adriani coglie lucidamente l'essenza della questione pellagrosa, e così facendo, si allinea sulle posizioni dei proprietari terrieri umbri più illuminati⁴³.

A suo avviso è assolutamente necessario aumentare la produttività dei terreni anche limitando la coltura maidica che dovrebbe essere mantenuta soltanto

nelle zone dove «torna più ricca e più prospera»; ma soprattutto si deve migliorare il regime alimentare dei contadini, introducendo nuove colture, quali, ad esempio, la patata, e sviluppando l'allevamento del bestiame. Infine sferra un duro attacco agli affittuari speculatori, accusandoli di sostituirsi al legittimo proprietario senza preoccuparsi altro che del proprio profitto così da aggravare decisamente la già pesante situazione del colono⁴⁴.

Si è di fronte ad una strenua quanto appassionata difesa del patto mezzadrile e dell'equilibrio sociale che su di esso si è fondato.

Cesare Agostini si dimostra più generico e meno attento ai nessi economici sottostanti: per lui la pellagra è soprattutto una questione di mais ammuffito che proviene nella maggior parte dei casi da zone extra-provinciali⁴⁵. Forse, alla luce di tali posizioni, non è troppo azzardato supporre che la tenace difesa della società mezzadrile, il cui equilibrio in alcune zone rischia bene o male di incrinarsi a causa di un dramma di così vaste proporzioni, sia condotta anche su di un piano puramente simbolico, scaricando le colpe dell'esistente contemporaneamente sul nemico esterno, il mais forestiero, e su quello interno, il borghese affittuario, potenzialmente più pericoloso.

All'interno delle mura manicomiali, tuttavia, il dramma del pellagroso perde gran parte della sua specificità e unendosi a quello degli altri reclusi introduce con forza il problema della curabilità del folle. Nel 1875, esattamente ad un anno di distanza dalla nomina di Adriani alla direzione del Santa Margherita, vede la luce, grazie al contributo della scuola psichiatrica di Reggio Emilia, la «Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale», diretta da Carlo Livi. La giovane psichiatria italiana, conclusa la fase più propriamente pionieristica avviata dalla scuola lombarda, soprattutto nella persona di Andrea Verga, ha finalmente definito il suo orizzonte metodologico e di ricerca, nel quale «alla rigorosa applicazione del metodo clinico» si unisce l'indagine anatomopatologica⁴⁶.

Sia Adriani che Agostini, in seguito collaboratori della citata rivista, si muovono entro queste coordinate. L'inganno che subisce il contadino pellagroso ricoverato in manicomio è duplice poiché alla menzogna della teoria tossicozeista⁴⁷ si aggiunge la totale inefficacia della pratica psichiatrica.

Corredato da un modulo informativo⁴⁸ che traccia la sua anamnesi, egli viene accolto nel luogo istituzionalmente deputato al suo recupero fisico e mentale e subito sottoposto ad una serie di esami al fine di delineare una diagnosi e la conseguente prognosi.

Si inizia con l'esame somatico «in virtù del principio, che la mente non è che una funzione dell'intero organismo, e quindi che la presenza di particolari e

molteplici deviazioni dal tipo normale, non può non essere in rapporto con qualche difetto o anormalità della stessa»⁴⁹. I caratteri morfologici generali quali la statura, il peso, il cranio, il volto, il tronco, gli arti vengono attentamente osservati e dove possibile sottoposti a misurazione.

Si cercano le note antropologiche degenerative «che sono d'indiscutibile importanza per determinare, colla loro molteplicità e gravità, il grado dell'anomalia costituzionale del malato in esame»⁵⁰. In quest'ottica, fortemente permeata di spirito lombrosiano, Cesare Agostini mostra estrema attenzione nei confronti dei figli dei pellagrosi. A suo avviso l'intossicazione maidica dei genitori, e in modo particolare della madre nel corso della gestazione e dell'allattamento, provoca nei figli note degenerative (idiozia, nanismo, sterilità, distrofia, ecc.) con notevoli conseguenze sul livello generale di salute della popolazione e gravi danni sul piano economico e sociale⁵¹. L'esame fisico dell'alienato si conclude con gli aspetti più propriamente fisiologici: circolazione, funzioni secretorie, ecc. Estrema importanza assume quello psichico nel quale, ad una prima fase nella quale il medico osserva il malato in relazione al contegno, all'espressione fisiognomica, all'atteggiamento generale, al linguaggio ed alla condotta, se ne aggiunge una seconda che, attraverso l'interrogazione diretta del paziente, tenta di stabilirne il grado di alterazione psichica⁵².

L'ormai acquisita conoscenza della patologia pellagrosa unita a forte necessità di classificazione, ricollegabile alle esigenze della nuova scienza psichiatrica, alimenta il dibattito intorno all'aspetto diagnostico. Si discute se la pellagra provochi una forma di alienazione propria, l'amenza, o se al contrario la pazzia che da essa deriva possa assumere forme diverse e talvolta opposte come, ad esempio, la mania o la melanconia⁵³. Le cartelle cliniche del Santa Margherita forniscono un aiuto limitato poiché in più della metà dei casi la formulazione della diagnosi è generica (frenosi pellagrosa), tuttavia, quando ciò non avviene, prevalgono di gran lunga le forme della demenza e della melanconia contrariamente all'amenza e, in modo particolare, alla mania, che occupano uno spazio decisamente ridotto.

L'eziologia, ovvero la ricerca delle cause che innescano il disturbo mentale, mostra anch'essa tutta la sua valenza ideologica. La pellagra genera direttamente la follia o vi concorrono altre cause? Esiste realmente un rapporto di causa ed effetto tra i due termini o si tratta più semplicemente di sovrapposizione? Gli psichiatri rispondono a queste domande con una ulteriore azione classificatoria distinguendo tra cause predisponenti e cause determinanti.

Per Adriani la pellagra agisce sicuramente come causa occasionale, ma inse-

rendosi in un tessuto già predisposto da fattori tra i quali prevalgono la miseria, la recidività e l'ereditarietà⁵⁴.

Cesare Agostini, particolarmente sensibile alla necessità di una classificazione delle malattie mentali, definisce a sua volta la pellagra come causa determinante a monte della quale operano soprattutto l'ereditarietà, che indica non tanto la trasmissione di padre in figlio di una stessa malattia, ma piuttosto di una «predisposizione morbosa che può interessare i vari tessuti, i vari sistemi, i vari organi»: la degenerazione, ereditata o acquisita, che rappresenta «la regressione dal grado di evoluzione psichica ed organica raggiunto nel momento storico che si attraversa e nell'ambiente in cui si vive», ed infine la mancanza di una corretta educazione⁵⁵.

Il profilo eziologico dei pellagrosi ricoverati nel Santa Margherita, tracciato nei moduli informativi, mostra una sostanziale aderenza ai criteri adottati dalla direzione del nosocomio. Anche se, ed è giusto ricordarlo, si tratta di moduli prestampati o comunque stesi in base ad un modello riconosciuto. Il medico compilatore poteva comunque decidere di selezionare ed evidenziare parte delle informazioni raccolte, non esistendo la distinzione tra cause predisponenti ed occasionali, ma quella tra fisiche e morali.

Rispetto alle prime si segnala innanzi tutto il regime alimentare del malato, che può essere scarso e poco nutriente, a base di mais o piuttosto fatto in prevalenza di mais guasto. Si tratta evidentemente di giudizi differenti, frutto non tanto di realtà ineguali, quanto, più probabilmente, di diverse concezioni eziologiche che meriterebbero un'indagine più approfondita.

A fianco di risposte legate prevalentemente all'aspetto alimentare si trovano continui riferimenti alla povertà ed in modo specifico al degrado delle abitazioni, alle fatiche eccessive e, per le donne, allo strapazzo conseguente alle frequenti gravidanze ed allattamenti. Spesso l'argomento eziologico viene risolto menzionando esplicitamente la stessa pellagra, anticipando in ciò la diagnosi dell'alienista, anche se si danno casi nei quali la presunta pellagrosità del malato viene successivamente smentita.

Nel campo delle cause morali si trova buona parte della tipologia indicata nei trattati di psichiatria dell'epoca, ovvero i dispiaceri affettivi e quelli finanziari: la gelosia, l'amore, ma anche lo spavento, la perdita di un proprio caro, una lite, la chiamata del figlio alla leva militare. Si può impazzire per un cattivo raccolto, ma anche per la morte di una vacca, per l'indebitamento e l'escomio dal podere. Al di là del filtro che il medico chiamato a tracciare il profilo anamnestico può operare, traspare, inequivocabilmente, l'immagine di una condizione umana estremamente compromessa, nella quale ben più dell'aspetto della

folia domina quello della miseria, dello sfruttamento e della disperazione.

La questione terapeutica rimanda, ancora una volta, e inevitabilmente, alle vicende della psichiatria italiana ed europea. Le direzioni prima di Adriani e poi di Cesare Agostini riflettono il momento travagliato che attraversa la «psichiatria italiana di fronte al fallimento del progetto di cura manicomiale»⁵⁶. La riforma di Griesinger, colui che nella seconda metà dell'Ottocento alla luce della sconfitta del progetto pineliano riesamina il concetto stesso di curabilità del folle, si scontra in Italia con l'assoluta necessità di migliorare le condizioni di vita all'interno dei manicomi. Non deve perciò sorprendere il fatto che Carlo Livi, una delle personalità più autorevoli della psichiatria italiana, sostenga entusiasta il «più ambizioso progetto di istituzione terapeutica per alienati: il manicomio a villaggio»⁵⁷. Si tratta di una «specifica tipologia asilare» che meglio di ogni altra coglie «l'essenza stessa dell'idea manicomiale», ovvero «la creazione di una microcomunità autonoma e autosufficiente, concepita secondo i parametri di una società ideale di normali» e dove possa appieno realizzarsi il «modello clinico e neuropatologico»⁵⁸. Soltanto successivamente, in seguito al fallimento del tentativo di ospedalizzare il manicomio, anche la psichiatria italiana approderà a Griesinger, propugnando la separazione tra manicomio urbano di cura per malati acuti e sezioni periferiche per incurabili⁵⁹.

A fine Ottocento il Santa Margherita, con la sua struttura a doppio villaggio e le sezioni distaccate per cronici, a Foligno, Rieti e Spoleto, si pone a metà tra il disegno di Livi e gli approdi successivi⁶⁰. Nello stesso nosocomio grazie alla struttura a padiglioni isolati trovano spazio il vero e proprio manicomio di cura e reparti per cronici, che in assenza di mura di cinta possono muoversi liberamente all'aria aperta, coltivando l'illusione della libertà e rendendosi per questo motivo più mansueti e in conseguenza più facilmente controllabili⁶¹.

La Direzione del manicomio umbro sostiene con convinzione il valore terapeutico della struttura in quanto tale e attacca il pregiudizio che indica nel ricovero per alienati un luogo non solo assolutamente inefficace alla cura, ma addirittura in grado di danneggiare chi vi viene condotto⁶². L'alta considerazione che lo psichiatra ha del suo ruolo sociale, che non può limitarsi a quello di semplice terapeuta, lo induce ad una ricorrente polemica con il sistema giudiziario, accusato di aprire troppo spesso le porte del carcere anziché quelle del manicomio⁶³.

La pratica terapeutica vera e propria cui l'alienato pellagroso viene sottoposto può essere distinta in quattro tipi di cura: somatica, fisica, dietetica e psichica⁶⁴. Relativamente alla cura somatica si rileva l'uso di narcotici (oppio e morfina), ipnotici (idrato di cloralio), alcoolici, anch'essi utilizzati per combattere l'inson-

nia, tonici (digitale ed estratto di noce vomica), ricostituenti (ferro, china, arsenico) ed eccitanti (caffaina)⁶⁵. La somministrazione di tali sostanze è integrata dalle pratiche cosiddette fisiche: l'elettroterapia, una stimolazione del cervello con corrente molto debole al fine di modificarne «i processi nutritivi e circolatori»⁶⁶; l'idroterapia, realizzata o attraverso bagni caldi che svolgono azione sedativa o mediante docce fredde, generalmente al capo, aventi la funzione di regolare «le correnti di sangue entro il cervello», così che «ne segua più facile e piena la nutrizione di elementi nervosi»⁶⁷; la clinoterapia, ovvero il riposo continuo nel letto; l'isolamento temporaneo e l'uso di contenzioni meccaniche⁶⁸.

A detta della direzione, il ricorso a queste ultime si ha solo in casi del tutto eccezionali, essendo praticato, nella norma, il metodo del *no-restraint*⁶⁹. La cura dietetica, la più utile in linea teorica per il ristabilimento del pellagroso, ha in realtà possibilità di successo soltanto in coloro il cui degrado fisico e mentale non è ancora irreversibile. Il trattamento psichico, o cura morale, rappresenta lo strumento più adatto per esaltare le capacità dell'alienista, ma non vi è totale accordo sul fatto che esso sia «il mezzo di cura [...] più importante e [...] più efficace»⁷⁰.

La vera spina dorsale del progetto terapeutico è tuttavia il lavoro⁷¹. Ad esso si riconosce il doppio merito di riavvicinare i convalescenti alle pratiche quotidiane e, nello stesso tempo, di frenare il degrado mentale degli incurabili⁷². Il Santa Margherita possiede al suo interno una colonia agricola ed una industriale e ciò fa sì che oltre due terzi dei ricoverati siano occupati in attività lavorative⁷³.

In occasione del sedicesimo congresso della Società Freniatria Italiana, tenutosi a Perugia nel maggio del 1910, una commissione composta dai professori Seppilli, direttore del manicomio di Brescia, Tamburini di quello di Ferrara e Guicciardi del manicomio di Reggio Emilia, visita il manicomio di Perugia, «riportandone la migliore impressione tanto dal lato edilizio, quanto da quello tecnico-sanitario»⁷⁴. La pazzia pellagrosa è ormai in via di estinzione, ma non si direbbe «grazie all'abnegazione della classe medica». Tuttavia, nel dicembre 1923, Cesare Agostini, esaltando lo spirito di regime, constata con esultanza la fine del fenomeno pellagroso in Umbria, lodando l'opera lombrosiana e quella di tutti i suoi epigoni: «Ed anche dalle nostre convalli, dalle pendici fiorite donde si diffuse per il mondo la parola di pace e di amore del Poverello di Assisi, a Cesare Lombroso, all'Apostolo a cui tanto si deve della vittoria contro il triste malanno, a Quanti con fede adamantina obbedendo ad un sentimento di umana solidarietà, con la propaganda diuturna, nei severi silenzi dei laboratori per tanti anni indefessamente hanno lottato tenendo alto il nome della Scienza

Italiana e cooperato alla vittoria, sale alta la benedizione degli abitanti delle campagne ritornati a nuova vita gagliarda e feconda»⁷⁵.

Retorica, ovviamente, e della peggiore, ma è anche vero che allora, superata la crisi dell'immediato dopoguerra, si andavano delineando le condizioni che, in un decennio, porteranno al pareggio del deficit cerealicolo, mentre i presidi sanitari vanno via via perdendo i tratti «sperimentali» che nell'Ottocento e nel primissimo Novecento li avevano caratterizzati. Né può essere dimenticata la sensibilità sociale dei medici, specialmente condotti, che in prevalenza militavano nelle Società di Mutuo Soccorso e nelle organizzazioni socialiste e filantropiche.

Note

¹ Cfr. in proposito E. Sereni, *Agricoltura e mondo [...]*, in *Storia d'Italia. I. I caratteri originari*, Torino 1972, che si limita ad inquadrare il problema e soprattutto G. Porisini, *Agricoltura, alimentazione e condizioni sanitarie. Prime ricerche sulla pellagra in Italia dal 1880 al 1940*, in «Cahiers internationaux d'histoire économique et sociale», n. 3, 1974, e Idem, *Agricoltura, alimentazione, cit., Appendice Statistica*, Bologna 1975, che fornisce il primo significativo contributo in tale senso. Tra i molti interventi successivi, basterà ricordare: R. Finzi, *La pellagra una gloria capitalistica*, in «Classe», a. VII, n. 15, 1978, pp. 137-164; Idem, *Quando e perché fu sconfitta la pellagra in Italia*, in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri e A. Gigli Marchetti, Milano 1982, pp. 391-429; Idem, *La pellagra un esempio di malattia da carenza*, Bologna 1984; A. De Bernardi, *Pellagra, sviluppo capitalistico e disturbo mentale: alcuni temi di ricerca*, in *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, a cura di G. Politi, M. Rosa, F. Della Peruta, Cremona 1982; Idem, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane fra '800 e '900*, Milano 1984; P. Sorcinelli, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale tra tifo petecchiale e pellagra*, Milano 1979; G. Coppola, *La pellagra in Lombardia*, in *Le campagne lombarde fra Sette e Ottocento*, a cura di M. Romani, Milano 1976; Idem, *Il mais nella economia agricola lombarda*, Bologna 1979; G. Olmi, *La pellagra nel Trentino fra Otto e Novecento*, in *Salute e classi*, cit., pp. 361-390.

² Cfr. A. De Bernardi, *Pellagra. Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia. Annali VII. Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino 1984.

³ Cfr. in proposito 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 sociali subalterne. Il caso milanese*, a cura di A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, Milano 1980; R. Finzi, *La psicosi pellagrosa in Italia tra la fine dell'800 e gli inizi del '900*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia contemporanea*, a cura di A. De Bernardi, Milano 1982; H. Terzian, *Pellagra, manicomio e scienza medica*, in *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione. Antologia di testi e documenti*, a cura di M. Galzigna e H. Terzian, Venezia 1980; M. Ferrari, *Pellagra e pazzia nelle campagne reggiane*, in «Sanità, scienza e storia», 1985, n. 1.

⁴ Per una breve, quanto efficace, ricostruzione della nascita della scienza psichiatrica in Italia cfr. F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Dorner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Bari 1975.

⁵ MAIC, *La pellagra in Italia*, in «Annali di agricoltura», n. 18, 1879, Roma 1880; Idem, *La pellagra in Italia. Provvedimenti e statistica. Parte I e II*, in «Annali di agricoltura», n. 44, Roma 1885; L. Perissutti e G. B. Cantarutti, *Inchiesta sulla pellagra nel Regno e sui provvedimenti diversi per la cura preventiva della stessa. Anno 1899*, in MAIC, «Bollettino di notizie agrarie», a. XII, n. 31, dicembre 1900. In realtà è solo l'inchiesta del 1899 che registra l'esplosione del fenomeno pellagroso in Umbria.

⁶ Su tutti si segnalano R. Adriani, *La pellagra nella Provincia dell'Umbria. Relazione all'Accademia medico-chirurgica di Perugia*, Perugia 1880; G. Badaloni, *La pellagra nell'Umbria. Relazione del medico provinciale*, in «L'Umbria agricola», aa. XII-XIII, nn. 8-7, 30 agosto 1894-30 luglio 1895; R. Gamba, *La pellagra nell'Umbria*, in «L'Umbria agricola», a. III, nn. 16-24, 30 agosto-30 dicembre 1885; S. Mandolesi, *La pellagra nell'Umbria. Provvedimenti profilattici adottati e da adottarsi*, Perugia 1899; C. Agostini, *La pellagra nell'Umbria dal 1854 al 1904. Distribuzione topografica e note statistico-cliniche*, Perugia 1904.

⁷ G. Agostini, *Realizzazioni e nuove esigenze dell'Ospedale Neuro-Psichiatrico di Perugia*, Perugia 1953, p. 3.

⁸ La raccolta dei dati relativi ai pellagrosi ricoverati nel manicomio provinciale di Perugia dal 1° gennaio 1880 al 31 dicembre 1910 è stata condotta su due diverse fonti: 1) lo *schedario*; disponibile in precedenza solo a partire dal 1928, nel 1980 è stato completato sino alla data di fondazione dell'ospedale (1824). Il merito di questo lavoro va al Centro regionale umbro per la ricerca e la documentazione storico-psichiatrica, istituito dalla Provincia di Perugia, in collaborazione con l'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università degli Studi di Perugia e con il Centro di igiene mentale di Perugia - Ponte della Pietra. Ciascuna scheda corrisponde ad un ricovero e riporta le seguenti informazioni: cognome, nome e paternità dell'alienato/a; luogo e data di nascita; numero di matricola (esistono due matricole distinte per maschi e femmine); età; domicilio; professione; stato civile; numero del ricovero (indicante se si tratta di primo ricovero o recidiva); diagnosi; data di ingresso; data e luogo di eventuale trasferimento; data di dimissione; motivo di dimissione; durata del ricovero; tipo di retta e corrispondente della stessa; data e causa di eventuale decesso. Cfr. G. Guaitini, C. Nocentini, C. Pasquini, A. Rotondi, *Per una storia della istituzione manicomiale a Perugia*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», vol. CIV, suppl. al fasc. IV, 1980, pp. 1153-1163. 2) La *documentazione clinica*, relativa a ciascun ricovero, si compone essenzialmente di un profilo nosografico (cartella clinica) al quale è allegato un modulo informativo. Oltre a svolgere le funzioni di diario clinico la cartella reca in prima pagina tutte le informazioni raccolte nello schedario ed altre ancora (ad esempio il numero dei figli dell'alienato/a). Nell'intero arco temporale 1880-1910 la veste grafica della cartella clinica muta quattro volte. Sino al luglio 1883, per le donne, ed al giugno 1884, per gli uomini, mantiene le semplici caratteristiche di un diario clinico in cui, periodicamente, sono registrati i sintomi e la terapia a carico del paziente; solo successivamente assume le caratteristiche appena elencate e le nuove variazioni (1901 e 1905) non ne mutano la sostanza. Cfr. in proposito H. Terzian, *La formazione d'un archivio dell'emarginazione e della follia. Prospettiva di ricerca e riflessioni*, in *L'archivio della follia*, cit., pp. 29-32. Il modulo, redatto da medici esterni al manicomio, ha lo

scopo di fornire agli alienisti l'anamnesi del paziente in entrata. Raccoglie le seguenti voci: cognome e nome, patria e domicilio parrocchiale, età, stato civile, paternità e maternità, numero e nome degli eventuali figli, condizione sociale, carattere, temperamento fisico, occupazioni abituali e maggiormente gradite, disposizioni morbose ereditate o acquisite, precedenti malattie mentali e non mentali, cause fisiche e morali della pazzia, epoca e modi dello sviluppo della stessa, descrizione degli atti commessi, eventuali cure somministrate, osservazioni speciali.

⁹ F. Bonucci, *Delle malattie mentali curate nel manicomio di S. Margherita di Perugia gli anni 1855, 1856, 1857*, Perugia 1858, pp. 16-17.

¹⁰ Ivi, pp. 15-16.

¹¹ Idem, *Delle malattie mentali [...] gli anni 1864, 1865, 1866*, Perugia 1867, p. 21 e n.

¹² Cfr. G. Neri, *Rapporto statistico del manicomio di Perugia per gli anni 1870-1871-1872*, Perugia 1874, tav. 11, p. 38 e p. 42; R. Adriani, *Relazione statistica-clinica del frenocomio di S. Margherita per gli anni 1874-1875-1876*, Perugia 1877, tav. III, pp. 10-11; Idem, *Relazione statistica-clinica del frenocomio di Perugia nel quadriennio 1877-1880*, Perugia 1881, tav. III, pp. 8-9. La mancanza della relazione per il triennio 1867-1869 è da imputare alla prematura scomparsa di Francesco Bonucci, il 14 marzo 1869, da poco più di un anno direttore del Santa Margherita. Cfr. G. Agostini, *Il manicomio di S. Margherita in Perugia nella storia della psichiatria dell'800*, Perugia 1951, p. 18.

¹³ F. Bonucci, *Delle malattie mentali [...] gli anni 1858, 1859, 1860*, Perugia 1861, p. 20 e n.

¹⁴ G. Neri, *Rapporto statistico [...] per gli anni 1870-1871-1872*, cit. p. 42.

¹⁵ R. Adriani, *Relazione statistica-clinica [...] per gli anni 1874-1875-1876*, cit., tav. III, pp. 10-11.

¹⁶ M. Ferrari, *Pellagra e pazzia*, cit., p. 178.

¹⁷ «La pellagra è già da tempo nella nostra Provincia. Questa terribile infermità, che ha per alleata la miseria, fatalmente si allarga per le campagne, ed insidiosa attende alla vita dei nostri agricoltori. E' come un veleno sottile che sfugge ai sensi e lento lento s'insinua in quegli organismi adulti e gagliardi, ne guasta il sangue, li snerva, li uccide». Sono queste le drammatiche parole con cui il dottor Adriani apre la sua relazione: R. Adriani, *La pellagra nella Provincia*, cit., p. 3.

¹⁸ MAIC, *La pellagra in Italia*, in «Annali di agricoltura», n. 18, 1879, pp. 320-321.

¹⁹ In questo senso A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., p. 123.

²⁰ Nel 1889 su 211 ricoveri ben 43 (20,4%) sono diagnosticati come casi di pazzia pellagrosa. Il rapporto tra casi di pazzia pellagrosa e alienazioni totali è sempre calcolato sugli entrati e non sul totale della popolazione manicomiale.

²¹ G. Agostini, *Realizzazioni e nuove esigenze*, cit., pp. 6-8.

²² C. Agostini, *La scomparsa della pellagra nella Provincia di Perugia*, Perugia 1924, p. 22.

²³ «Subito dopo l'Unità l'Umbria costituiva un'unica provincia comprendente i territori delle attuali province di Perugia, Terni e parte di quella di Rieti, suddivisi in sei circondari: Perugia, Foligno, Spoleto, Orvieto, Terni e Rieti. Nel 1923 quest'ultimo venne aggregato alla provincia di Roma e, nel 1926, fu creata la provincia di Terni con i territori dei circondari di Orvieto e Terni [...]»: L. Bellini, *L'agricoltura umbra negli ultimi cento anni. Appunti per uno studio*, in Idem, *Scritti scelti*, a cura di L. Tittarelli, Foligno 1987, p. 31 e n.

²⁴ Le zone agrarie alle quali si fa riferimento sono quelle stabilite dal Catasto Agrario del

1910. Cfr. in proposito F. Bonelli, *Evoluzione demografica ed ambiente economico nelle Marche e nell'Umbria dell'800*, in «Archivio economico dell'unificazione italiana», serie II, vol. XII, Torino 1967, fig. 11, p. 58 e documento n. 12, appendice II, p. 333.

25 Per un censimento dei manicomi in Italia si veda A. Verga, *Censimento dei pazzi che trovansi ricoverati nei manicomi ed ospitali d'Italia l'ultimo giorno dell'anno 1880*, in «Annali di statistica», 1883, serie 3, vol. I, pp. 148-153.

26 Sulla validità del carico di bestiame come indice sostituibile a quello del reddito, quanto meno nell'Umbria dall'Unità al primo conflitto mondiale, si veda L. Bellini, *Aspetti statistici della struttura economica dei comuni umbri dal 1861 al 1961*, in Idem, *Scritti*, cit., pp. 179-180. Per quanto riguarda, poi, gli indici dell'attività agricola ed industriale per i comuni umbri al 1890, si veda, *ivi*, tav. 12, pp. 230-231. E' bene sottolineare che i dati di Bellini escludono il circondario di Rieti.

27 *Ibidem*. È opportuno precisare che il carico di bestiame è calcolato comprendendo bovini, equini, suini, ovini e caprini. Cfr. *ivi*, pp. 175-179.

28 *Ivi*, p. 177.

29 Cfr. in proposito R. Gamba, *La pellagra*, cit., in «L'Umbria Agricola», a. III (1885), n. 17-18, pp. 135-137; R. Adriani, *La pellagra*, cit., pp. 31-36; *Atti della Giunta per l'inchiesta Agraria e sulle condizioni della classe agricola*, vol. XI, tomo II, 1884, pp. 208-210. Non mancano tuttavia interventi che evidenziano delle differenze tra zone diverse: si veda C. Agostini, *La pellagra*, cit., pp. 49-52.

30 In questo senso cfr. G. Fiocca, *Il problema della pellagra nel circondario di Terni alla fine dell'Ottocento*, in «Ricerche di storia sociale e religiosa», a. III (1974), nn. 5-6, in particolare p. 382.

31 Cfr. n. 8.

32 La povertà dei pazzi pellagrosi trova conferma sia nell'analisi della loro condizione sociale (il 98,5% degli individui ricoverati per pazzia pellagrosa, almeno una volta tra il 1880 e il 1910, risulta essere povero) che nella verifica della classe di retta in cui vengono collocati (solo ed esclusivamente la IV classe, interamente a carico dell'Amministrazione provinciale).

33 Ben il 62% degli individui ricoverati almeno una volta per pazzia pellagrosa tra il 1880 e il 1910 risulta svolgere la professione di colono, mentre i braccianti sono circa il 22%.

34 Cfr. in proposito R. Adriani, *La pellagra nella Provincia*, cit., pp. 50-51; C. Agostini, *Manuale di psichiatria*, Milano 1908, terza ediz., p. 257; Idem, *La pellagra nell'Umbria*, cit., tavv. D e N, pp. 12 e 23.

35 «Verso la fine dell'800, l'Amministrazione Provinciale di Perugia, che pur non avendo la diretta gestione dell'ospedale ne aveva l'onere, per ragioni di sfollamento, di economia e di politica provinciale, istituì reparti per dementi tranquilli annessi ai Ricoveri di Mendicizia di Foligno e Rieti per uomini e di Spoleto per donne; dove potevano essere ricoverati complessivamente 300 unità». G. Agostini, *Realizzazioni e nuove esigenze*, cit., p. 8. Successivamente «nei primi anni del '900 l'Amministrazione Provinciale costruì due nuovi padiglioni, uno per la Sezione di Spoleto capace di 200 letti e un altro a Foligno capace di 150 letti e creò una nuova Sezione a Città di Castello per 120 letti». *Ivi*, p. 11. Si veda anche *Regolamento per la esecuzione dello Statuto organico dei Ricoveri provinciali di mendicizia a Foligno, Spoleto e Rieti*, s.d.

36 C. Agostini, *Manuale*, cit., p. 263.

37 La fase terminale della malattia si trova indicata, nelle cartelle cliniche del Santa Margherita, anche come cachessia pellagrosa o marasma pellagroso. Per affinità sono stati collocati in questo gruppo anche i casi di demenza senile e pellagrosa.

38 Si veda su tutti E. Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, Milano 1905, p. 273.

39 Cfr. in proposito H. Terzian, *La formazione d'un archivio dell'emarginazione*, cit., pp. 48-49.

40 Roberto Adriani, perugino, già direttore del Manicomio di Fermo (cfr. R. Adriani, *Delle malattie mentali curate nel manicomio provinciale in Fermo nel triennio 1870-1872*, Fermo 1875), assume la Direzione del Santa Margherita nel 1874, succedendo al prof. Giuseppe Neri, deceduto per polmonite il 23 dicembre 1873, e la tiene sino al 1903, anno in cui è collocato a riposo per raggiunti limiti di età. G. Agostini, *Il manicomio di S. Margherita in Perugia*, cit., pp. 24-26.

41 Cesare Agostini, nato a Perugia il 15 ottobre 1864, entrò come aiuto nel manicomio provinciale di Perugia verso la fine del 1889. Nel 1893 fu promosso primario e vice dell'allora direttore Roberto Adriani. Nel 1903 ebbe la nomina di Sovrintendente del Pellagrosario di Città di Castello, da lui fortemente voluto (cfr. C. Agostini, *Il Pellagrosario di Città di Castello dal 15 maggio 1901 al 31 dicembre 1903. Relazione medico-statistica*, Perugia 1904). Infine nel 1905 fu incaricato, ufficialmente, di dirigere il Santa Margherita. *Curriculum Vitae del Prof. Cesare Agostini*, Perugia 1938.

42 Sull'invito di Finzi a riconsiderare, almeno in parte, il giudizio storico sulla scuola lombrosiana e sulla polemica che ne è seguita si veda A. De Bernardi, *Il mal della*, cit., p. 169 e n.

43 Cfr. R. Gamba, *La pellagra*, cit.

44 R. Adriani, *La pellagra*, cit., pp. 63 e ss.

45 C. Agostini, *La pellagra*, cit., pp. 43-52.

46 F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia. Annali VII. Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino 1984, pp. 1086-1092.

47 Il dibattito medico sull'eziologia della pellagra è stato caratterizzato, per tutta la seconda metà dell'Ottocento, dall'opposizione tra carenzialisti e tossicozeisti. Il primo contributo significativo in questo campo risale al 1845 ad opera del medico bresciano Ludovico Balardini. Nell'ipotesi balardiniana trovano spazio entrambi i prodromi di quelle che di lì a poco sarebbero diventate le due principali teorie. Infatti se da un lato si riconosce nel mais una carenza di sostanze nutritive (mancanza di glutine), dall'altro si identifica un fungo parassita (*Sporisorium maydis*) in grado, con il contributo dell'umidità imperante nei granai, di modificare le qualità fisico-dinamiche del granoturco. Successivamente Cesare Lombroso approfondisce gli spunti zeisti presenti in Balardini e nonostante la sua ipotesi (presenza nel mais di un agente tossico) non riesca a trovare una solida base scientifica e sperimentale a nulla vale la fiera opposizione dei carenzialisti, guidati da Filippo Lussana, per i quali il mais difetta di sostanze proteiche. Soltanto nel 1914, grazie agli esperimenti di Funk, la medicina intraprenderà una nuova strada che la condurrà a definire la pellagra come una avitaminosi: carenza di vitamina PP (*Pellagra Preventing*). In proposito: G. Porisini, *Agricoltura, alimentazione*, cit., pp. 23-32; R. Finzi, *La pellagra un esempio*, cit., pp. 27-40; A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., pp. 160-169 e 251-261.

48 Cfr. n. 8.

- 49 C. Agostini, *Manuale*, cit., p. 40.
 50 Ivi, p. 49.
 51 C. Agostini, *La degenerazione dei figli dei pellagrosi in relazione alla diffusione ed alla gravità della pellagra nella provincia dell'Umbria dal punto di vista economico-sociale*, Perugia 1902; anche in *Atti del secondo congresso pellagrologico italiano. Bologna 26-28 maggio 1902*, a cura di G. B. Cantarutti, Udine 1902.
 52 C. Agostini, *Manuale*, cit., pp. 67 e ss.
 53 Ivi, pp. 262-263. Cfr. Idem, *Manuale di psichiatria*, Milano 1900, seconda ediz., pp. 185-186; E. Tanzi, *Trattato*, cit., p. 271.
 54 R. Adriani, *Relazione statistica-clinica [...] per gli anni 1874-1875-1876*, cit., tavv. XII-XVI, pp. 32-41; Idem, *Relazione statistica-clinica [...] per quadriennio 1877-1880*, cit., tav. XII, pp. 26-35.
 55 C. Agostini, *Manuale*, cit., pp. 16-39.
 56 F. De Peri, *Il medico e il folle*, cit., p. 1118.
 57 Ivi, p. 1119.
 58 Ivi, p. 1117.
 59 Ivi, pp. 1123-1128.
 60 G. Agostini, *Realizzazioni e nuove esigenze*, cit., p. 8.
 61 C. Agostini, *Manuale*, cit., p. 169.
 62 Ivi, p. 168.
 63 Ivi, p. 21.
 64 Ivi, pp. 155-169.
 65 Si tratta di dati raccolti mediante lo spoglio diretto della documentazione clinica del Santa Margherita ma riscontrabili anche nei trattati psichiatrici ai quali si sta facendo riferimento: R. Adriani, *Relazione [...] pel quadriennio 1877-1880*, cit., p. 99; C. Agostini, *Manuale*, cit., pp. 155-160.
 66 C. Agostini, *Manuale*, cit., p. 161.
 67 R. Adriani, *Relazione [...] pel quadriennio 1877-1880*, cit., p. 97.
 68 C. Agostini, *Manuale*, cit., pp. 160-162.
 69 Ivi, p. 160. Sul no-restraint, ovvero sul trattamento degli alienati senza l'impiego dei mezzi di contenzione, si veda F. De Peri, *L'ideologia manicomiale e la scienza psichiatrica tra XVII e XIX secolo in Europa*, in *Tempo e catene*, cit., p. 84 e n.
 70 Ivi, p. 165. Adriani, pur riconoscendone l'importanza, pone la cura morale in secondo piano rispetto a quella fisica, ribadendo il carattere essenzialmente fisiologico della malattia mentale. Cfr. R. Adriani, *Relazione [...] per gli anni 1874-1875-1876*, cit., p. 103.
 71 In proposito F. De Peri, *L'ideologia manicomiale*, cit., pp. 87-88.
 72 C. Agostini, *Manuale*, cit., p. 167.
 73 Ibidem.
 74 Idem, *Manicomio di Perugia. Cenni statistici. Anno 1910*, Perugia 1911, p. 8.
 75 C. Agostini, *La scomparsa della pellagra*, cit., p. 20.

Una storia di province: dalla provincia dell'Umbria a quelle di Perugia e Terni

di Maria Rosaria Porcaro

1. *Lunga vita alla provincia*. In Italia, oggi, alle soglie del Duemila, diventare provincia è aspirazione di molte città. Otto sono state promosse nel 1991, ma quelle interessate sono ancora molte, spesso in competizione fra loro. L'emancipazione è dunque ancora un obiettivo da perseguire con tenacia. Diventare capoluogo di provincia comporta in generale un maggiore dinamismo politico, sociale ed economico e, in particolare, una dilatazione del pubblico impiego con il conseguente successo elettorale dei politici che si adoperano per raggiungere l'obiettivo¹. Eppure l'Ente Provincia ancora una volta ha corso seri rischi. Si è discusso sulla opportunità di abolirlo in quanto duplicatore di uffici che impacciano una burocrazia già farraginoso, ma la legge 142/90, che disciplina gli ordinamenti locali, gli restituisce smalto e lo rivaluta, restituendogli credibilità. Viene attribuito alla provincia un ruolo rilevante nella programmazione e nella gestione di numerose e importanti funzioni amministrative. Essa deve occuparsi della tutela delle risorse idriche ed energetiche, della valorizzazione dei beni culturali, della viabilità, dei trasporti, dei servizi sanitari, dell'istruzione secondaria e formazione professionale. Nessun articolo prevede però espressamente la presenza in ogni nuova provincia degli uffici amministrativi e finanziari dello Stato. Si rivaluta a tal punto l'autonomia dell'Ente da riconoscergli, per la prima volta, la facoltà di darsi uno statuto² e si lascia in ombra la sua caratteristica di circoscrizione governativa che è invece privilegiata dallo Stato liberale, ma soprattutto dal regime fascista, che fra il 1923 e il 1928 rivolge la sua attenzione alla gestione degli enti autarchici territoriali - il comune e la provincia, appunto - per ottenere «il controllo centrale dell'amministrazione pubblica locale nelle dimensioni come nel funzionamento» e quindi «estendere alla periferia il potere conquistato al centro», che non è così scontato se, come si vedrà, implica spesso non solo la soluzione dell'antifascismo ma anche un'azione pacificatrice all'interno del fascismo stesso³.