

## LA POVERTA' DIVENTA FOLLIA: UNA TESTIMONIANZA DAL PASSATO

*Versione italiana di POVERTY RESULTS IN MADNESS: A TESTIMONY FROM THE PAST*

*M.Cristina Turola, Lodovico Umberto Tucci, Emanuela Carantoni, Fiara Gaspari e Luigi Armiato  
SOJ Psychology, 20 settembre 2015. [www.symbiosisonline.org](http://www.symbiosisonline.org)*

### **Abstract**

Gli archivi conservano documenti del passato, che forniscono informazioni utili sulle caratteristiche di una popolazione affetta da una malattia e sul "corso naturale" di questa.

**Scopo del lavoro:** studiare una casistica di ricoverati in un Ospedale Psichiatrico nel diciannovesimo secolo, proveniente da una specifica area geografica: il Polesine, corrispondente alla provincia di Rovigo.

**Progettazione della ricerca e Metodo:** una revisione sistematica retrospettiva delle cartelle (chart review), che includeva tutti i casi (N=940) provenienti dal Polesine e ospedalizzati nel manicomio di Venezia nel periodo 1866-1899. Sono stati raccolti e registrati tutti i dati riportati nei fascicoli: età al momento del ricovero, genere, stato civile, numero di figli, livello di educazione, stato di povertà, data e diagnosi di ammissione, durata del ricovero, data di dimissione, numero di morti e diagnosi di morte. Sono stati effettuati sia uno studio descrittivo che uno studio analitico, alla ricerca di relazioni bivariate; sono stati calcolati i coefficienti di correlazione e le correlazioni tetracoriche.

**Risultati.** L'alienazione mentale era frequente: un abitante su 197 fu ricoverato al manicomio in questo periodo. Il 43,4% di essi morì durante il ricovero; fra i sopravvissuti, guarigione o miglioramento clinico erano l'esito prevalente. Anche se la pellagra era la malattia più rappresentata, malnutrizione e tubercolosi erano molto comuni.

Dai dati emergono differenze di genere: le donne erano più colpite dalla pellagra (57.6 % contro il 47.7% degli uomini) e morivano più frequentemente degli uomini (48.3 % contro 38.7%)

**Conclusioni:** la povertà, estremamente diffusa sia nei casi ospedalizzati che in tutta la popolazione del Polesine, sembra essere, in questo studio, il principale fattore che conduce alla follia.

**Parole-chiave:** Follia, Malattia Mentale, Archivi, Povertà, Pellagra, Chart review

### **Introduzione**

Gli Archivi conservano documenti del passato, miniere di informazioni interessanti e utili per la ricerca; la loro funzione non è quella di accumulare polvere occupando spazi dimenticati, ma di essere aperti, consultati, rivisti alla luce delle conoscenze attuali (1). Mentre la ricerca storica fa sistematicamente riferimento ai documenti d'archivio, in ambito sanitario raramente ci si rivolge al passato, considerandolo forse superato dalle successive scoperte e sviluppi della storia della medicina.

Tuttavia, rivedere casi storici utilizzando le attuali conoscenze può fornire informazioni molto utili sulle caratteristiche di una popolazione colpita da una malattia, sul decorso "naturale" della malattia in assenza di trattamenti efficaci, sulle analogie o differenze con disturbi del presente, sulle scelte di trattamento e sulle politiche sanitarie. In psichiatria, queste considerazioni sono particolarmente valide, per la difficoltà ad identificare eziologia e patogenesi delle malattie, per la variabilità della nosografia, per la stretta connessione fra sintomi e fattori culturali e per la segregazione che caratterizza sempre questo campo.

Questo modello di ricerca ha una qualche utilità, attualmente? A nostro parere sì, perché la storia delle popolazioni tende a ripetersi in cicli (2), il progresso non è un fenomeno a senso unico e le crisi economiche possono distruggere decenni di buone pratiche. In tutte le società, anche quelle economicamente sviluppate, esistono gruppi di persone che non hanno accesso alle cure sanitarie, e una gran parte della popolazione mondiale vive in condizioni simili a quelle che caratterizzavano in passato i paesi ora sviluppati.

Lo studio riguarda una specifica area geografica, il Polesine, corrispondente alla provincia di Rovigo (Italia, Regione Veneto), nel periodo fra l'annessione all'Italia, nel novembre 1866, e la fine del diciannovesimo secolo. Studia la popolazione proveniente dal Polesine che fu ricoverata negli ospedali Psichiatrici di Venezia. La ricerca intende studiare la follia in quel periodo, considerando le caratteristiche delle persone colpite, l'incidenza delle varie malattie, le diagnosi, le cause di morte, il decorso e le correlazioni fra i diversi parametri.

### **Contesto e bacino d'utenza**

Il Polesine è un'area completamente pianeggiante compresa fra due fiumi, l'Adige e il Po, e il mare Adriatico. Per molti secoli, fu terra di confine fra la Repubblica di Venezia e lo Stato Pontificio; nel 1815, il Congresso di Vienna stabilì gli attuali confini, istituendo la Provincia di Rovigo. Nel 1866 essa fu annessa all'Italia, insieme con tutto il Veneto; da allora, i confini sono rimasti invariati. La Provincia era inizialmente divisa in 66 comuni, poi ridotti a 50: di essi, solo 8 avevano più di 5000 abitanti e solo 5 ne avevano più di 10000.

Nel 1871, il Polesine aveva una popolazione di 202.232 abitanti, con un rapporto maschi/femmine di 1.02/1. Nel 1901 gli abitanti erano 222.067. Quasi tutta la popolazione era analfabeta e lavorava in campagna, soprattutto nelle coltivazioni di granturco. I proprietari erano pochi, tutti gli altri erano braccianti che lavoravano solo durante le stagioni della semina e del raccolto, oppure piccoli affittuari che potevano trattenere solo una piccola parte del raccolto per sé. La povertà dominava ovunque, le persone sopravvivevano a stento in condizioni di denutrizione. Malaria, Pellagra e Parassitosi erano endemiche, per le deplorabili condizioni igieniche; epidemie di tifo e colera periodicamente decimavano la popolazione e la tubercolosi colpiva duramente soprattutto i giovani.

I poveri emigravano massivamente verso l'America, fuggendo la fame e sperando in una vita migliore (3). In quel periodo avvenne la disastrosa inondazione dell'Adige (settembre 1882), che allagò metà del Polesine, portando carestia: gli anni successivi (1884-86) furono caratterizzati da diffuse e prolungate rivolte dei contadini.

Le conoscenze mediche dell'epoca, viste con gli occhi di oggi, erano molto scarse; la psichiatria era agli albori, psicologia e psicoanalisi dovevano ancora nascere e il concetto di riabilitazione non esisteva. Le cure psichiatriche erano spesso basate sulle antiche teorie degli umori, del caldo e del freddo: quasi tutte le malattie erano trattate con purganti, salassi o applicazione di sanguisughe o, nella migliore delle ipotesi, con tonici, latte, vino e caffè. Non vi erano farmaci efficaci per le infezioni e l'igiene era molto scarsa; ogni infezione, infiammazione o trauma aveva alte probabilità di portare a morte.

I medici di paese identificavano i pazienti psichiatrici, definiti anche "alienati" e compilavano un modulo standard, la Tabella Normativa, che riportava informazioni socio anagrafiche e cliniche. Il Comune chiedeva il ricovero in manicomio e la Commissione Provinciale esaminava la documentazione, approvando o rifiutando il ricovero, talvolta proponendo soluzioni alternative, come la custodia a casa o il ricovero in ospedale civile. Se il ricovero era approvato, gli ammalati venivano mandati al Manicomio Regionale di riferimento, a Venezia, dove la Provincia di Rovigo disponeva di 148 posti-letto, 74 per maschi e 74 per femmine. La documentazione conservata all'Archivio di Venezia riguarda quasi tutti i casi del Polesine ricoverati in Ospedale psichiatrico, all'epoca.

### **L'Archivio**

La storia del manicomio di Venezia (4,5,6,7) inizia nel 1725 con il ricovero del primo alienato nell'Ospedale dell'isola di san Servolo, diretta dalla congregazione religiosa di San Giovanni di Dio, Fatebenefratelli. Termina dopo più di due secoli, nell'agosto 1978, quando l'ospedale fu chiuso, in seguito alla legge Basaglia n. 180/78, che riformò l'intero sistema di assistenza psichiatrica.

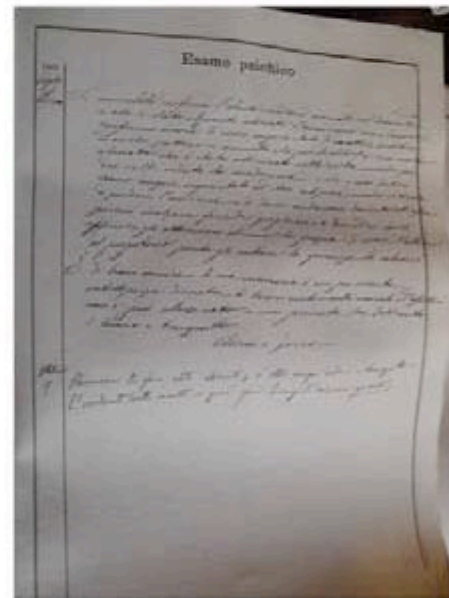
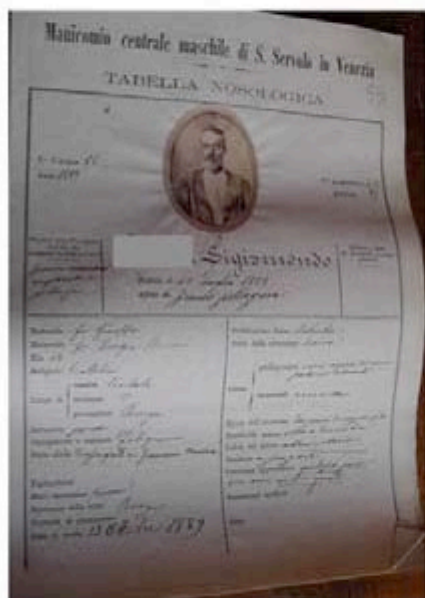
Alla chiusura dell'Ospedale, la Provincia di Venezia ereditò un patrimonio archivistico vasto e unico, per la conservazione del quale istituì, nel 1979, la Fondazione San Servolo IRSESC (Istituto di Ricerca e Studio sull'Esclusione Sociale e Culturale), con sede sull'isola (8). Scopo della Fondazione era promuovere ricerche e studi su tutte le forme di svantaggio e marginalizzazione sociale e culturale, con particolare attenzione alla conservazione del patrimonio documentale dell'ospedale psichiatrico, di cui garantiva

conservazione, protezione e fruizione. L'Archivio conserva documenti clinici e amministrativi dal 1713 alla fine del Ventesimo Secolo, che riguardano i due Ospedali Psichiatrici di Venezia, San Servolo e san Clemente (9).

La documentazione principale è indubbiamente costituita dalla serie di cartelle cliniche (Fig.1) che ammontano a quasi 50000, da una interessante collezione fotografica di ritratti di pazienti, parte di molte cartelle cliniche (Fig.2), e da diversi album di ritratti e ambienti. Oltre a indici informatizzati dei nomi di tutti i pazienti, il complesso è dotato di inventari analitici, completati nel 2006.

La completezza della documentazione, l'accurata conservazione e catalogazione sono rari e preziosi, perché consentono ai ricercatori di progettare studi retrospettivi su campioni numerosi con dati di una certa validità.

## Medical record - male (1889)



**Figure 1:** Esempio di cartella clinica (Busta 29). Il paziente fu ricoverato e dimesso nel 1889.



**Figure 2:** I ritratti appartengono alle cartelle cliniche della Busta 661 – Donne Morte, 1883. I numeri vicino alle immagini indicano l'età corrispondente.

### **Metodo**

Fonti dei dati sono le cartelle cliniche, scritte da psichiatri, i registri di autopsia e i registri di ammissione, che sono conservati all'Archivio di Venezia san Servolo. Sono state inserite nello studio le cartelle di tutti i residenti in Provincia di Rovigo, ricoverati all'Ospedale Psichiatrico di Venezia a partire dal novembre 1866, dimessi o morti entro il 31/12/1899. Per le donne, il periodo di osservazione parte dal 1873, data di apertura della Sezione Femminile.

Un gruppo composto da uno psichiatra, un infermiere psichiatrico e due archivisti ha letto, rivisto e digitalizzato tutte le cartelle, registrando ogni informazione inclusa in esse. Un'esperta in bio-statistica ha condotto l'analisi statistica, in cieco. I parametri considerati sono: Comune di residenza, età al momento del ricovero, stato civile, numero di figli, livello di scolarità, lavoro/occupazione, data di ricovero, data di dimissione o morte, diagnosi di ricovero, diagnosi di morte, presenza o meno di pellagra e condizioni cliniche al momento della dimissione. I dati, registrati secondo i vecchi Comuni, sono stati nuovamente suddivisi secondo gli attuali Comuni, per permettere il paragone con le serie storiche di popolazione.

L'analisi dei dati è stata effettuata usando la statistica descrittiva (media, deviazione standard, distribuzione di frequenza) sia nel campione totale che in quattro sottogruppi: maschi dimessi, femmine dimesse, maschi morti, femmine morte. Per approfondire l'analisi descrittiva, sono state create variabili binarie, calcolando le correlazioni, alla ricerca di relazioni bi-variate fra i diversi parametri; l'indice di correlazione varia da -1 (correlazione negativa perfetta) a +1 (correlazione positiva perfetta), mentre lo zero rappresenta l'assenza di correlazione. Per le variabili quantitative sono state applicate le correlazioni tetra-coriche (10,11,12). Per evitare errori di Tipo 1, è stata applicata la correzione di Bonferroni.

L'analisi statistica è stata effettuata usando STATA 13©.

### **Risultati**

#### **Campione.**

Consiste di 940 cartelle, 462 di femmine e 478 di maschi; 532 appartengono a soggetti dimessi (293 maschi e 239 femmine) e 408 a soggetti morti nell'Ospedale (185 maschi e 223 femmine). Solo 5 cartelle, corrispondenti a un maschio e quattro femmine, risultano mancanti.

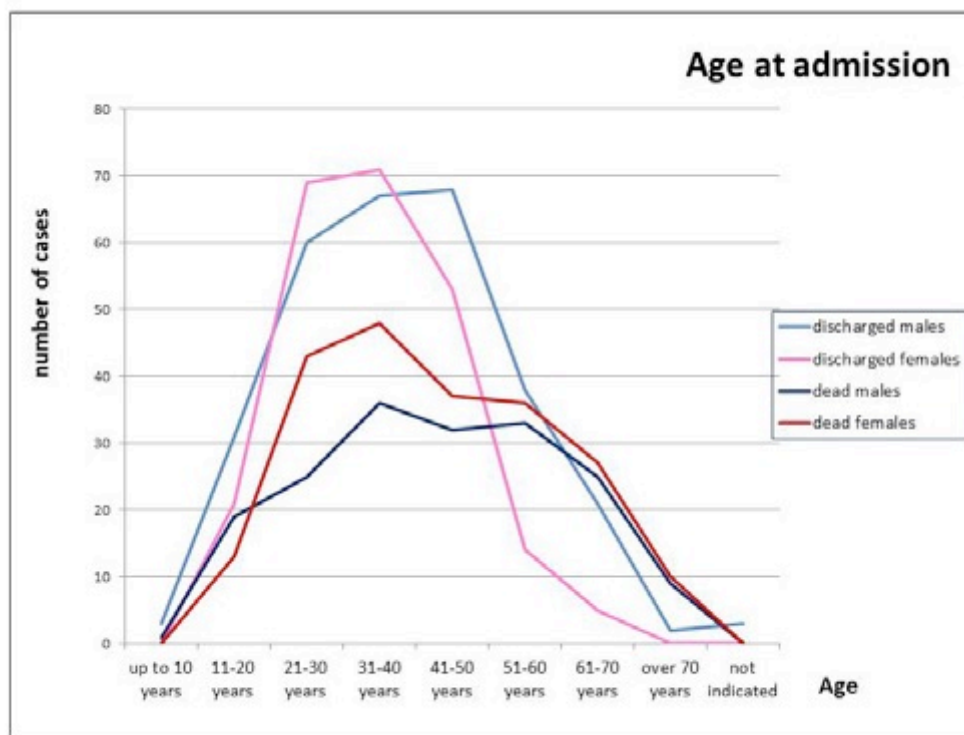
Le cartelle riguardano 820 persone, in quanto alcuni casi hanno più di un ricovero: 12 donne e 17 uomini morti in ospedale avevano avuto un precedente ricovero con dimissione; fra i casi dimessi, 55 persone (32 maschi e 23 femmine) hanno più di un ricovero, fino a un numero massimo di 7 ricoveri.

Alla data del 31/12/1899, 148 persone, 74 maschi e 74 femmine, rimanevano ricoverate in Ospedale; il loro ulteriore decorso, fino alla dimissione o alla morte, si svolgerà nel corso dei successivi tre decenni.

**Parametri personali e sociali:** Una sintesi dei dati socio-demografici è riportata in Tabella 1.

**Età:** L'età al momento del ricovero varia da 8 a 79 anni per i maschi e da 13 a 78 anni per le femmine. L'età media al momento del ricovero è 36.62 anni nei soggetti dimessi e 44.12 anni in quelli morti, più bassa nelle femmine che nei maschi. L'età media al momento della morte è 46.62 anni per le donne e 47.65 anni per gli uomini.

Nella maggior parte dei casi, la morte avviene entro la stessa decade dall'ingresso, con correlazioni da 0.76 (donne di età compresa fra 41 e 50 ani) a 1.0 (maschi e femmine sotto i 20 anni),  $p\text{ value} = 0.0000$



**Figure 3:** Distribuzione di frequenza dell'età al momento del ricovero, disaggregata per genere e per esito.

**Stato civile** 472 persone erano sposate, 316 celibi o nubili, 124 vedove/i. In 28 casi lo stato civile non è indicato (Fig.4). Il matrimonio con solo rito religioso, all'epoca non valido per lo Stato, è stato, in questa ricerca, equiparato al matrimonio civile, per il suo valore di accettazione sociale.

Tutti i maschi sotto i 20 anni erano celibi e pochissime donne di quell'età erano sposate; i gruppi di età 31-40 anni e 41-50 anni sono generalmente associati on lo stato coniugale. Nessun uomo sopra i 40 anni era vedovo, mentre c'erano vedove già nel gruppo di età 21-30 anni. A partire dai 61 anni, c'è significativa correlazione positiva con la vedovanza femminile nelle donne morte  $r = 0.58$ ,  $p = 0.014$ .

**Figli** Il numero dei figli è raramente riportato nelle cartelle degli uomini, anche se vi era un apposito spazio prestampato; l'esistenza di figli morti, poi, emerge solo in 3 casi, dalla lettura del diario clinico. Il numero dei figli è riportato più spesso nelle donne, probabilmente perché la gravidanza è considerata di interesse medico. Considerando solo i dati registrati, il 20% delle donne e il 10% degli uomini risulta avere 4 o più figli vivi (Figura 5).

Anche la documentazione sui figli morti, che riguarda 56 cartelle, risulta più frequente nelle donne; spicca il caso di una donna, ripetutamente ricoverata, con 15 figli morti.

I celibi non risultano avere figli, mentre vi sono nubili che ne hanno.

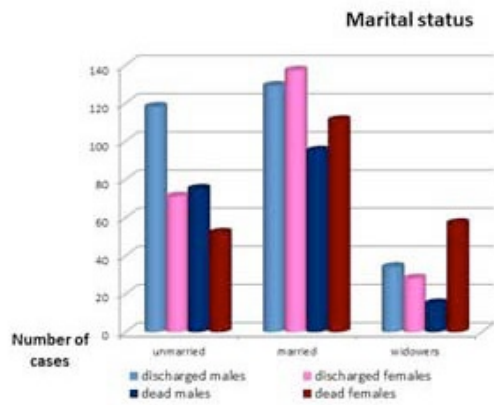


Figura 4: Distribuzione di frequenza di celibi/nubile, coniugati e vedovi/e, disaggregata per genere

### Number of children

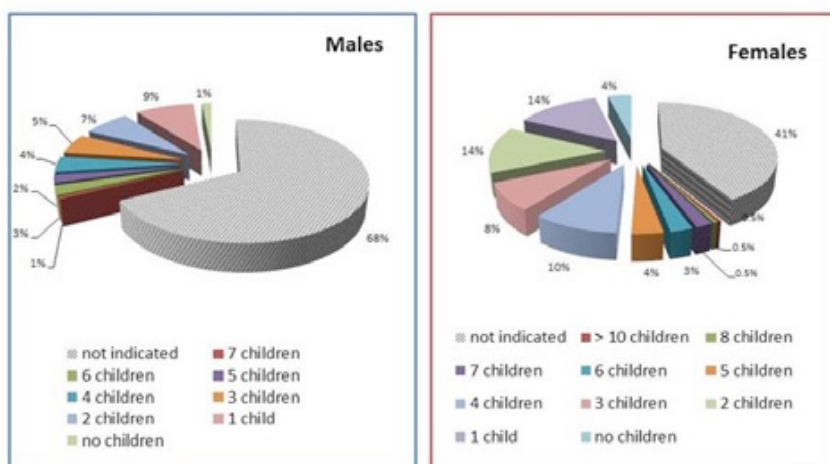


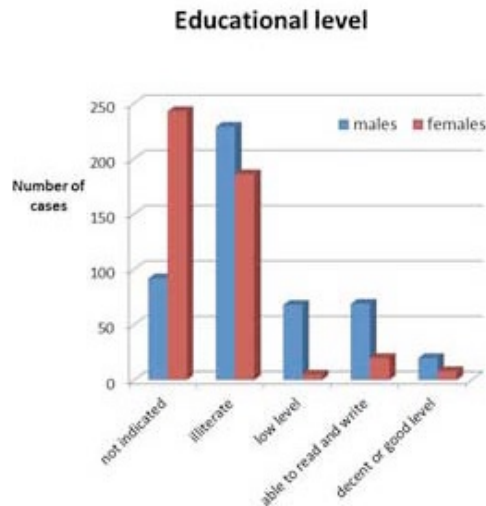
Figura 5: Il grafico mostra la distribuzione dei dati mancanti (in grigio) e il numero di figli, in maschi e femmine.

**Scolarità** Il livello di istruzione è spesso riportato in modo generico, con espressioni quantitative come “sufficiente”, “poco”, “scarso”, o attraverso capacità, quali quella di saper leggere o scrivere. Solo in pochi casi il livello è definito in base alle classi di scuola frequentate o al titolo raggiunto.

229 maschi erano analfabeti, 68 avevano poca o molto poca educazione, 69 sapevano leggere, o leggere e scrivere, o avevano un livello definito “sufficiente” e solo 20 casi avevano un buon livello di educazione, cioè un diploma o una laurea. 186 donne erano analfabete, 5 avevano poca o pochissima educazione, 20 sapevano leggere e/o scrivere e 8 avevano un livello di educazione definito sufficiente o buono. Le donne non sposate avevano un livello di educazione superiore alle sposate.

Nel 35.6% dei casi totali non ci sono informazioni sul livello di educazione, e la percentuale è molto maggiore nelle femmine (5.6%) che nei maschi (19.2%). Nel campione generale, gli analfabeti sono il 68.6%, quelli con un buon livello di educazione sono solo il 4.6% (figura 6)

Tutte le femmine sopra ai 50 anni e tutti i maschi sopra i 70 anni sono analfabeti



**Figura 6:** Distribuzione di frequenza dei livelli di istruzione, disaggregati per genere.

**Lavoro/Occupazione** Il lavoro (figura 7) è quasi sempre indicato negli uomini, ad eccezione di 13 casi, inclusi 2 bambini. Il lavoro in agricoltura era preponderante, con 202 persone fra braccianti e contadini, e 28 persone nell'allevamento, come bovini. Gli artigiani rappresentano il 18.4% del campione: calzolai, carpentieri, muratori, barbieri, fornai, mugnai, fabbri, fornaciai, cordai, fabbricanti di barche, imbianchini. I commercianti costituiscono il 10% del campione: osti, caffettieri, fruttivendoli, pizzicagnoli, venditori di pesce, uova e pelli, venditori ambulanti e mediatori.

7 erano i carrettieri, 13 i marinai o pescatori, 12 erano domestici, 12 i pubblici impiegati: militari, guardie, un ferroviere, un postino, un maestro. 3 erano i religiosi. 8 persone avevano un mestiere in qualche modo riconosciuto, come mendicanti o accattoni. Rare le professioni intellettuali: due impiegati, un avvocato e un farmacista.

Fra le donne, l'occupazione è quasi sempre una qualifica di ruolo entro la famiglia, come accade per molte delle 253 villiche o contadine (56.5%). Solo l'11.9% delle donne aveva un lavoro proprio: artigiane, fruttivendole, ostesse, operaie, lavandaie o prostitute. C'erano 15 sarte o cucitrici, 14 serve, 2 maestre e 5 mendicanti.

Le donne sopra i 50 anni, specialmente le vedove, erano spesso commercianti, le giovani non sposate erano di solito artigiane.

I lavoratori e le lavoratrici agricoli erano spesso analfabeti, con correlazione significativa nei maschi dimessi ( $r=0.53$ ,  $p=0.000$ ); i commercianti maschi avevano un certo grado di educazione, così come le donne artigiane o casalinghe. Nessun impiegato pubblico era analfabeta.

**Figure 7:** Distribution of work/occupation in males (N=478) and females (N=462).



## Work/Occupation

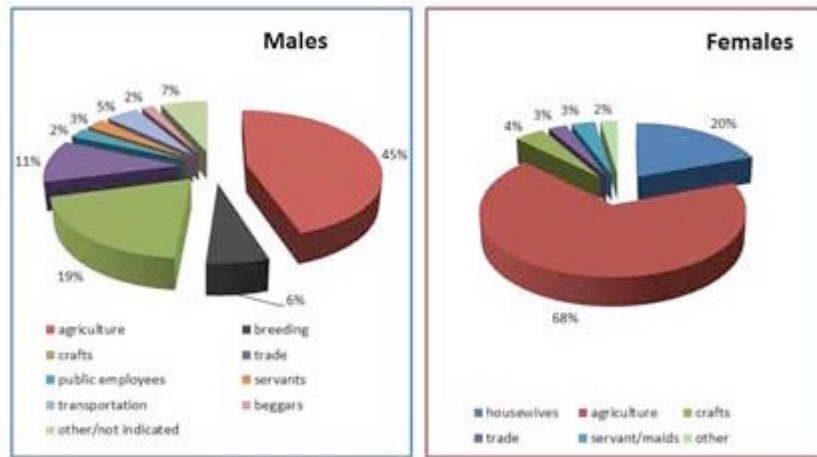


Figura 7: Distribuzione del lavoro/occupazione nei maschi (n=478) e nelle femmine (n= 462).

**Povert ** Quasi tutti i ricoverati erano in miseria. In 935 casi (99.47%) le cartelle amministrative includono un certificato di povert , che indicava l'assenza di propriet , di rendite e di introiti se non minimi; in molti casi, il certificato dichiarava addirittura l'assenza di ogni tipo di introito e una condizione di povert  assoluta.

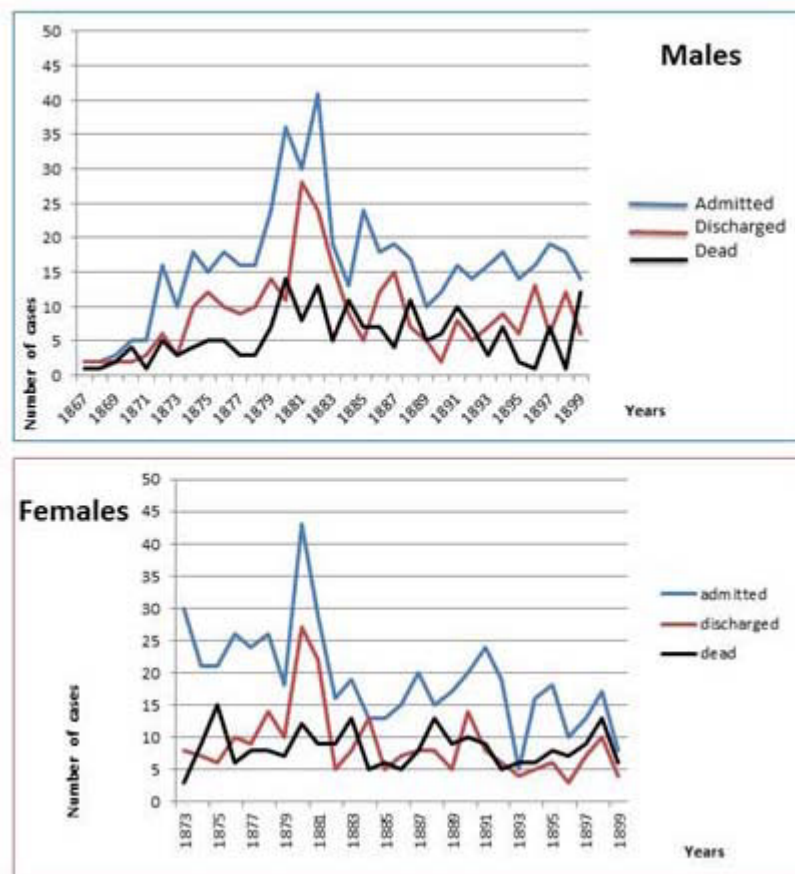
### Parametri clinici ed esiti

**Andamento dei ricoveri nel tempo e stagionalit .** 1088 ricoveri dal Polesine in 33 anni: significa, in media, un ricovero ogni 197 abitanti. Le giornate di ricovero, nel periodo studiato, sono, in totale, pi  di un milione (1010417), con una media di 4.7 giorni per abitante. La distribuzione dei casi nei diversi comuni ha grande variabilit : alcuni comuni hanno un alto tasso di ospedalizzazione rispetto agli abitanti, con un rapporto di 1:76, 1 ricovero ogni 76 abitanti, altri hanno un indice molto pi  basso, 1:1574, un ricovero ogni 1574 abitanti. Analogamente, i giorni di ricovero per abitante variano da 0.58 a 10.37 giorni per persona.

Il numero totale di ricoveri per ogni anno di calendario varia da un minimo di 2 (1867) a un massimo di 79 (1880); il periodo con il maggior numero di ricoveri, in entrambi i generi,   quello compreso fra il 1880 e il 1883. Gli ingressi erano pi  frequenti in primavera e in estate, fra maggio e agosto, e meno frequenti in inverno, sebbene con un picco a dicembre. Una rilevante percentuale di ricoveri in Ospedale psichiatrico, specialmente fra le donne, era preceduta da un periodo di ricovero in un Ospedale Generale, di durata variabile da pochi giorni a diversi mesi, e in molti casi di durata non quantificabile per assenza di dati.

L'uscita dall'Ospedale psichiatrico avveniva per dimissione o per morte, con un rapporto dimessi/morti di 1.29. In alcuni anni (1875, 1888, 1891, 1892, 1897, 1899) il numero dei morti era maggiore di quello dei dimessi (figura 8).





**Figura 8:** Andamento dei ricoveri del Polesine: trend di ammissione, dimissione e morte nei maschi, sopra (1867-1899) e nelle femmine, sotto (1873-1899).

**Diagnosi di ricovero** (figura 9). Nei maschi (N= 478) la diagnosi di pellagra è la più rappresentata (183 casi). La malattia era chiamata “frenosi” pellagrosa, mania pellagrosa, melanconia pellagrosa o demenza pellagrosa. Segni di pellagra, cutanei o gastrointestinali, erano comunque riportati, anche in assenza di diagnosi specifica, in 220 casi, quasi metà del campione (47.7%)

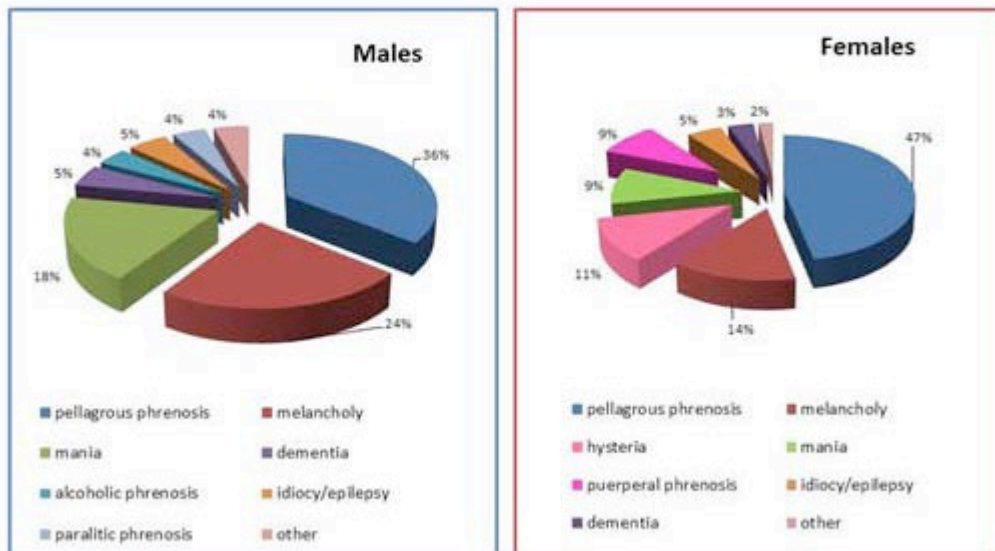
La melanconia, chiamata anche “lipemania”, semplice o con stupore, risulta molto comune, con 121 casi. Anche la mania è molto rappresentata, con 95 diagnosi, spesso accompagnate da specifiche di tipo eziologico (p.es. vascolare o da meningite), sintomatico (con o senza furore), sul contenuto dei deliri (vago, religioso o persecutorio) o l’andamento nel tempo (es: circolare)

Altre diagnosi frequenti sono: demenza di varia origine (primitiva, paralitica, alcolica, epilettica) con 25 casi; frenosi paralitica (21 casi), frenosi alcolica (20 casi), epilessia (15 casi) e idiozia (10 casi). Diagnosi rare sono: frenosi sensoriali, pazzia morale, monomania intellettuale, ipocondria, frenosi senile, meningite, follia circolare. In tre casi la diagnosi non è posta o è illeggibile; solo un caso fu definito “non pazzo”.

Anche nelle femmine (N = 462) la diagnosi prevalente è la pellagra, con 212 casi, nelle sue varianti con melanconia o mania o delirio. Sintomi di pellagra sono presenti in 206 casi, più di metà del campione (57.6%). Diagnosi peculiari delle femmine sono la frenosi isterica – assente nei maschi – con 50 casi e la frenosi puerperale con 39 casi.

Fra le diagnosi frequenti sono melanconia (63 casi, 8 dei quali con stupore) e mania (42 casi, 15 dei quali con furore). Ci sono 16 casi di demenza, 12 di idiozia e 10 di epilessia. Diagnosi poco frequenti sono monomania, frenosi alcolica, frenosi paralitica e ipocondria.

## Diagnosis of admission



**Figura 9:** Distribuzione delle diagnosi di ammissione in maschi e femmine: la diagnosi di pellagra (in blu) è prevalente. Isteria e frenosi puerperale sono peculiari nelle femmine.

La pellagra in tutte le sue manifestazioni sintomatiche correla positivamente con il lavoro in agricoltura:  $r=0.59$  ( $p=0.000$ ) nei maschi dimessi,  $r=0.58$  ( $p=0.0001$ ) nei maschi morti e  $r=0.56$  ( $p=0.0000$ ) nelle femmine dimesse; correla positivamente anche con la mancanza di istruzione:  $r=0.57$  ( $p=0.0000$ ) nei maschi dimessi e  $r=0.58$  ( $p=0.0000$ ) nei maschi morti. La malattia correla invece negativamente con l'età 21-30 anni nelle femmine dimesse ( $r=-0.51$ ,  $p=0.02$ ) e con lo stato civile libero nei maschi dimessi ( $r=-0.39$ ,  $p=0.012$ ) e nelle femmine dimesse ( $r=-0.57$ ,  $p=0.0001$ ). Correla negativamente anche con l'attività di casalinga nelle femmine dimesse ( $r=-0.62$ ,  $p=0.000$ ) e il lavoro di commerciante nei maschi dimessi ( $r=-0.64$ ,  $p=0.015$ ).

La mania è più comune fra i giovani, in entrambi i generi. Idiozia ed epilessia correlano positivamente con il nubilitato nelle femmine morte ( $r=0.84$ ,  $p=0.0000$ ).

La frenosi isterica, di solito associata allo stato di casalinga e al nubilitato, correla negativamente con la presenza di pellagra ( $r=-0.73$ ,  $p=0.0000$ ). La diagnosi non compare sopra i 60 anni.

La frenosi puerperale è più frequente nel gruppo di età 21-30 anni e nelle casalinghe.

### Durata del ricovero e sopravvivenza dopo l'ammissione

La durata del ricovero, nei dimessi, ha un range molto ampio: da 16 a 5091 giorni nei maschi (media 348.4 e d.s. 641.78) e da 13 a 5055 giorni nelle femmine (media 491.35, d.s. 696.9)

La sopravvivenza dopo il ricovero, nei morti, va da 5 a 8881 giorni nei maschi (media 900.06, d.s. 1410.1) e da 2 a 9123 giorni nelle femmine (media 1069.11, d.s. 1526.3)

I casi di pellagra erano spesso associati a morte entro i primi 100 giorni dal ricovero (correlazione 0.397 nei maschi e 0.30 nelle femmine). Per analizzare i fattori socio-economici che possono influenzare la probabilità di morte precoce in questo gruppo, abbiamo usato un'analisi multivariata, costruendo una regressione che ha le seguenti covariate: età, sesso (femminile), occupazione (agricoltura), stato civile (coniugate) e livello di istruzione (analfabete), presenza di figli. Tutte le covariate sono variabili binarie tranne l'età. I risultati evidenziano che il lavoro in agricoltura aumenta di tre volte la probabilità di morte precoce per pellagra, rispetto ad ogni altro tipo di occupazione; essere analfabete aumenta

drammaticamente (oltre 15 volte) la probabilità di morte precoce; anche l'età della paziente è positivamente correlata alla morte precoce (Tabella 2).

Considerando l'intero gruppo maschile, osserviamo che i bambini non sopravvivevano più di un anno; a partire dai 20 anni, le probabilità di morte entro un breve periodo aumentavano in proporzione con l'età; i maschi sposati e con figli morivano prima degli scapoli. Fra le femmine non si riscontrano correlazioni significative fra sopravvivenza dopo il ricovero ed età o stato civile, anche se le giovani donne non sposate sembrano avere migliori probabilità di sopravvivenza. Le diagnosi di ammissione di isteria, frenosi puerperale e mania si associano con migliore probabilità di sopravvivenza; nei maschi, questo accade per la diagnosi di melanconia.

**Esiti.** Una percentuale significativa di ricoveri (43.4%) terminava con la morte del paziente o della paziente in ospedale psichiatrico, evento più probabile nelle femmine (48.3% di decessi) rispetto ai maschi (38.7% di decessi). Il chi-quadro 2 (1) di Pearson è 8.7506, con  $p=0.003$ . Quando il ricovero terminava con una dimissione, l'esito veniva definito come "guarigione" (53.9% dei casi), "miglioramento" (37.8%) o "non miglioramento" (4.7%); in rari casi, la dimissione avveniva su richiesta dei familiari o del Comune, indipendentemente dallo stato clinico (3.6%)(Figura 10).

**Diagnosi di morte** (Figura 11). La diagnosi di morte più frequente (50 casi) negli uomini è la cachessia, spesso definita "pellagrosa". 34 casi morirono per infiammazione o infezione cerebrale (meningite o encefalite, acuta o cronica, paralisi progressiva), 18 per patologia gastrointestinale (diarrea, enterite, spesso associata con la pellagra), 18 per tubercolosi, 17 per malattie cerebrovascolari (apoplezia, emorragia, ictus), 13 per infezioni respiratorie (polmoniti e broncopolmoniti), 11 per cardiopatia (edema polmonare, infarto, pericardite), 8 per epilessia. Altre diagnosi di morte sono: setticemia, gangrena, erisipela, linfadenite, demenza senile. In 6 casi la causa è incerta o non dichiarata, in 9 casi la diagnosi è illeggibile. In molti casi, è riportata anche, come causa accessoria, gangrena su piaghe da decubito.

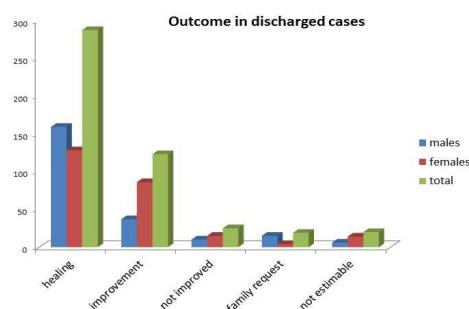
Nelle donne, le diagnosi principali di morte sono le patologie gastrointestinali (dissenteria, enteriti) e la tubercolosi (polmonare o intestinale) entrambe con 41 casi. 25 donne morirono per infezioni polmonari diverse dalla tubercolosi, 21 per infezioni o infiammazioni cerebrali, 20 per edema polmonare o cardiopatia, 16 per malattie infettive generalizzate (setticemia, gangrena, erisipela, vaiolo, tetano, tifo), 14 per cachessia, 13 per cerebropatie vascolari, 4 per neoplasie. Altre diagnosi di morte sono: corea, epilessia, linfadenite, febbre senza altre indicazioni. La diagnosi è assente in due casi.

La tubercolosi come causa di morte è assente nei maschi oltre i 50 anni e nelle femmine oltre i 70; le cardiopatie non compaiono come causa di morte nei maschi fino a 20 anni e nelle femmine sotto i 30.

Nei maschi, la morte per infezione o infiammazione cerebrale correla negativamente con la diagnosi di pellagra ( $r=0.75$ ,  $p=0.0005$ ); la morte per cachessia, invece, mostra una correlazione statisticamente significativa con la diagnosi di pellagra ( $r=0.79$ ,  $p=0.0000$ ).

Nelle femmine, non vi sono correlazioni statisticamente significative fra diagnosi di ammissione e diagnosi di morte.

Una correlazione statisticamente significativa è presente nel pattern di diagnosi di morte in funzione del sesso, come indicato dall'analisi del chi-quadro (Pearson chi-quadro(8)= 50.67,  $p=0.000$ ).



**Figura 10.** Distribuzione di frequenza degli esiti nei pazienti dimessi: totale e disaggregata per genere. Guarigione e miglioramento, a sinistra, erano più frequenti del non-miglioramento o della richiesta dei familiari.

**Tabella 1.** Caratteristiche socio demografiche nei gruppi dimessi e deceduti, disaggregati per genere.

	<i>Total males</i>	<i>Total females</i>	<i>Discharged males</i>	<i>Discharged females</i>	<i>Total Discharged</i>	<i>Dead males</i>	<i>Dead females</i>	<i>Total Dead</i>
<b>N. Folders</b>	478	462	293	239	532	185	223	408
<b>Mean age at the admission</b>	40.87	38.95	37.99	34.95	36.62	45.15	43.28	44.12
<b>Mean age of death</b>	--	--	--	--	--	47.64	46.62	47.08
<b>Marital status</b>								
Married	224	248	129	137	266	95	111	206
Unmarried	193	123	118	71	189	75	52	127
Widows/widowers	49	85	34	28	62	15	57	72
<b>Educational level</b>								
Illiterate	229	186	140	105	245	89	81	170
Low level	68	5	50	4	54	18	1	19
Able to read	69	20	53	14	67	16	6	22
Decent or good	20	8	11	6	17	9	2	11
Not indicated	92	243	39	110	149	53	133	186
<b>Work/occupation</b>								
Agriculture	213	285	139	140	279	74	145	219
Cattle breeding	29	--	16	--	16	13	--	13
Craft	88	20	57	12	69	31	8	39
Trading	40	10	23	6	29	17	4	21
Housewives	--	79	--	47	47	--	32	32
Public employees	12	2	7	2	9	5	--	5
Other	64	26	38	11	49	32	15	47
Not indicated	32	40	19	21	40	13	19	32
<b>Poverty</b>	475	459	292	237	529	184	222	406

**Table 2:** Logit regression: the dependent variable is pellagra diagnosis with death within 100 days of hospitalization, the covariates are as follows: age, sex (female), occupation (agriculture), marital status (married), and education level (illiterate), presence of children. All the covariates are binary variables except age.

	<b>Odds ratio</b>
Age	1.032++
	(0.013)
Female	0.439
	(0.589)
Agriculture	2.835++
	(0.466)
Married	0.758
	(0.485)
No education	14.756***
	(1.032)
Child	1.655
	(0.606)
Cons	0.003**
	(1.258)
N	173
Chi2(df.)	20.054(8)
R2_p	0.178
Correctly classified	79.19%
Hosmer-Lemeshow chi2(df)	4.25(8)
Robust standard errors in parentheses · $p < 0.10$ , $** p < 0.05$ , $*** p < 0.01$	

## Diagnosis of death

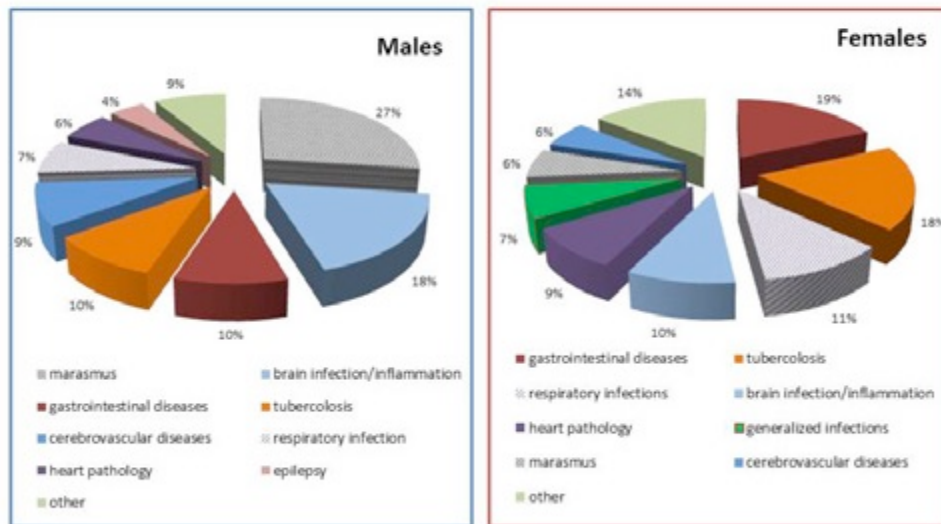


Figura 11. Diagnosi di morte nei maschi, a sinistra, e nelle femmine, a destra.

### Discussione

Le cartelle cliniche considerate, quasi un migliaio, forniscono una grande quantità di informazioni sanitarie, storiche e sociali.

Venivano ricoverate al manicomio persone di tutte le età, dai bambini (8 e 13 anni i più piccoli) agli anziani (78 e 79 anni); la maggior parte dei pazienti erano adulti, dai 21 ai 50 anni di età. Le donne erano più giovani degli uomini all'ingresso, come erano significativamente più giovani le persone poi dimesse, rispetto a quelle morte. Fra i giovani erano più numerosi i celibi e le nubili, fra gli adulti i coniugati; vi erano vedovi e vedove al di sopra dei 50 anni, con una distribuzione abbastanza prevedibile. È curioso il fatto che, al di sopra dei 60 anni, la vedovanza correlasse più con la dimissione che con la morte, risultando così una condizione di minor rischio. I matrimoni precoci erano rari: fra tutti i dimessi sotto i 20 anni, maschi e femmine, nessuno era sposato; il matrimonio precoce era più frequente nelle femmine morte e questo potrebbe indicarlo come un possibile fattore di rischio. Vi erano rare donne sotto i 20 anni con figli, ma nessun maschio di questa età ne aveva.

Il numero dei figli è un dato fortemente incompleto, in particolare nei maschi, con il 68% di dato non presente, ed è ulteriormente sottorappresentato per la mancata indicazione dei figli morti che compare solo aneddoticamente nei diari clinici delle donne; anche così, tuttavia, risulta evidente che la morte dei figli era un evento piuttosto comune, che riguardava almeno un decimo dei casi. Nonostante la rigida moralità, i diari clinici mostrano che esistevano figli anche al di fuori del matrimonio.

Il livello di educazione era molto scarso, con analfabetismo totale intorno al 40-47%; non era dovuto a una condizione di marginalità, rifletteva solo l'analoga condizione di tutta la popolazione del Polesine e d'Italia, come evidenziato dalle serie storiche dell'Istituto di Statistica (13), sebbene la legge dell'istruzione obbligatoria e gratuita per le prime due classi elementari fin dal 1877.

L'assenza di dati sull'istruzione in oltre metà del campione femminile, tuttavia, può essere un segnale di scarso interesse dei medici per questo aspetto, probabilmente considerato irrilevante per le donne.

L'elenco dei mestieri degli alienati riflette la parte più povera, e predominante, della società dell'epoca. L'agricoltura occupava, continuativamente o saltuariamente, circa metà di questa casistica: gli uomini per impegno diretto e le donne spesso perché legate a un comune destino familiare. Solo il 12% delle donne aveva un proprio lavoro e, a parte le due maestre, era di solito un lavoro umile e mal pagato. Le casalinghe sembrano godere di condizioni economiche leggermente migliori rispetto alle contadine, pur restando in una fascia di povertà.

In generale, il campione degli alienati riflette le caratteristiche della popolazione di origine: dedita all'agricoltura, con un bassissimo livello di istruzione, gravata da pesanti carichi familiari e colpita da numerosi lutti, caratterizzata da povertà estrema e condizioni di vita difficilissime. Non è un caso che la grande emigrazione dal Polesine sia iniziata in questo periodo: fra il 1876 e il 1899 quasi il 30 % della popolazione emigrò verso le Americhe, in particolare verso il Brasile (14,15)

Le informazioni cliniche sono, a nostro parere, l'aspetto più interessante di questa ricerca, che ci ha portato ad analizzare i fascicoli individuali, a leggere i diari clinici e consultare i registri autoptici, a identificare i medici dalle diverse scritture e dallo stile, a trovare occasionalmente riportate le parole dei pazienti, a vedere i loro volti nelle fotografie.

I medici di paese identificavano le persone con malattie mentali e ponevano una diagnosi. Sono queste diagnosi, spesso generiche, che vengono riportate nel frontespizio di cartella clinica dell'Ospedale: diagnosi basate su sintomi molto evidenti, e spesso soggette a grande variabilità di giudizio – a volte pregiudizio – dei diversi medici, privi di conoscenze psichiatriche specifiche. Ciò riduce l'attendibilità del parametro, alterando le correlazioni con gli altri parametri. Un paragone con la nosografia corrente, per esempio, è molto difficile e richiederebbe un'analisi approfondita caso per caso.

In questo campione, la melanconia è più frequente negli uomini, e potrebbe essere paragonabile con la sindrome depressiva, se non emergessero, in molti casi, gravi malattie organiche, come esiti di ictus, cardiopatie o infezioni generalizzate. La melanconia con stupore, in particolare, è frequentemente associata con tubercolosi non ancora conclamata. Analogamente, la mania è qualche volta usata come sinonimo di agitazione generalizzata, purtuttavia in alcuni casi sembra soddisfare completamente i criteri diagnostici attuali.

La demenza è una categoria qui molto eterogenea, ulteriormente etichettata come: primitiva, paralitica, alcolica, epilettica o senile, indicando un tipo di percorso finale comune per diversi processi patologici. Sorprendentemente, non appare una sua correlazione con le malattie cerebrovascolari, e non è mai diagnosticata sopra i 60 anni.

Le persone affette da epilessia erano inviate in manicomio: giovani, non sposate, senza un mestiere, con poche probabilità di dimissione e alte probabilità di morte durante il ricovero. Se sopravvivevano, le loro cartelle cliniche erano caratterizzate da aggettivi negativi: pigro/a, cattivo, dispettoso.... tutti considerati espressione del "carattere epilettico", un pregiudizio spesso tuttora esistente.

I bambini ricoverati, cerebrolesi o con handicap multipli, erano inviati in ospedale per "impossibilità di sorvegliarli", con aspettative non realistiche di educazione. La stessa motivazione – la sorveglianza – era alla base del ricovero degli anziani, spesso appartenenti a famiglie numerose. Il mito della famiglia patriarcale e della bucolica società contadina accogliente del passato, visto da questo osservatorio, appare più una favola che una realtà: la vera realtà era che per le persone improduttive e bisognose di assistenza non vi era posto in famiglia, nemmeno allora.

Le donne ricevevano etichette diagnostiche peculiari: la frenosi puerperale (quando si ammalavano dopo un parto o durante un allattamento, indipendentemente dai sintomi) e la frenosi isterica (10.4 % dei casi). Quest'ultima categoria era usata esclusivamente per le donne non sposate, indipendentemente dai sintomi e, in questa casistica, senza alcuna correlazione significativa con tutti gli altri parametri. Al contrario, l'opinione dei medici, o meglio il pregiudizio, risulta rilevante: essi descrivono queste donne come lamentose, capaci di piangere per nulla, ma i diari clinici successivi e spesso i referti autoptici mostrano l'esistenza di gravi malattie, come la peritonite o pleurite tubercolare, o lesioni neurologiche.

Nelle cartelle di questa casistica è molto difficile riconoscere la schizofrenia, la principale psicosi di ora, non ancora definita come sindrome all'epoca; solo casi sporadici potrebbero soddisfare i criteri diagnostici attuali. La classificazione psichiatrica è cambiata moltissimo nell'arco di un secolo; applicando i criteri attuali, la grande maggioranza dei casi di questo campione appartenerrebbe alla categoria "Disturbi Mentali dovuti a Patologie Mediche Generali".

La malattia prevalente nel gruppo studiato era la pellagra, con circa metà dei casi; era facilmente diagnosticata per i sintomi caratteristici, specialmente l'eritema cutaneo. Era più probabile una sottostima, in quanto la malattia era così diffusa e cronica da poter essere considerata poco rilevante. Nel Polesine, risultava ufficialmente affetto il 37.07 % della popolazione (16,17).

La pellagra era apparsa sporadicamente in Italia nel diciassettesimo secolo e si era diffusa nel secolo successivo, con l'espansione della coltura del granturco: inizialmente introdotto come cibo per i tempi di carestia, il mais era divenuto una coltura preferenziale, specialmente nella fertile pianura padana, per l'alta resa e i notevoli guadagni (18). Nel diciannovesimo secolo, la proprietà della terra passò gradualmente dai contadini ai grandi proprietari, che vivevano altrove, e potevano ridurre a loro piacimento le paghe dei lavoratori e le percentuali di raccolto dovute ai coloni. L'incremento di ricchezza dei ricchi corrispondeva così ad un aumento del numero dei poveri e della loro miseria: il loro unico cibo era il mais, in forma di polenta, e spesso scarseggiava anche questo.

La nutrizione esclusiva con mais causava inizialmente debolezza e lesioni cutanee caratteristiche: eritema fotosensibile, ulcerazioni e piaghe. Con il passare del tempo, compariva diarrea cronica, resistente ad ogni trattamento. In seguito comparivano i sintomi neurologici, come i disturbi dell'equilibrio e della sensibilità propriocettiva e le parestesie, infine i sintomi psichiatrici: allucinazioni, deliri, insonnia, agitazione o catatonìa, stati confusionali e deficit cognitivi. La presente casistica evidenzia, nel suo insieme, il decorso tipico della malattia.

I medici condotti e i maestri, che vivevano a stretto contatto con la popolazione, erano profondamente consapevoli dello stretto legame fra miseria e malattia (19,20). Gli "specialisti", invece, discutevano altrove sull'eziologia: molti di essi sostenevano che la malattia fosse contagiosa o ereditaria, perché intere famiglie ne erano affette; altri (21) sostenevano la teoria del mais avariato, mal conservato da contadini ignoranti. La gente si ammalava in primavera, quando finivano le scorte di cibo; negli anni di carestia, la malattia aumentava. Molto probabilmente, è questa la causa dell'aumento di ricoveri negli anni 1879-1881: l'aumento delle tasse e il calo dei salari spinsero vaste fasce di popolazione dalla povertà alla fame, aumentando significativamente le richieste di ricovero. Ne risultò un aumento del turnover, poiché i letti disponibili erano invariati.

Alla fine, Goldberger (22), un epidemiologo del Servizio di Salute Pubblica statunitense, capì e dimostrò la correlazione fra la malattia e la mancanza di alcuni fattori nutrizionali, stabilendo che essa si preveniva con una dieta bilanciata e variata; ma questo avvenne dopo. Nel ventesimo secolo, il fattore carente fu poi identificato nella niacina o vitamina PP – Pellagra Prevention (23,24)

Nella presente casistica, le persone più colpite dalla pellagra erano i contadini, in particolare le donne e gli uomini anziani; era anche più comune fra le persone sposate e con figli. Con tutta probabilità, dove il cibo era scarso e aumentava la competizione per esso, i più deboli o i più altruisti erano più malnutriti degli altri. E' inoltre interessante notare che, a parità di condizioni di vita, la presenza di un grado di istruzione anche minimo si associava con una minore vulnerabilità alla pellagra.

Nei primi decenni del ventesimo secolo la pellagra diminuì in Polesine, con l'istituzione dei dispensari di cibo, ma fu eradicata completamente solo dal miglioramento delle condizioni di vita, nella seconda metà del Novecento.

Attualmente, la malattia è riportata sporadicamente (25,26), in associazione con anoressia nervosa (27), chemioterapia e uso di isoniazide (28) o alcolismo cronico (29). In molte parti del mondo, tuttavia, le condizioni di vita sono simili a quelle del Polesine nell'Ottocento, forse anche peggiori: in luoghi dove la fame è endemica, le sindromi simil-pellagrose sono molto probabili. E quante altre malattie carenziali possono causare problemi psichici con disabilità? In tutti questi casi, la terapia di prima scelta non è farmacologica: è il miglioramento delle condizioni di vita.

Cosa accadeva alle persone dopo il ricovero all'Ospedale psichiatrico di Venezia? Alcuni dei pazienti arrivavano già molto gravemente malati, e morivano dopo pochi giorni o entro i primi tre mesi. I più vulnerabili erano i bambini, gli uomini anziani e le persone adulte sposate e con figli. Quelli che superavano i primi tre mesi e riuscivano a mangiare ed assimilare il cibo, nonostante la diffusissima diarrea, avevano buone probabilità di sopravvivere. Di fatto, la disponibilità di cibo era probabilmente la principale terapia psichiatrica, a quel tempo.



Molte persone rimanevano in ospedale per tutta la vita, in uno stato di deterioramento cronico e progressivo, con altissima probabilità di ammalarsi di malattie infettive come tubercolosi, erisipela, tracoma, parassitosi intestinali, gastroenteriti, polmoniti, meningiti. La probabilità di morire in ospedale era elevata (43.4%) e lo era ancor di più per le donne (48.3%). Forse le donne morivano più degli uomini per la maggiore denutrizione, ma è possibile che la maggiore mortalità derivasse anche da fattori ambientali: maschi e femmine erano ricoverati in due isole diverse, anche se non lontane, e la diffusione delle malattie infettive poteva essere differente. È interessante notare che le diagnosi peculiari delle femmine, la frenosi puerperale e l'isteria, si associavano a migliore probabilità di sopravvivenza.

In alcuni anni, il numero delle persone morte superava quello delle persone dimesse: gli anni "neri" per i ricoverati del Polesine sono 1880, 84, 88, 91, 99. Fra essi, solo il 1888 e il 1891 mostrano un trend simile nell'intero ospedale. I maschi, in particolare gli anziani, morivano soprattutto di cachessia, spesso legata a malnutrizione e pellagra, e di malattie infettive o infiammatorie cerebrali; le femmine giovani morivano principalmente per tubercolosi e gastroenterite. Le infezioni di ogni tipo, in assenza di cure efficaci, erano quasi sempre fatali. Chi finiva allettato, per i motivi più vari, finiva per morire presto per piaghe da decubito.

Nonostante tutto, molte persone, più della metà, miglioravano. Il miglioramento riguardava inizialmente le condizioni fisiche e successivamente quelle psichiche. Cessava l'agitazione, i sintomi diminuivano e le persone iniziavano a lavorare entro l'ospedale. Leggendo le cartelle, risulta evidente un decorso positivo in qualche modo "standard", che era così composto: una fase iniziale acuta fortemente sintomatica, seguita da miglioramento clinico e avviamento al lavoro nelle varie aree interne (lavanderia, calzoleria, carpenteria, sartoria, colonia agricola per gli uomini; cucito o pulizie per le donne), diligenza ed efficienza sul lavoro e infine dimissione. I lavoratori abili venivano dimessi in tempi brevi, anche se ancora parzialmente sintomatici, tenendo così in considerazione non solo i sintomi, ma anche l'utilità sociale e la possibilità di integrazione attraverso il lavoro. La durata media del ricovero, nei dimessi, era significativamente più alta nelle donne rispetto agli uomini, indicando maggiore cronicità o peggior stato psicopatologico iniziale, o minor incentivo alla dimissione, o forse una maggiore "protezione" da parte dei curanti.

La durata del ricovero era correlata a fattori clinici, come la gravità dei sintomi o le condizioni fisiche generali, ma anche a fattori esterni, come le richieste della famiglia o del Comune di residenza, che potevano accelerare o rinviare la dimissione. In molti casi, la dimissione di pazienti dichiarati già guariti risultava molto difficile, perché nessuno li andava a prendere. Questa situazione era così comune da portare a provvedimenti amministrativi, come il porre a carico dei Comuni di residenza la retta dei giorni successivi alla dichiarazione di guarigione.

Fra le persone dimesse, l'esito prevalente era la guarigione (53.9% dei casi), senza differenze fra maschi e femmine, e anche il miglioramento era frequente (37.8% dei casi). Pochi pazienti avevano un andamento "a porta girevole", con frequenti dimissioni e riammissioni. Da dove, allora, nasce il pregiudizio comune che la malattia mentale sia incurabile, se le persone guarivano anche in tempi privi di ogni cura efficace, con il ricovero in manicomio come unica politica di cura?

## **Genere**

Nel campione di questo studio emergono rilevanti differenze di genere: le donne, meno istruite degli uomini, si ammalano ad un'età più giovane, restano ricoverate più a lungo, sono più soggette a morire entro l'Ospedale e sono valutate con differenti criteri diagnostici. La peggior prognosi potrebbe essere correlata ad una generale carenza di diritti delle femmine nella popolazione del Polesine? È una delle ipotesi possibili, in quanto, all'epoca, le donne avevano meno diritti degli uomini: prive del diritto di voto, passavano dalla tutela del padre a quella del marito, ed erano in posizione subordinata sia dentro la famiglia che fuori.

## **Povertà**

Uno dei risultati più rilevanti di questa ricerca è la prevalenza della povertà (99.7%) nel campione. L'Organizzazione Mondiale della Salute sottolinea lo stretto legame fra povertà e carenza di salute, che è "strettamente intrecciata con la mancanza di potere, la marginalizzazione e l'esclusione" (30,31) e ribadisce

che la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere: “Non c’è salute senza salute mentale” (32).

La correlazione fra salute mentale e povertà emerge da numerosi dati di letteratura (33,34): le persone affette da disturbi mentali sono spesso marginalizzate e cadono in uno stato di “povertà acquisita”(35), ma la povertà stessa può causare malattie, riducendo la disponibilità e l’accessibilità alle risorse, o agendo come fattore di rischio attraverso fattori economici di stress (36). I bambini che crescono in povertà e in condizioni di denutrizione cronica hanno un aumentato rischio di patologia psichiatrica (37)

Le malattie mentali si traducono anche in un aumento di carico finanziario per l’individuo e per la società, portando a minor produttività, inabilità al lavoro e spese per l’assistenza e la cura.

La povertà precede la malattia mentale in più di metà dei casi di questa ricerca. Malnutrizione e cattive condizioni di vita risultano essere le principali cause di malattia mentale e ospedalizzazione, in questa casistica.

## **Conclusioni**

Lo studio retrospettivo dei documenti d’archivio rende disponibili grandi serie di casi, dall’esordio all’esito di una malattia, e ci permette di rivederli alla luce delle attuali conoscenze.

I risultati più salienti di questo studio, che riguarda l’intera popolazione di alienati di un’area geografica, il Polesine, a nostro parere sono:

- l’alto numero di ricoveri, in rapporto agli abitanti: un ricovero ogni 197 abitanti, in un periodo di trent’anni circa
- la presenza di differenze di genere significative nei decorsi e negli esiti
- l’alta probabilità di morte durante il ricovero, che riguarda quasi la metà dei casi
- l’alta probabilità di guarigione nei sopravvissuti
- l’alta percentuale di disturbi psichici dovuti a malattie organiche, oltre i 2/3, che dovrebbe far riflettere sulla rigida divisione che molti professionisti della salute mantengono fra malattie della mente e malattie del corpo

Il dato più significativo di questa ricerca è l’estensione della povertà nel gruppo dei pazienti ricoverati e in tutta la popolazione del Polesine. Gli alienati rappresentavano la punta di un iceberg, gli elementi più fragili o più “agitati” di intere famiglie che soffrivano di malnutrizione e di pellagra, di generazione in generazione. Molte persone erano morte per la malattia, altre si sarebbero ammalate negli anni successivi: in questa popolazione, che viveva sotto la soglia di povertà, quelli che non morivano rapidamente avevano un costo di assistenza altissimo.

Dovremmo riflettere su questa lezione dal passato da un punto di vista sociale, anche in termini di economia e pianificazione sanitaria: se molte persone sono povere, molti saranno gli ammalati e, al di là di una soglia critica, non sarà possibile ignorarli; di conseguenza, saranno le amministrazioni pubbliche a dover pagare il costo della povertà.

Attualmente, le politiche sanitarie tendono a disinvestire dai servizi pubblici e dalla prevenzione; sarebbe il caso di chiederci come e quanto i risparmi – o tagli - di oggi si tradurranno in costi futuri.

## **Ringraziamenti**

Esprimiamo il nostro ringraziamento a Ms Bonnie Maldonado per la versione inglese di questo lavoro e i suggerimenti; esprimiamo la nostra gratitudine al dott. Lucio Strumendo, che decise di istituire l’Archivio dell’Ospedale Psichiatrico di Venezia.

## **Bibliografia**

1. Ketelaar E. Tacit Narratives: The Meanings of Archives. *Archival Science* 2001; 1(2): 131-41.
2. Vico G. Principj di una Scienza Nuova, Libro quinto. Napoli: Stamperia Muziana; 1744.
3. Franzina E. Merica! Merica! Venezia: Cierre; 1994. Italian.
4. Vanzan Marchini NE. San Servolo e Venezia. Un’isola e la sua storia. Venezia: Cierre; 2004. Italian.
5. Lovric M. The islands of the mad. *Hidden Europe*. 2007; 17.
6. Granger B. San Servolo, l’île des fous. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*. 2009; 7: 3-4.
7. Salviato A. Pellagra e pazzia: i manicomi di San Servolo e di San Clemente. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana; 2002. Italian.

8. Galzigna M, Terzian H, editors. *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione*. Venezia: Marsilio; 1980. Italian.
9. Wilms W. *San Clemente. Storia di un'isola veneziana. Uno dei primi manicomi femminili in Europa*. Venezia: Centro tedesco di studi veneziani; 1993. Italian.
10. Leti G, Cerbara L. *Elementi di Statistica Descrittiva*. Bologna: Il Mulino; 2009. Italian.
11. Brown MB, Benedetti JK. On the mean and variance of the tetrachoric correlation coefficient. *Psychometrika*. 1977; 42: 347-55.
12. Anderson TW. *An introduction to multivariate statistical analysis*. Hoboken: Wiley; 2003.
13. Italian National Institute of Statistics ISTAT.
14. Sori E. *L'emigrazione italiana dall'Unità alla seconda guerra mondiale*. Bologna: Il Mulino; 1979. Italian.
15. Anonymous. *Veneto tra ottocento e novecento*.
16. Zerbini L, editor. *Granoturco e pellagra nella vita rurale dell'Italia di ieri*. Badia Polesine: ISeRS; 2000. Italian.
17. Ministero Agricoltura e Commercio. *La pellagra in Italia, 1879*. *Annali di Agricoltura* 1880; 18. Italian.
18. Messedaglia L. *Il mais e la vita rurale italiana*. Saggio di storia agraria. Piacenza: Federazione Italiana dei Consorzi Agrari; 1927. Italian.
19. Bertolotti C. *La pellagra. Bibliografia degli studi dal 1776 al 2005*. Mantova: Istituto Mantovano di Storia Contemporanea. 2009; Italian.
20. Mariani-Costantini R, Mariani Costantini A. An outline of the history of pellagra in Italy. *Journal of Anthropological Sciences*. 2007; 85: 163- 71.
21. Lombroso C. *Trattato profilattico e clinico della pellagra*. Torino: Fratelli Bocca; 1892. Italian.
22. Goldberger J, Waring CH, Willets DG. The Treatment and Prevention of Pellagra. *Public Health Reports*. 1914; 29(43): 2821-5.
23. Elvehjem CA, Madden RJ, Strong FM, Wolley DW. Relation of nicotinic acid and nicotinic acid amide to canine black tongue. *J Am Chem Soc*. 1937; 59(9): 1767- 8.
24. Harris LJ. The Vitamin B2 Complex. Further notes on "Monkey Pellagra" and its cure with Nicotinic Acid. *Biochem J*. 1938; 32(9): 1479-81.
25. Wang W, Liang B. Case report of mental disorder induced by niacin deficiency. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2012; 24(6): 352-4. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2012.06.008.
26. Pila Pérez R, Pila Pelàez R, Holguin Prieto VA, Torres Vargas E, Rosales Torres P. *Pelagra: enfermedad antigua y de actualidad*. *Archivo Médico de Camagüey*. 2013; 17(3): 381-92.
27. Jagielska G, Tomaszewicz-Libudzic CE, Brzozowska A. Pellagra: a rare complication of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16(7): 417-420.
28. Stratigos JD, Katsambas A. Pellagra: a still existing disease. *Br J Dermatol*. 1977; 96(1): 99-106.
29. Oldham MA, Ivkovic A. Pellagrous encephalopathy presenting as alcohol withdrawal delirium: A case series and literature review. *Addict Sci Clin Pract*. 2012; 7: 12. doi: 10.1186/1940-0640-7-12.
30. World Health Organization. *Mental Health, Poverty & Development. Breaking the vicious cycle between mental ill-health and poverty*. Geneva: World Health Organization; 2007.
31. World Health Organization. *Mental Health and Development. Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. Geneva: World Health organization, 2010.
32. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590): 859-77.
33. Saraceno B, Barbui C. Poverty and Mental Illness. *Can J Psychiatry*. 1997; 42(3): 285-90.
34. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010; 718(3): 517-28. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027.
35. Hudson CG. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *Am J Orthopsychiatry*. 2005; 75(1): 3-18.
36. Kuruvilla A, Jacob KS. Poverty, social stress & mental health. *Indian J Med Res*. 2007; 126(4): 273-8.
37. Weinreb L, Wehler C, Perloff J, Scott R, Hosmer D, Sagor L, et al. Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics*. 2002; 110(4): e41.

