# La Riforma Giolittiana e il destino dei fragili

## Un'analisi della mortalità all'interno dei manicomi dell'Italia tra Ottocento e Novecento

GABRIELE RUIU
Università di Sassari

*La pazzia è come le termiti che si sono impadronite di un trave.*
*Questo appare intero.*
*Vi si poggia il piede, e tutto fria e frana.*
*Follia maledetta, misteriosa natura.*
(Mario Tobino, *Per le antiche scale*, 1972)

### 1. Introduzione

Nell'Italia di fine Ottocento, il dibattito sulla natura e sulle condizioni dei manicomi era accesissimo e durava ormai da circa trent'anni dopo che svariati tentativi di riforma erano falliti (Canosa 1979). Gli psichiatri italiani si rendevano conto che la situazione stava diventando insostenibile e che i malati di mente erano semplicemente 'immagazzinati' negli istituti in attesa di morire. L'inchiesta Belmondo condotta a Venezia nel 1901 aveva portato alla luce le condizioni inumane in cui i pazienti si trovavano. Essi, infatti, erano tenuti «…colle catene e coi ceppi e le balze di ferro alle mani e ai piedi, sulle nude carni contuse, intormentite e sanguinose per settimane, per mesi, per anni, senza alcuna vigilanza medica, e mantenuti per tanto tempo in sì raccapriccianti condizioni per le stesse ragioni per cui in altri tempi languivano i prigionieri alla Bastiglia: perché nessuno si ricordava più di loro e dell'ordine una volta dato di tenerli chiusi» (Tamburini, 1902, p. 724) e sorvegliati, più che presi in cura, da un personale brutale e totalmente inadeguato (si veda Salvato 2002). Spesso ai manicomi mancavano addirittura di infermerie o di adeguati sistemi fognari e/o dell'acqua corrente (Tamburini, Fornasari di Verce 1900).

Se una parte degli alienisti italiani lanciava appelli per cambiare la situazione, il periodo sott'esame era anche quello in cui Cesare Lombroso sviluppava la sua teoria dell'atavismo, che, oltre a rappresentare una giustificazione scientifica alla creazione dei manicomi criminali, contribuiva a dipingere la malattia mentale come uno step regressivo nel processo di evoluzione della specie umana. Per Lombroso se la follia era atavismo, allora essa non poteva essere guarita; il 'matto' era destinato a rimanere tale. L'obiettivo non poteva quindi essere più la riabilitazione, ma la segregazione. Il disabile mentale, così come il criminale, andava isolato in manicomi o istituti speciali per impedire che danneggiasse la società o trasmettesse i suoi tratti ereditari (Mazzarello 2011). Fu proprio questa visione che ispirò la riforma Giolittiana del 1904, in accordo alla quale tutti i soggetti con disturbi mentali che

SIDeS, «Popolazione e Storia»,
1/2026, pp. 9-33. DOI: 10.4424/ps2026-1

fossero ritenuti pericolosi per sé o per altri (o che potessero dar pubblico scandalo) dovevano essere ricoverati nei manicomi. La legge conferiva poteri quasi assoluti al direttore del manicomio, che era il responsabile unico sia della gestione terapeutica che di quella amministrativa. Egli decideva autonomamente sulle ammissioni e, soprattutto, sulle dimissioni. Un potere praticamente illimitato sulla sorte di migliaia di pazienti che secondo alcuni autori causerà anche l'abuso che il regime fascista fece dell'istituzione al fine di reprimere e screditare i contestatori (Petracci 2014).

L'Italia rappresenta un caso studio affascinante. Il Paese fu infatti sede di alcune delle prime riforme umanitarie nell'assistenza psichiatrica, in particolare quelle di Vincenzo Chiarugi nella fine del XVIII secolo a Firenze. Tuttavia, divenne anche un baluardo del rigido determinismo biologico di Cesare Lombroso. Al culmine di questa traiettoria, lo stato italiano fu pioniere dell'atto legislativo più radicale al mondo, la legge Basaglia nel 1978 (vedi Foot 2015) che impose la chiusura dei manicomi (anche se nel concreto questa avvenne gradualmente nel tempo).

Questo articolo mira ad analizzare una piccola parte di questa tumultuosa storia – in particolare gli anni intorno alla riforma del 1904 – per capire se, nonostante i suoi difetti, sia stata almeno in grado di ridurre la mortalità all'interno delle istituzioni. A tal fine, viene utilizzato un campione di circa 1.200 pazienti le cui informazioni derivano dal progetto 'Carte da Legare'. Quest'ultimo è un'iniziativa del Ministero della Cultura della Repubblica Italiana e mira a preservare le storie degli internati attraverso un imponente sforzo di digitalizzazione delle cartelle cliniche.

Il documento è organizzato come segue: nella seconda sezione, dopo una discussione sull'evoluzione storica dell'approccio alla 'follia' in Europa avente l'obiettivo di far capire come si arrivò al concetto 'pineliano' di manicomio, ci si concentra sulle condizioni dei manicomi italiani e sul contesto che portò all'introduzione della legge n. 36 del 1904. Vengono poi presentati dati e i metodi utilizzati ed infine proposte alcune considerazioni finali.

## 2. Breve storia dell'approccio verso i 'matti'

*2.1. Dal Medioevo al Grande Confinamento.* L'era pre-manicomiale, che abbraccia il Medioevo e il Rinascimento, non fu caratterizzata da una singola risposta monolitica all'afflizione mentale, ma da un pluralismo complesso e spesso contraddittorio di credenze e pratiche. Spiegazioni teologiche, mediche e folcloristiche coesistevano, generando risposte diverse che spaziavano dal pellegrinaggio religioso, all'uso di erbe medicinali, alla contenzione fisica e all'esorcismo.

Uno stereotipo moderno suggerisce che l'Europa medievale considerasse uniformemente la malattia mentale come segno di possessione demoniaca o stregoneria (Kemp 1985). Sebbene la demonologia funzionasse certamente come un quadro esplicativo comune, la realtà storica era molto più sfumata e complessa. Il comportamento anomalo veniva spesso attribuito a forze soprannaturali e l'esorcismo veniva comunemente impiegato come trattamento primario, scacciando gli spiriti maligni attraverso la preghiera, la magia o l'uso di reliquie sacre. Il famigerato manuale di caccia alle streghe, *Malleus Maleficarum*, offriva una guida codificata per gli inquisitori, e per oltre due secoli, alcuni individui che oggi riconosceremmo come persone con deficit mentali furono effettivamente perseguite come streghe

(Mora 2008). Tuttavia, questa narrazione è incompleta. Kemp (1985) sostiene che il legame tra disturbi mentali e caccia alle streghe non era così scontato, specialmente nel periodo medievale, e che gli scrittori contemporanei spesso confondono due fatti: anche se la malattia mentale veniva spesso attribuita a maledizioni, ciò non significa che i malati fossero automaticamente processati per stregoneria, ma anzi venivano spesso considerati le vittime di sortilegi. Ad esempio, Fiorino (2002) riporta che, la possessione demoniaca era la causa più frequentemente citata per le donne con problemi di salute mentale, mentre per gli uomini la rappresentazione più comune era quella di una persona che si era arresa al peccato. Pertanto, le persone con problemi di salute mentale erano, in molti casi, considerate vittime delle streghe o persone che pagavano le conseguenze dei propri peccati, ma non direttamente perseguitati in quanto seguaci del maligno.

Contemporaneamente, le tradizioni mediche naturalistiche risalenti alla tradizione greco-romana rimasero altrettanto centrali al trattamento dei malati. La teoria ippocratico-galenica dei quattro umori (sangue, catarro, bile gialla e nera) continuò a plasmare il pensiero medico, interpretando i disturbi mentali come il risultato di uno squilibrio corporeo. Ad esempio, un eccesso di bile nera era associato alla melanconia (depressione), mentre un eccesso di bile gialla era associato alla mania (Miteva 2022). Di conseguenza, i trattamenti medici come il salasso, la purga e la somministrazione di rimedi erboristici erano comuni, spesso sovrapposti alle terapie religiose. La Chiesa, che spesso supervisionava la cura dei malati mentali, non considerava gli interventi spirituali e medici come mutuamente esclusivi (Porter 2002).

Prima dell'istituzionalizzazione della follia, le responsabilità di cura ricadevano principalmente sulle famiglie e sulle comunità locali. Finché gli individui non erano pericolosi per sé stessi o per gli altri, spesso venivano tollerati e integrati nella vita quotidiana. Le comunità svilupparono strategie molto flessibili per adattarsi alle differenze. Ad esempio, Harris (2011) riporta che la 'Festa degli Folli' praticata soprattutto nella Chiesa francese, e spesso mal interpretata come un atto di ribellione verso la Chiesa stessa, in realtà mirava ad invertire le gerarchie sociali per un giorno, normalizzando simbolicamente la follia attraverso il caos ritualizzato, rifacendosi ad un verso del *Magnificat* «Ha rovesciato i potenti dai troni, ha innalzato gli umili». Tali eventi servivano probabilmente da valvole di sicurezza sociale, diminuendo paura e stigma. Holland (2002) documenta similmente come le comunità spesso accompagnassero le persone con afflizioni mentali in pellegrinaggi alla ricerca della guarigione divina.

Oltre all'approccio medico e religioso anche le superstizioni si aggiungevano a complicare il quadro. Una delle più evocative era l'idea dell'esistenza di una 'pietra della follia' conficcata nel cranio degli afflitti e causa dei loro problemi. Questa convinzione diede origine ad una macabra pratica immortalata nel dipinto di Bosch, *La cura della follia*, ovvero l'estrazione chirurgica della pietra da parte di ciarlatani-guaritori (Kao 2000). Anche il folclore italiano è ricco di esempi. L'epilessia o 'mal di luna' nella credenza popolare si reputava causata dall'influenza nefasta del nostro satellite (Priori 1950). Fiorino (2002) riporta che in Abruzzo durante la festa di San Donato (patrono delle persone epilettiche e spesso non a caso rappresentato con

una mezzaluna in mano), i parenti del malato pesavano il proprio caro e offrivano in dono l'equivalente in grano in richiesta di miracolo, oppure, per chi non poteva permetterselo, la donazione poteva essere sostituita con un gesto di penitenza quale lo strisciare lungo tutta la navata della chiesa con la lingua a terra fino al raggiungimento della statua del Santo. Ancora, un attacco epilettico veniva affrontato causando una piccola ferita o toccando il malato con ferro arroventato nella convinzione che ciò lo avrebbe riportato alla normalità.

L'esempio forse più noto dell'approccio comunitario alla malattia mentale è l'esorcismo musicale noto come Taranta, praticato in Puglia per curare il tarantismo, ovvero una serie di disturbi psico-motori, dissociativi e/o depressivi, causati molto probabilmente dalla prolungata deprivazione sociale e materiale a cui specialmente le donne erano soggette nel mondo agricolo, ma che nel folclore veniva attribuita al morso della tarantola (De Martino 1961)[1].

Quando le risorse comunitarie si esaurivano o gli individui diventavano violenti, forme rudimentali di assistenza istituzionale venivano talvolta usate come ultima risorsa (Mora 2008). Queste erano raramente strutture costruite appositamente; i monasteri, o le chiese venivano spesso adattati per il contenimento e la cura. Alcuni santuari, come quello di Santa Dymphna a Geel, Belgio, divennero centri riconosciuti di guarigione, evolvendosi infine in *hospice* con lunghe tradizioni di affido familiare per malati di mente (Alexander, Selesnick 1966; Goldstein 2001).

Sebbene rare, esistevano anche delle forme di confinamento. In alcune parti del Sacro Romano Impero, come Erfurt (Turingia), nel 1385, persone con problemi di salute mentale furono internate nel *tolboken* (ospedale psichiatrico), una sezione speciale dell'Ospedale Grosse; lo stesso accadde a Danzica (Polonia) già dal 1325 (Fisher 1933). L'Hôtel-Dieu di Parigi riservava degli spazi limitati ai 'matti'. La struttura forse più tristemente nota era il Priorato di Santa Maria di Betlemme a Londra – fondato nel 1247 – che nel XV secolo ospitava sei uomini considerati 'pazzi'. Col tempo, 'Bedlam' sarebbe diventato un sinonimo di incarcerazione e sofferenza dei malati. Si veda invece Roscioni (2003) per una storia della segregazione in Italia nell'epoca moderna.

Foucault (1972) sostiene che con l'emergere del manicomio moderno, il dialogo con la follia – così vivido nel Rinascimento – fu definitivamente spezzato. La follia non era più vista come una forma di saggezza invertita, ma come una caduta dalla ragione alla bestialità. Questo cambiamento ebbe conseguenze materiali. Se i pazzi venivano percepiti come esseri meno che umani, la loro sofferenza poteva essere ignorata. La convinzione che essi fossero impermeabili al freddo, alla fame e al dolore giustificava le condizioni squallide e violente dei primi manicomi. I malati venivano incatenati, rinchiusi e sottoposti a trattamenti brutali non destinati a curare ma a disciplinare la bestia interiore.

Questa nuova logica di confinamento non era principalmente un'iniziativa di sanità pubblica, ma il prodotto di trasformazioni economiche e politiche. Il 'Grande Confinamento', come lo definì Foucault (1972), era per lo studioso francese, una strategia per gestire povertà, vagabondaggio e disordine usando lo strumento della correzione morale. Queste strutture non ospitavano infatti solo i

'pazzi', ma piuttosto una popolazione eterogenea composta da poveri, disoccupati, alcolisti, libertini, affetti da malattie veneree, omosessuali e altri individui i cui comportamenti venivano considerati blasfemi. L'offesa arrecata alla società non era la follia in sé, ma l'essere improduttivi in un contesto sempre più guidato dall'etica del lavoro e della produttività. I malati di mente venivano accumunati ad una più ampia popolazione di devianti, indifferenziati dagli indigenti o dai criminali. Il confinamento stesso contribuì alla costruzione sociale della 'malattia mentale' come identità stabile. Prima di ciò, gli individui potevano essere etichettati come 'malinconici', 'posseduti' o 'toccati' – ruoli radicati nelle narrazioni culturali locali. L'ascesa dell'istituzione manicomiale non rappresentò quindi una svolta epistemica, ma piuttosto un restringimento del campo interpretativo.

Solo dopo aver reso 'i matti' degli emarginati e dei prigionieri, la psichiatria iniziò a medicalizzare la follia come una categoria naturale distinta (Foucault 1972; Scull 2015). Alla fine del XVIII e all'inizio del XIX secolo emerse infatti un approccio riformista noto come il 'trattamento morale'. Pionieri del nuovo approccio furono Vicenzo Chiarugi in Italia, Philippe Pinel in Francia e William Tuke in Inghilterra. Essi sostenevano la necessità di cure più umane, enfatizzando come gentilezza, ordine e una rigida routine quotidiana potessero riportare alla ragione i malati. Il manicomio non era più un luogo di reclusione bruta, ma una macchina per produrre comportamenti normalizzati attraverso la sorveglianza e l'internalizzazione dei valori morali trasmessi dallo stesso psichiatra.

*2.2. Il Triumvirato della riforma morale: Chiarugi, Pinel e Tuke*. I principi del trattamento morale sono stati sviluppati indipendentemente da tre figure chiave in Europa, ciascuna delle quali ha contribuito ad un cambiamento fondamentale dall'assistenza custodiale all'intervento terapeutico.

In Italia, Vincenzo Chiarugi, direttore medico dell'Ospedale Bonifacio di Firenze, fu il promotore del nuovo Regolamento del 1789. Influenzato dagli ideali illuministi promossi dal granduca Pietro Leopoldo di Toscana, queste nuove regole non possono che essere definite rivoluzionarie per l'epoca. Tra il 1785 e il 1788, Chiarugi proibì l'uso delle catene come mezzo di contenzione e pretese dal proprio personale un trattamento rispettoso dei pazienti e la tenuta di storie cliniche dettagliate. Implementò la segregazione di genere per evitare i frequenti abusi a cui le donne erano soggette e cercò di stabilire degli standard igienici adeguati (Gerald 1998). Il suo trattato *Della pazzia in genere e in specie* (1793-1794) anticipò molti principi del trattamento morale di Pinel. Tuttavia, la sua accoglienza internazionale fu limitata dagli sconvolgimenti politici della Rivoluzione francese.

In Inghilterra, il filantropo William Tuke fondò lo York Retreat nel 1796 dopo la morte di un suo correligionario quacquero in condizioni disumane in un manicomio locale. Rifiutando i paradigmi medici dominanti dell'epoca, Tuke proponeva come modello una piccola struttura – più vicina all'accoglienza all'interno di una famiglia che ad un'istituzione – in cui circa trenta pazienti vivevano in un tranquillo contesto rurale. Il regime terapeutico enfatizzava la moderazione nel cibo, il dialogo razionale, la riflessione spirituale, il riposo e il lavoro manuale. Per Tuke, l'obiettivo di queste strutture era la riabilitazione morale attraverso il mantenimento della

dignità del paziente in un contesto ordinato e che sfuggisse alla frenesia del mondo moderno (Digby 1985).

In Francia, Philippe Pinel divenne il sostenitore più celebre di questo nuovo approccio. Al Bicêtre e successivamente alla Salpêtrière, implementò il cosiddetto *traitement moral* – una forma di terapia psicologica basata sull'osservazione, la conversazione ed una cura che doveva essere comprensiva del paziente e non repressiva. Unendo gentilezza a una ferma autorità paterna, Pinel cercò di ristabilire la ragione guidando i pazienti sia moralmente che psicologicamente[2]. Le sue riforme furono ampiamente diffuse e divennero modelli per l'assistenza psichiatrica in tutta Europa (Goldstein 2001).

Al centro del trattamento morale vi era una radicale ri-concettualizzazione dei malati mentali, non come bestie irrazionali ma come esseri ragionanti le cui facoltà erano semplicemente oscurate dalla frenesia del mondo moderno (Roscioni 2003). Pertanto, l'obiettivo del manicomio non era punire, ma rieducare. L'istituzione stessa fu reimmaginata come uno spazio terapeutico: pacifico, strutturato e bucolico, deliberatamente lontano dal caos corruttore della vita urbana.

La vita quotidiana all'interno di queste istituzioni seguiva una rigida routine. Lavoro, tempo libero, pasti comunitari e conversazioni educate davanti al tè erano tutti strumenti per instillare abitudini di autocontrollo e razionalità. La buona condotta veniva premiata, mentre le trasgressioni venivano affrontate con lievi misure correttive, come l'uso temporaneo di una camicia di forza. Il manicomio divenne così un microcosmo morale, un mondo ordinato progettato per rimodellare il carattere del paziente seguendo gli ideali illuministi di ragione e padronanza di sé (Scull 1993).

Secondo Foucault, nel trattamento morale, la figura dell'alienista emergeva non solo come guaritore, ma come arbitro morale. Un individuo con autorità totale sul paziente la cui legittimità si basava sulla conoscenza scientifica e sulla superiorità etica. La relazione terapeutica dipendeva dalla sottomissione psicologica del paziente. Per Foucault, il trattamento morale introdusse una forma di dominazione anche più insidiosa rispetto ai precedenti manicomi-lager: i pazienti venivano 'guariti' solo arrendendosi alla superiorità morale dello psichiatra e interiorizzando i termini della loro sottomissione, diventando così complici della loro normalizzazione.

Le innovazioni di Chiarugi, Tuke e Pinel rimodellarono radicalmente la logica dell'autorità psichiatrica. Se precedentemente, l'ordine veniva imposto tramite coercizione fisica, il trattamento morale usava la persuasione psicologica e morale.

Tuttavia, si può osservare che il trattamento morale nascondeva una contraddizione interna. Cercava di preparare gli individui alla reintegrazione nella società isolandoli in un mondo chiuso e artificiale. Il manicomio era immaginato come un rifugio semplificato e razionale, un riparo dalla modernità. Tuttavia, i comportamenti che coltivava ovvero conformità, passività, obbedienza, non erano necessariamente trasferibili alle esigenze della vita autonoma esterna. Il manicomio divenne ciò che Erving Goffman (1961) avrebbe poi descritto come una 'istituzione totale' che plasma l'identità del paziente attraverso un controllo ambientale completo. Come osservato da Franco Basaglia:

> […] al momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale ([…]); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo (1965, 2).

Con il progredire del XIX secolo, molti manicomi divennero sovraffollati e sottofinanziati. L'ideale terapeutico iniziale lasciò il posto al fine custodiale per proteggere la società dai malati. Questa evoluzione era, sotto molti aspetti, inevitabile: definendo la cura come un ritorno alla razionalità all'interno di un'istituzione, il modello acuiva la dipendenza del paziente rispetto alla struttura e rendeva più difficile la reintegrazione (Bretschneider 2019).

Il declino del trattamento morale rivelò così il suo difetto fondamentale. Pur introducendo una visione più umana e ottimista della follia, contribuì anche a radicare nuove forme di disciplina e controllo. La sua eredità è mista: ispirò importanti riforme umanitarie ma gettò anche le basi per l'inerzia istituzionale che avrebbe dominato l'assistenza psichiatrica fino ai movimenti di deistituzionalizzazione del XX secolo (Burns, Foot 2020).

*2.3. L'introduzione della legge Giolitti sui manicomi.* Dopo l'unificazione, il neonato Regno d'Italia cercò di modernizzare e standardizzare le sue istituzioni. Una legge approvata nel 1865 impose che ogni provincia dovesse provvedere alle esigenze dei 'poveri mentecatti', ma solo opzionalmente attraverso l'istituzione di un manicomio. Non veniva stabilita nessuna norma che regolasse il funzionamento degli istituti o i poteri conferiti agli psichiatri (Cotti 1982). L'obiettivo principale della legge era stabilire il controllo amministrativo sulle spese per l'assistenza dei 'pazzi', lasciando la maggior parte delle stesse alla beneficenza privata. La scarsa possibilità economica delle province portò ad una lenta diffusione degli istituti nella Penisola e, soprattutto, a problemi di sovraffollamento e cattive condizioni. A titolo esemplificativo della situazione, Babini (2009) riporta che nel 1898 ogni manicomio ospitava in media tra 200 e 600 pazienti oltre la sua capacità massima.

A partire dalla seconda metà del XIX secolo, gli alienisti italiani iniziarono a chiedere una riforma degli ospedali psichiatrici. In particolare, un congresso del 1862 a Siena vide la nascita della rivista scientifica «Archivio italiano per le malattie nervosa e più particolarmente per le alienazioni mentali», che negli anni successivi sarebbe diventata un punto di riferimento per il dibattito sulla riforma. Alcuni dei principali portavoce dei riformisti erano eminenti studiosi dell'epoca, come Andrea Verga – eletto al Senato italiano nel 1877 e autore del primo censimento nazionale dei ricoverati in manicomio – e Carlo Livi, direttore dell'asilo di Reggio Emilia. Livi sosteneva fortemente l'idea di trasformare il manicomio in un ambiente simile a

quello di un villaggio, che potesse offrire ai pazienti un grado relativamente alto di libertà di movimento e opportunità di lavoro[3]. Livi affermò inoltre la necessità che la psichiatria adottasse un vero approccio scientifico sperimentale basato sull'osservazione empirica condotta all'interno di queste istituzioni. In ogni caso, l'efficacia degli sforzi dei riformisti non andò al di là dei loro stessi manicomi. L'inchiesta ministeriale sui manicomi del 1898 osservò che molti di essi erano in condizioni igieniche deplorevoli, con problemi di approvvigionamento idrico, sistemi fognari inadeguati, scarsa ventilazione e, in alcuni casi, caratterizzati dalla completa assenza di un'infermeria. Tamburini e Fornasari Di Verce (1900) denunciarono il sovraffollamento di molti manicomi[4]. I due autori rimarcarono la necessità di non confondere un istituto nato per curare le persone con qualcosa volto a offrire recupero e assistenza materiale ai poveri, e/o un luogo dove persone incurabili ed emarginate venivano messe in custodia in attesa della loro morte. Invocarono a gran voce una riforma legislativa per rendere l'ammissione in queste istituzioni più selettiva e rivolta solo a chi poteva essere curato. Lo stesso Tamburini, in un rapporto firmato insieme a Lombroso e Ascenzi nel 1892, affermava che «molti dei nostri manicomi non costituiscono coefficienti di guarigione, ma di demenza incurabile». Fornasari di Verce (1900) riportò anche che i manicomi potevano assegnare un'attività lavorativa a meno di un paziente su tre, limitando così l'attuazione di questa forma terapeutica ad una piccola parte della popolazione manicomiale. Questo ridusse anche, secondo lo studioso, la possibilità di generare dei profitti utili ad essere investiti nel miglioramento delle condizioni delle strutture stesse. Secondo le stime di Fornasari di Verce, i costi per l'amministrazione degli istituti rappresentavano ben il 12% dei modesti bilanci provinciali. La cronica carenza di fondi unita al numero costantemente crescente di pazienti (vedi tab. 1), non poteva che portare ad una crescente insostenibilità economica e ad un peggioramento delle condizioni di vita all'interno degli ospedali psichiatrici.

Tab. 1. *Numero di pazienti in manicomio in Italia, 1874-1914.*

| Anno | Pazienti | Pazienti per 1.000 abitanti |
|---|---|---|
| 1874 | 12.210 | 0,5 |
| 1877 | 15.173 | 0,5 |
| 1880 | 17.471 | 0,6 |
| 1883 | 19.656 | 0,6 |
| 1888 | 22.424 | 0,6 |
| 1891 | 24.118 | 0,7 |
| 1896 | 29.631 | 0,9 |
| 1899 | 36.931 | 1,1 |
| 1908 | 45.009 | 1,3 |
| 1910 | 51.215 | 1,4 |
| 1914 | 54.311 | 1,5 |

*Fonte*: Tamburini, Ferrari, Antonini (1918), p. 207.

Nel 1914 c'erano 59 manicomi pubblici e 30 privati e il numero degli internati era quadruplicato in quarant'anni. Su 69 province, 47 erano dotate di almeno un manicomio (35 erano di proprietà delle stesse province, mentre nei casi restanti le strutture erano di proprietà di enti di beneficenza). Erano rispettivamente 43 e 53 nel 1898 e 1908 (Ministero dell'Agricoltura, Commercio e Industria italiano, 1908)[5]. La tabella 2, tratta da Tamburini, Ferrari e Antonini (1918), mostra chiaramente che la maggior parte delle istituzioni si trovava nella parte settentrionale della Penisola. Per avere un raffronto con paesi di dimensioni comparabili, l'Inghilterra e il Galles che avevano già normato nel 1847 con il *Lunacy Act* l'obbligo delle contee e delle città inglesi di erigere un manicomio all'interno del loro territorio, ricoveravano nel 1869 circa 53.000 pazienti mentre nel 1906 essi erano saliti a 121.979 in strutture pubbliche e circa altri 20.000 in strutture private o altre case di ricovero, con un'incidenza sulla popolazione pari a 1,9 nel 1869 e a 3,5 per ogni mille abitanti nel 1906 (Tamburini, Ferrari, Antonini 1918). Insomma, avendo legiferato prima l'istituzione dei manicomi, il numero dei pazienti d'oltremanica era molto più ampio di quello italiano ma cresceva comunque a ritmi che, seppur sostenuti, erano più lenti di quelli italiani. In Germania nel 1903 si contavano 395 manicomi con 108.004 ricoverati con un'incidenza dell'1,54 ogni 1.000 abitanti.

Si rinvia ad Alberti (2016) per un quadro dell'evoluzione degli internamenti nel successivo periodo fascista. In questa sede è sufficiente riportare che alla vigilia della Seconda guerra mondiale, i ricoverati erano aumentati di oltre il 70%, arrivando a circa 95.000 (in termini di incidenza 2,1) pazienti ogni 1.000 abitanti).

Tab. 2. *Distribuzione geografica dei manicomi nel 1914, Italia*

| Macro-regione | Pazienti | Strutture pubbliche | Strutture private | Totale |
|---|---|---|---|---|
| Nord | 27.322 | 33 | 16 | 49 |
| Centro | 12.326 | 12 | 6 | 18 |
| Sud | 10.804 | 11 | 8 | 19 |
| Manicomi criminali | 738 | 3 | | 3 |
| Totale | 51.190 | 59 | 30 | 89 |

*Nota*: Altri 3.121 pazienti erano distribuiti in cliniche private, sezioni speciali negli ospedali universitari/generali e ospizi per persone in povertà.

Va detto che quando il lungo dibattito sulla riforma dei manicomi si trasformò finalmente in una legge, il clima intellettuale era dominato dalla figura di Cesare Lombroso.

L'influenza del determinismo biologico ebbe profonde implicazioni sui contenuti della legge. Le teorie di Lombroso fornivano una potente giustificazione 'scientifica' per il controllo sociale e la segregazione permanente di coloro che venivano ritenuti devianti.

La posizione di molti alienisti italiani fu efficacemente riassunta da Enrico Morselli – uno degli allievi più noti e influenti di Carlo Livi – che scrisse: «La natura dei manicomi è complessa, a causa dei due scopi da cui derivano: da un lato, la

cura degli individui affetti da alienazione mentale, e dall'altro, la difesa della società contro i pericoli e i danni che la loro condizione potrebbe causare» (1880, pp. 373-374). Se dunque in molti credevano che il manicomio fosse anche un luogo di cura e non solo di segregazione, la logica lombrosiana del pericolo guidò nei fatti la tanto attesa riforma. La legge 36 del 1904 formalizzò i criteri per il ricovero involontario, imponendo l'internamento in manicomio per qualsiasi persona con una malattia mentale che fosse considerata «pericolosa per sé stessa o per gli altri o che potesse suscitare scandalo pubblico»[6].

Sebbene la legge prevedesse che un paziente dovesse essere considerato pericoloso per essere ricoverato – e questo requisito fosse mirato a ridurre il numero di internamenti – rimaneva la possibilità che sindaci e polizia municipale ordinassero il cosiddetto ricovero d'emergenza. In tali casi, non vi era alcun obbligo di fornire prove della pericolosità dell'individuo. Questa scappatoia generò fin da subito un conflitto di interessi tra Province e Comuni. Mentre le Province erano responsabili dei costi dell'assistenza manicomiale per i pazienti indigenti, i Comuni si occupavano dell'assistenza generale ai poveri. Ricoverare una persona indigente in un istituto psichiatrico non comportava quindi alcun costo per i Comuni – a differenza di altri ospedali – e li sollevava da eventuali obblighi di *welfare* (Guarneri 2007).

Secondo Petracci (2014), questo meccanismo di ammissione creò il *vulnus* che il regime fascista avrebbe poi opportunisticamente sfruttato per neutralizzare gli oppositori internandoli nel sistema manicomiale[7].

Nonostante tutti i limiti della legge del 1904, va notato che alcune categorie di internati come le persone che avevano una paralisi degenerativa (ad esempio, a causa della sifilide) o persone semplicemente affette da epilessia e che in molti casi erano condannate alla morte all'interno del manicomio, potevano essere dimesse secondo le nuove norme, data la mancanza del requisito di pericolosità. Durante un dibattito parlamentare del 1922, lo stesso Leonardo Bianchi – direttore del manicomio di Napoli, senatore ed ex relatore della legge – chiese infatti la riconsiderazione della disposizione legislativa, sostenendo la necessità dell'ampliamento dei criteri di ammissione perché, a suo avviso, i 'pazzi', qualora lasciati liberi di circolare, anche se non pericolosi, rappresentavano una minaccia alla 'razza' in quanto riproducendosi avrebbero contribuito alla nascita di individui predisposti alla follia (vedi De Peri 1984).

In ogni caso, un esplicito tentativo di decongestionare i manicomi venne fatto con l'articolo 66 del decreto reale del 16 agosto 1909, n. 615, il quale stabiliva che il direttore dell'ospedale aveva l'autorità di affidare un paziente alla propria famiglia su base sperimentale se il paziente aveva mostrato miglioramenti sufficienti per essere curato a domicilio. La procedura richiedeva che il direttore notificasse alle autorità (il pubblico ministero, il sindaco e la polizia) la propria decisione, ma essi non avevano potere di impedirla. Se, durante il periodo di prova, fosse stato necessario per il paziente tornare all'ospedale, ciò poteva avvenire con un semplice certificato medico del medico condotto. La legge stabiliva che le famiglie, quando povere, avevano il diritto di ricevere un sussidio economico dalla Provincia se accettavano di prendersi cura dei loro parenti a casa. Guarnieri (2007) osserva comunque che si trattava di un aiuto molto magro, configurabile come poco più di una

mera elemosina. Fiorino (2002) aggiunge che spesso le famiglie, pur non fidandosi dei manicomi, assumevano dei comportamenti opportunistici. Specialmente nelle brutte annate agricole, un parente improduttivo poteva rappresentare un ostacolo alla sopravvivenza della famiglia stessa, per cui molte preferivano che il proprio congiunto venisse ospedalizzato piuttosto che ricevere il misero obolo.

Inoltre, i comuni erano incaricati di monitorare la situazione dell'affido all'interno delle famiglie, cosa che spesso non accadeva, e questo giustificava a sua volta le province ad interrompere i pagamenti assistenziali. Ad esempio, Paolo Amaldi, direttore del manicomio di Firenze, criticò apertamente questa pratica, affermando: «Come possiamo non vedere che l'istituzione volta a fornire un vero aiuto, degenera in un sistema di clientelismo che è a malapena caritatevole? Diventa un atto generico di benevolenza che usa una tragedia familiare come scusa pietosa, senza alcuna garanzia di raggiungere i suoi obiettivi dichiarati: fornire soccorso, protezione e trattamento, dove necessario, agli insani» (1913, pp. 27-28).

A causa di tutti questi problemi, gli esperimenti di assistenza domiciliare spesso fallivano. Le condizioni dei pazienti peggioravano a causa dell'abbandono terapeutico e ciò portava prima o poi al ritorno in manicomio (Babini 2009)[8].

Pertanto, la legge del 1904 potrebbe aver avuto un effetto ambiguo sulla mortalità all'interno dei manicomi. Da un lato, potrebbe aver condotto ad una riduzione del numero di pazienti in condizioni critiche all'interno degli stessi, e/o ad un calo del sovraffollamento, portando dunque a migliori condizioni generali e dunque ad una sua diminuzione. D'altra parte, data la scarsa attenzione all' assistenza terapeutica (difatti la legge sanciva solo il ruolo custodiale dei manicomi) e il potere assoluto concesso ai direttori delle strutture, che spesso subivano pressioni per mantenere 'i matti' all'interno del sistema, potrebbe aver generato un'inerzia istituzionale che fece sì che i malati come sostenuto da Tamburini venissero semplicemente immagazzinati in attesa della loro morte[9]. Quale di queste forze concorrenti abbia prevalso è una questione empirica che si proverà ad affrontare nelle sezioni successive.

*2.4. Trend della mortalità nei manicomi italiani nell'Italia liberale*. Fornire un quadro della mortalità negli istituti psichiatrici alla fine del diciannovesimo secolo non è semplice, poiché la produzione delle statistiche è frammentaria sia in termini di estensione temporale sia di coerenza delle informazioni riportate. In particolare, la direzione generale di statistica del Ministero dell'Agricoltura, dell'Industria e del Commercio elaborò alcuni resoconti che permettono, se non altro, di farsi un'idea della terribile situazione.

La tabella 3 riassume le informazioni principali[10]. In particolare, la tabella mostra che i tassi di mortalità (calcolati come il rapporto tra decessi e popolazione a metà anno degli ospedali) erano in calo ma ancora a livelli molto elevati nel primo decennio del XX secolo (circa l'11% dei pazienti moriva ogni anno). A partire dal 1889 abbiamo informazioni solo sulla popolazione del manicomio al 1° gennaio e sul numero totale dei decessi. Pertanto, i tassi di mortalità riportati sono derivati da una stima[11].

Tab 3. *Mortalità negli ospedali psichiatrici italiani, 1883-1907*

| Anni | Numero di pazienti all'1/1 | | | Numero di pazienti al 31/12 | | | Morti | | | Mortalità (per 1.000 pazienti) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | F | Tot | M | F | Tot | M | F | Tot | M | F | Tot |
| 1883 | 9.611 | 8.801 | 18.412 | 9.640 | 8.842 | 18.482 | 1.831 | 1.463 | 3.294 | 190 | 166 | 179 |
| 1884 | 10.082 | 9.302 | 19.384 | 10.165 | 9.405 | 19.570 | 1.840 | 1.360 | 3.200 | 182 | 145 | 164 |
| 1885 | 10.105 | 9.359 | 19.464 | 10.443 | 9.838 | 20.281 | 1.801 | 1.497 | 3.298 | 175 | 156 | 166 |
| 1886 | 8.370 | 7.997 | 16.367 | 8.601 | 8.128 | 16.729 | 1.488 | 1.359 | 2.847 | 175 | 169 | 172 |
| 1887 | 10.281 | 9.556 | 19.837 | 10.414 | 9.469 | 19.883 | 1.713 | 1.462 | 3.175 | 165 | 154 | 160 |
| 1889* | 11.895 | 10.529 | 22.424 | 12.258 | 10.967 | 23.225 | 1.838 | 1.509 | 3.347 | 152 | 140 | 147 |
| 1898* | 17.538 | 16.060 | 33.598 | 17.832 | 16.607 | 34.439 | 2.950 | 2.424 | 5.374 | 167 | 148 | 158 |
| 1902* | 19.233 | 17.612 | 36.845 | 19.793 | 18.406 | 38.199 | 2.999 | 2.463 | 5.462 | 154 | 137 | 146 |
| 1907* | 23.495 | 21.514 | 45.009 | 24.852 | 23.039 | 47.891 | 2.989 | 2.456 | 5.445 | 124 | 110 | 117 |

* Suddivisione per genere e popolazione al 31 dicembre stimata.

La mortalità tendenzialmente più alta tra gli uomini sembra calare bruscamente già a tre anni dalla riforma.

Va notato che anche la mortalità generale in Italia stava diminuendo. La prima transizione demografica era, infatti, già iniziata nella seconda metà del XIX secolo (vedi Salvati *et al*. 2019; Breschi, Pozzi 2007; Fiore Melacrinis, Rota 2025), grazie ai progressi nella lotta contro le malattie infettive e la mortalità infantile. Il tasso di mortalità generico era infatti pari al 27,56‰ nel 1883 (dieci anni prima era pari al 30‰) e al 20,7 nel 1907. Il miglioramento osservato nella mortalità manicomiale potrebbe quindi, in linea di principio, essere attribuito alle stesse cause che diedero inizio alla transizione, specialmente dopo che la riforma del sistema sanitario del 1887-1888 diede un ulteriore forte impulso alla lotta e alla prevenzione delle ondate epidemiche di malattie come tifo, colera e morbillo (come recentemente sostenuto da Fiore Melacrinis, Rota 2025), o a fattori di contesto McKeowniani, piuttosto che alla legge del 1904[12]. Il primo decennio del Novecento fu infatti un periodo di rapida industrializzazione e crescita economica per l'Italia, con standard nutrizionali che crescevano a ritmi mai sperimentati prima (Felice, Vecchi 2015). Frascani (1986) riporta che negli ospedali non psichiatrici situati in un contesto urbano, la mortalità scese dal 12% registrato nel 1885 al 9,8% nel 1907. Curiosamente, Frascani mostra anche che la tendenza opposta fu osservata negli ospedali nei contesti rurali, probabilmente a causa di una minora capacità di adeguarsi alle riforme del 1887-1888.

Infine, si noti che i tassi di mortalità aggregati riportati in tabella 3 combinano coorti di pazienti entrate nei manicomi in anni diversi. Di conseguenza con tale tipologia di dati è impossibile comparare le coorti pre-riforma con quelle post.

## 3. Dati e Metodo

*3.1. Dati.* 'Carte da Legare' è un progetto lanciato nel 2015 dalla Direzione generale degli archivi del Ministero italiano della Cultura. L'obiettivo è la conservazione digitale dei materiali d'archivio provenienti da ex istituzioni psichiatriche. Il portale web sviluppato nell'ambito del progetto offre al pubblico l'accesso ai risultati di questo sforzo (non del tutto completato) tramite un semplice processo di registrazione gratuita[13].

Il sito mette a disposizione varie risorse, inclusi i dati del censimento degli archivi, strumenti di visualizzazione di statistiche aggregate derivate dai dati socio-sanitari estratti dalle cartelle cliniche e, l'accesso alle schede individuali ricavate dalle cartelle. Tuttavia, l'accesso a quest'ultimo tipo di informazione sui pazienti richiede un'autorizzazione in conformità con le normative sulla privacy.

Questo studio utilizza proprio quest'ultimo tipo di informazioni e si concentra sugli internamenti dal 1898 al 1910. Questo periodo è stato scelto principalmente perché il numero di manicomi era relativamente stabile, intorno ai 50 durante tale finestra temporale. Inoltre, includere anni precedenti porterebbe a un'analisi troppo focalizzata sulle istituzioni della fine del 1800, che si trovavano quasi esclusivamente nel Nord Italia. D'altra parte, includere tempi più recenti comporterebbe affrontare periodi eccezionali come, il colera del 1911, la Prima guerra mondiale, l'ascesa del fascismo e il suo uso strumentale dei manicomi.

La finestra considerata riguarda 36.725 registri digitalizzati – corrispondenti a 29.114 pazienti (un paziente poteva essere internato più di una volta nella vita). La piattaforma è esplicitamente progettata per impedire che le persone vengano identificate[14]. Tuttavia, i ricercatori possono accedere a diverse variabili chiave: genere, provincia di nascita e residenza, anno di nascita, motivo dell'internamento, motivo delle dimissioni (inclusa la morte del paziente), anno di ingresso e uscita e – nonostante un numero consistente di valori mancanti – alcuni indicatori socio-economici come lo stato civile, il numero di figli (se presenti), la professione, il livello di istruzione e una valutazione della condizione economica (sostanzialmente classificata come povera o possidente).

I documenti provengono dai seguenti manicomi: Bergamo, Torino, Verona, Reggio Emilia, Rovigo, Arezzo, Ascoli Piceno, Perugia, Roma, Siena, Volterra, Aversa, Girifalco, L'Aquila, Messina, Nocera Inferiore, Sassari, Teramo. Poiché i dati possono essere consultati solo online e non possono essere scaricati, si è reso necessario digitalizzare manualmente un campione a partire dai 29.114 record individuali. A tal fine è stata adottata una strategia di campionamento sistematica: le cartelle sono state ordinate alfabeticamente per iniziali del cognome dei pazienti (e secondariamente per nome di battesimo), e ogni 25° record è stato selezionato. La scelta di un passo di campionamento pari a 25 è stata fatta per ridurre la probabilità di selezionare individui della stessa famiglia.

La tabella 4 mostra le statistiche descrittive per il campione. Esso riflette una prevalenza maschile che sembra compatibile con quella derivante dai dati ufficiali riportati in tabella 3. Si fa presente che le diagnosi in ingresso riportate nella tabella riflettono i termini talvolta brutali utilizzati agli alienisti dell'epoca. L'età media delle donne è nettamente più bassa rispetto a quella degli uomini. In accordo

ad Harrison (1976), data la convinzione dell'epoca sull'inferiorità biologica della donna, la nevrosi femminile veniva giudicata più severamente rispetto a quella maschile. Ogni comportamento che deviasse rispetto alle attese veniva posto sotto la lente di ingrandimento e questo fece sì che una titubanza rispetto all'assunzione del ruolo di moglie e madre, o anche più semplicemente l'espressione del desiderio sessuale venisse interpretato come pazzia morale (Rossi 2023). Si ricordi anche che 'dare pubblico scandalo' era assieme alla pericolosità una delle motivazioni per venire internati e che questo era sicuramente un pretesto più comune per internare le donne rispetto agli uomini[15].

Il numero di pazienti ricoverati prima e dopo la legge del 1904 è approssimativamente uguale. La grande maggioranza del campione proviene da manicomi di Bergamo, Perugia, Reggio Emilia e Roma. Di conseguenza, si osserva un'incidenza molto elevata della pellagra come motivo di ingresso, poiché la malattia era tipica del modello epidemiologico nelle regioni centrali e settentrionali a causa di una dieta basata principalmente sul mais (Mariani-Costantini, Mariani-Costantini 2007). È stato anche effettuato un test statistico sulla differenza nella proporzione di decessi prima e dopo la riforma. Questo risultato preliminare suggerisce che la percentuale di morti diminuì significativamente (*p-value* < 0,001) dopo il 1904 dal 46% al 38%. Tuttavia, l'effetto potenziale della riforma sarà valutato in modo più formale utilizzando un approccio alternativo che tenga conto delle caratteristiche del paziente.

La nostra statistica descrittiva mostra che quasi uno su due pazienti entrati nel manicomio non ne usciva vivo. Si ricordi che il dato in tabella 3 è un dato trasversale mentre questa percentuale segue longitudinalmente il destino dei pazienti in base alla coorte di ingresso. Va anche chiarito che sebbene quest'ultime siano quelle dal 1898 al 1910, l'anno di decesso o di dimissione del paziente può andare oltre a tale finestra. A titolo esemplificativo, si considerino due pazienti A e B entrambi morti nel 1912, ma con A entrato nel 1903 e B nel 1908. L'individuo A contribuirà alla proporzione di individui entrati in base alla vecchia normativa, mentre B influirà sulla statistica riguardante la mortalità post-riforma.

Tab. 4. *Statistiche descrittive del campione estratto.*

| | N | in % | Età media | Morti | in % | Durata media internamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| M | 708 | 57,37 | 42 | 278 | 39,27 | 3,5 anni |
| F | 526 | 42,63 | 18 | 239 | 45,44 | 3,65 anni |
| Tot | 1.234 | | 31,6 | 517 | 41,90 | 3,57 anni |
| Manicomio | N | in % | Pazienti nel 1907+ | Motivo ricovero | N | in% |
| Ascoli | 30 | 2,43 | 282 | Demenza secondaria | 47 | 3,81 |
| Aversa | 20 | 1,62 | 1.405 | Demenza senile | 63 | 5,11 |

| Manicomio | N | in % | Pazienti nel 1907+ | Motivo ricovero | N | in% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bergamo | 180 | 14,59 | 790 | Demenza paralitica | 53 | 4,29 |
| Messina | 53 | 4,29 | 268 | Demenza precoce | 53 | 4,29 |
| Nocera Inferiore | 36 | 2,92 | 1.501 | Alcolismo | 116 | 9,40 |
| Perugia | 212 | 17,18 | 812 | Pellagra | 139 | 11,26 |
| Reggio Emilia | 197 | 15,96 | 1.133 | Psicosi epilettica | 62 | 5,02 |
| Roma | 285 | 23,10 | 1.859 | Paranoia | 42 | 3,40 |
| Sassari | 24 | 1,94 | 225 | Imbecillità | 53 | 4,29 |
| Siena | 34 | 2,76 | 1.172 | Depressione | 40 | 3,24 |
| Teramo | 64 | 5,19 | 581 | Lipemania | 105 | 8,51 |
| Torino | 56 | 4,54 | 763 | Confusione mentale | 22 | 1,78 |
| Volterra | 24 | 1,94 | 490 | Non specificato | 34 | 2,76 |
| Altri* | 19 | 1,54 | - | Manie | 85 | 6,89 |
| | | | | Altro** | 320 | 25,93 |
| Post 1904 | 652 | 52,84 | | | | |

+ Secondo la Statistica dei ricoverati in ospedali e in altri istituti di assistenza pubblici e privati nell'anno 1907.
* Altri include: Arezzo, Girifalco, Rovigo, Verona, L'Aquila.
** Altro include: amenza, delirio acuto, pazzia morale, nevrastenia, allucinazioni, *delirium postpartum.*

*3.2. Metodo.* Per analizzare la mortalità all'interno delle istituzioni psichiatriche italiane a cavallo della riforma del 1904, questo studio adotta un approccio basato sull'analisi della sopravvivenza in presenza di rischi competitivi (*competing risks*). In un contesto istituzionale come quello del manicomio, la morte non è l'unico evento che determina la fine della finestra d'osservazione di un paziente; la dimissione (per guarigione, miglioramento o trasferimento) rappresenta un evento 'competitivo' che impedisce il verificarsi della morte interna all'istituto. A differenza della classica regressione di Cox, che tratta le dimissioni come semplici censure (assumendo implicitamente che il rischio di morte per i dimessi rimanga identico a quello dei degenti), si è scelto di utilizzare il modello di Fine-Gray (1999) che consente di stimare la sub-*distribution hazard*, permettendo di valutare l'impatto della legge del 1904 sulla mortalità pur tenendo conto della probabilità che un paziente venga rimosso dal set a rischio a causa di una dimissione. Sono stati pertanto stimati quattro modelli distinti, in cui l'evento di interesse (*failure*) viene alternato tra le

seguenti categorie, trattando le restanti come rischi competitivi: i) Mortalità nei manicomi: per testare l'ipotesi dell'inerzia sanitaria e del mantenimento della funzione meramente custodiale; ii) Guarigione: per valutare se la riforma abbia effettivamente potenziato la capacità terapeutica e clinica del sistema psichiatrico, come auspicato da Augusto Tamburini; iii) Miglioramento: per intercettare quei pazienti che, pur non essendo clinicamente guariti, venivano dimessi in virtù delle nuove flessibilità burocratiche introdotte dalla legge e della possibilità di affidamento alle famiglie; iv) Trasferimento (Altro): per analizzare la mobilità dei pazienti verso altri manicomi e altre strutture (come i pellagrosari o gli ospizi per poveri). Questa quadruplice prospettiva permette di verificare se il 'successo' formale della legge che sembra trasparire dal semplice test sulle proporzioni, sia stato accompagnato da un reale miglioramento della sopravvivenza o se, al contrario, si sia trattato di una riforma che ha agito sulle etichette burocratiche per decongestionare i manicomi, senza però mutarne la natura di 'depositi' per soggetti marginalizzati.

## 4. Risultati e discussione

La tabella 5 riporta i risultati dell'analisi di *competing risks* attraverso i *sub-hazard ratio* stimati per i quattro possibili esiti in competizione. In calce viene riportata sotto la voce *failure* il numero dei rispettivi casi. La colonna trasferimento è in realtà una categoria residuale che include trasferimenti verso pellagrosari e ospizi per poveri, evasioni (quattro casi nel nostro dataset), o un esito non indicato precisamente nella scheda. Purtroppo, i dati sul livello di istruzione e sulla professione del ricoverato presentavano così tanti valori mancanti che si è preferito non includerli nel modello per evitare una forte riduzione della dimensione campionaria. In ogni caso soprattutto per la professione, quando presente, tale informazione è stata integrata nella variabile 'abbiente'. Quest'ultima include chi veniva dichiarato come 'possidente', o 'benestante' e tutti coloro che esercitavano una professione non manuale (ad esempio vi sono persone classificate come studenti universitari, un professore universitario, alcuni militari di carriera).

Il risultato più eclatante emerge dal confronto tra il Modello 1 (Morte) e il Modello 2 (Miglioramento). La variabile post 1904 non esercita alcun impatto significativo sulla mortalità, che rimane tragicamente stabile. Questo conferma che il regime sanitario, nutrizionale e igienico interno non subì miglioramenti reali. Al contrario però la riforma migliorò significativamente la probabilità di uscire dal manicomio come 'migliorati' (SHR 1,347). Ciò suggerisce un uso strumentale della diagnosi: l'etichetta di miglioramento diventò la chiave burocratica per decongestionare reparti cronicamente sovraffollati, sfruttando probabilmente la nuova possibilità di affidamento sperimentale alle famiglie introdotta nel 1909. Purtroppo, la limitatezza temporale dell'analisi non ci consente di stabilire se questi dimessi in prova, rientrassero prima o poi in manicomio. Le evidenze riportate da Babini (2009) sembrano infatti suggerire che ciò avvenisse molto frequentemente. Il fatto che le guarigioni cliniche (Modello 3) non siano aumentate nello stesso periodo (SHR 0,849) rafforza l'idea che non vi sia stato un reale progresso terapeutico, ma solo una maggiore 'fluidità' amministrativa nel dimettere pazienti non ancora guariti. L'età all'ingresso non sembra giocare nessun effetto sulla mortalità. Tale risultato

è trainato dall'inclusione della variabile 'Demenza denile' e dello stato di vedovanza tra i controlli che ne oscurano completano l'effetto.

Tab. 5. *Risultati dell'analisi*

| | (1) | (2) | (3) | (4) |
|---|---|---|---|---|
| | Morte | Miglioramento | Guarigione | Trasferimento |
| Età | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,006 |
| | (0,000) | (0,000) | (0,000) | (0,005) |
| Donna | 1,206** | 0,923 | 0,883 | 0,880 |
| | (0,108) | (0,127) | (0,111) | (0,126) |
| Celibe/Nubile | 0,608*** | 1,359 | 1,116 | 2,131** |
| | (0,087) | (0,334) | (0,221) | (0,662) |
| Sposato/a | 0,684*** | 1,595** | 1,146 | 1,378 |
| | (0,088) | (0,366) | (0,208) | (0,406) |
| Vedovo/a | rif | rif | rif | rif |
| Abbiente | 0,795 | 1,474* | 0,719 | 1,345 |
| | (0,134) | (0,302) | (0,196) | (0,312) |
| Con figli | 0,932 | 1,016 | 1,344* | 0,874 |
| | (0,114) | (0,188) | (0,208) | (0,199) |
| post1904 | 0,900 | 1,347** | 0,849 | 1,165 |
| | (0,081) | (0,182) | (0,095) | (0,166) |
| Residente fuori regione | 0,760* | 0,952 | 0,953 | 1,749** |
| | (0,118) | (0,261) | (0,260) | (0,389) |
| Ascoli | 0,977 | 0,500 | 10,819*** | 0,935 |
| | (0,296) | (0,216) | (6,918) | (0,557) |
| Aversa | 2,604*** | 0,000*** | 3,129 | 0,000*** |
| | (0,456) | (0,000) | (3,562) | (0,000) |
| Bergamo | 0,620*** | 0,742 | 17,148*** | 0,872 |
| | (0,097) | (0,141) | (9,207) | (0,299) |
| Messina | 1,127 | 0,637 | 8,009*** | 0,450 |
| | (0,233) | (0,180) | (4,989) | (0,279) |
| Nocera Inferiore | 0,256** | 0,589 | 32,703*** | 0,704 |
| | (0,136) | (0,238) | (19,182) | (0,382) |
| Perugia | 0,534*** | 0,122*** | 24,925*** | 2,284*** |
| | (0,083) | (0,042) | (12,826) | (0,587) |
| Roma | 0,657*** | 0,251*** | 16,980*** | 2,291*** |

| | (1) | (2) | (3) | (4) |
|---|---|---|---|---|
| | Morte | Miglioramento | Guarigione | Trasferimento |
| | (0,089) | (0,054) | (8,752) | (0,564) |
| Sassari | 0,552* | 1,120 | 13,180*** | 0,000*** |
| | (0,186) | (0,310) | (8,841) | (0,000) |
| Siena | 0,788 | 0,071*** | 24,478*** | 1,341 |
| | (0,204) | (0,070) | (13,389) | (0,633) |
| Teramo | 0,767 | 0,230*** | 10,517*** | 2,195** |
| | (0,158) | (0,095) | (6,307) | (0,726) |
| Torino | 0,489*** | 1,252 | 0,000*** | 2,877*** |
| | (0,114) | (0,303) | (0,000) | (0,960) |
| Volterra | 1,042 | 0,253* | 11,145*** | 1,196 |
| | (0,247) | (0,180) | (8,645) | (0,716) |
| Altri Istituti | 0,723 | 0,772 | 2,937 | 1,923 |
| | (0,233) | (0,339) | (3,514) | (0,992) |
| Reggio Emilia | rif | rif | rif | rif |
| Pellagra | 1,557*** | 0,681 | 0,913 | 0,638* |
| | (0,245) | (0,176) | (0,174) | (0,168) |
| Alcolismo | 0,747 | 0,877 | 2,224*** | 0,360*** |
| | (0,148) | (0,180) | (0,316) | (0,121) |
| Demenza Senile | 2,458*** | 0,615 | 0,361** | 0,471* |
| | (0,445) | (0,259) | (0,145) | (0,199) |
| Dem. Secondaria | 1,651*** | 0,643 | 0,170** | 1,288 |
| | (0,282) | (0,256) | (0,123) | (0,447) |
| Dem. Paralitica | 5,209*** | 0,130*** | 0,000*** | 0,209*** |
| | (0,720) | (0,096) | (0,000) | (0,125) |
| Psicosi Epilettica | 1,827*** | 0,840 | 0,549 | 0,576* |
| | (0,313) | (0,262) | (0,212) | (0,192) |
| Lipemania | 0,735 | 1,263 | 1,599** | 0,535* |
| | (0,147) | (0,223) | (0,296) | (0,173) |
| Altro | rif | rif | rif | rif |
| *N* | 1.234 | 1.234 | 1.234 | 1.234 |
| *N Failure* | 516 | 235 | 273 | 210 |

Coefficienti esponenziati; errori standard tra parentesi.
* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

I modelli rivelano come le diagnosi di ingresso fossero dei veri e propri predittori di destino, insensibili a qualunque riforma legislativa. La Demenza Paralitica emerge come una sentenza di morte quasi immediata, con un rischio di decesso oltre cinque volte superiore alla categoria di riferimento (SHR 5,209) e una probabilità di guarigione o miglioramento virtualmente nulla. Allo stesso modo, i pazienti affetti da Pellagra mostrano un rischio di mortalità elevatissimo (SHR 1,557), confermando che il manicomio fungeva da ricovero terminale per le vittime della denutrizione rurale. È interessante notare come per i pazienti con Psicosi Epilettica il rischio di morte fosse quasi doppio (SHR 1,827); questo dato, unito alla bassa probabilità di trasferimento (SHR 0,576), riflette lo stigma lombrosiano dell'epoca, che vedeva nell'epilettico un soggetto atavico e pericoloso, da trattenere sotto stretto controllo.

L'analisi mette anche in luce il ruolo delle reti familiari. Essere donna aumentava il rischio di morte interna (SHR 1,206) un dato che meriterebbe ulteriori indagini sulla disparità di trattamento o sulla diversa soglia di ospedalizzazione tra i generi. Questo risultato sembrerebbe ribaltare quello delle statistiche aggregate in tabella 3. In realtà, il rischio di mortalità stimato in questa sede tiene conto di tutti gli altri controlli socio-economici inseriti nel modello (in particolare il fatto che esse venissero internate mediamente ad un'età molto inferiore rispetto agli uomini), rimarcando dunque che al netto di questi, le donne subivano maggiori rischi di mortalità. Tutto ciò sottolinea inoltre la natura tragica del loro internamento: esse venivano rimosse dalla società proprio all'inizio della loro vita adulta, non per una condizione clinica, ma come risultato di un giudizio morale travestito da necessità psichiatrica.

I vedovi/le vedove sperimentavano il più alto rischio di morire in manicomio mentre chi era sposato di essere dimesso per miglioramento e quindi molto probabilmente beneficiare dell'affidamento beneficiario alla famiglia. Al contrario, appartenere a una classe sociale abbiente agiva come fattore protettivo, facilitando le dimissioni per miglioramento (SHR 1,474), probabilmente perché queste famiglie avevano le risorse per garantire la custodia domestica richiesta dalla legge o perché avevano maggiore successo nel fare pressioni per gestire un proprio caro malato in maniera più riservata rispetto al ricovero in manicomio. Infine, le forti variazioni geografiche (la struttura usata come categoria di riferimento è Reggio Emilia) – come l'altissimo tasso di trasferimenti a Roma e Perugia (SHR > 2,2) – indicano che ogni istituto gestiva il sovraffollamento in modo diverso, spesso 'scaricando' i pazienti cronici verso altre strutture o ospizi per poveri, trasformando il trasferimento in una strategia di gestione dello spazio piuttosto che di cura. Molto ragionevole pare inoltre il risultato associato al manicomio di Aversa, essendo destinato a chi aveva commesso dei crimini, esso è al contempo l'istituzione dove si registra la mortalità più alta e in cui le possibilità di trasferimento erano praticamente nulle.

Infine, essere residente fuori regione comportava molto ragionevolmente come esito più probabile l'essere prima o poi trasferito (molto probabilmente grazie alla richiesta delle famiglie d'origine) di conseguenza il rischio di decesso per tale categoria sembra ridursi. Purtroppo, la limitata estensione geografica dell'analisi non ci consente di stabilire la sorte di questi trasferiti.

In sintesi, i quattro modelli dipingono un'istituzione che, pur cambiando pelle

burocraticamente dopo il 1904, rimase fedele alla sua natura di totalità istituzionale. Il malato, come denunciato da Basaglia, rimaneva un numero, o come direbbe Foucault un'etichetta sociale, che poteva cambiare colonna nei registri (da 'degenti' a 'migliorati'), ma che continuava a morire con la stessa frequenza di prima.

## 5. Conclusioni

Un verso della poesia *Una piccola ape furibonda* di Alda Merini recita: «si va in manicomio per imparare a morire». Avendo conosciuto sin dall'adolescenza la dura vita all'interno di tali istituzioni, la poetessa milanese sembra avesse intuito qual era il triste destino di chi entrava in tale tipo struttura. Quasi uno su due dei pazienti del nostro campione, finiva i suoi giorni da internato.

La legge del 1904 non fu in grado di cambiare sostanzialmente le cose. In accordo alle nostre analisi, essere entrato dopo la riforma giolittiana non aveva nessun effetto sulla probabilità di sopravvivere, tutt'al più sembra che l'unico effetto fu quello di garantire una maggiore possibilità di beneficiare, specialmente per i più abbienti, di periodi di affidamento alla propria famiglia. Un vantaggio, comunque, non di poco rilievo anche viste le pessime condizioni in cui gli internati vivevano.

In definitiva, l'analisi dei rischi competitivi rivela come la riforma giolittiana abbia prodotto un 'successo di facciata'. Se l'aumento significativo delle dimissioni per miglioramento suggerisce una maggiore permeabilità dei muri manicomiali, l'inflessibilità dei tassi di mortalità dimostra che il cuore dell'istituzione rimase immutato continuando a non tutelare la vita e della dignità dei malati, d'altronde non era un obiettivo che una legge permeata di determinismo biologico si imponeva.

Mentre il diritto cercava di normare la follia, la biologia dei pazienti (legata a povertà, pellagra e demenza) continuava a seguire il suo corso tragico, a dimostrazione che il muro del manicomio separava il malato non solo dalla società, ma anche dal progresso civile.

In termini metodologici, il lavoro mostra come l'integrazione tra strumenti quantitativi della demografia storica e analisi qualitativa della storia della psichiatria italiana permetta di trasformare le cartelle cliniche manicomiali in una fonte demografica, rendendo possibile lo studio sistematico della mortalità, delle dimissioni e delle traiettorie istituzionali dei malati mentali tra Ottocento e Novecento.

Come tutte le analisi esplorative anche la presente non è esente da limiti. La prima forse più importante è la ridotta estensione temporale. L'analisi si ferma alla coorte del 1910 per evitare le distorsioni causate da eventi eccezionali come la Grande Guerra o l'epidemia di colera. Tuttavia, questo impedisce di osservare se i benefici della riforma (qualora esistenti) abbiano richiesto un tempo di incubazione più lungo per manifestarsi nella pratica sanitaria.

La seconda riguarda il fatto che la natura frammentaria delle cartelle cliniche dell'epoca comporta una perdita di informazioni su variabili socio-economiche cruciali (occupazione esatta, livello di istruzione), che avrebbero potuto spiegare meglio le differenze nelle traiettorie di uscita.

Nonostante l'ampiezza del campione (1.234 pazienti), i dati provengono prevalentemente da istituti del Centro-Nord. Il quadro fornito potrebbe quindi riflettere meglio la realtà di regioni colpite dalla pellagra, ma potrebbe non essere pienamen-

te generalizzabile alle dinamiche dei manicomi del Sud Italia, dove la diffusione delle strutture era più lenta e le condizioni diverse.

Infine, anche se il modello di Fine-Gray stimato in questa sede controlla per le diagnosi, è difficile isolare completamente la gravità clinica dei pazienti che venivano ammessi. Probabilmente l'effetto positivo della riforma sul rischio di venire dimessi per miglioramento deriva proprio dal rifiuto di ricoverare pazienti in condizioni di salute disperate, dato che non potevano essere ritenuti pericolosi. In ogni caso se anche così fosse, ciò renderebbe ancora più rilevante l'esito nullo della riforma sul rischio di morire in manicomio. Nonostante venissero ricoverati pazienti meno gravi in termini di salute generale, il loro rischio di morire all'interno delle istituzioni non cambiò (almeno per le coorti che siamo stati in grado di osservare).

[1] Un rituale per certi versi simile avveniva in diverse comunità della Sardegna con *su ballu 'e s'arza*, ovvero una danza in cui dopo aver inserito il malato all'interno di un forno tiepido, sette nubili, sette coniugate e sette vedove si alternavano in un ballo-supplica alla femmina di ragno (*s'arza*, ovvero la vedova nera mediterranea) di smettere di perseguitare il malcapitato (Gallini 1967).

[2] Gauchet e Swain (1980) criticano la visione negativa di Foucault sull'opera di Pinel. Secondo gli autori, la cura del paziente in manicomio per Pinel non mirava alla repressione, ma incarnava la speranza rivoluzionaria e ottimista di poter curare i malati di mente salvando la scintilla di sanità mentale che ancora possedevano.

[3] Si veda De Peri (1984) e Cotti (1982) per una panoramica interessante della posizione dei vari alienisti italiani.

[4] Augusto Tamburini fu uno degli psichiatri più rinomati d'Italia e ereditò da Carlo Livi il ruolo di caporedattore della Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale delle alienazioni mentali. Fu anche autore di diverse indagini sulle condizioni degli ospedali psichiatrici italiani, tra cui l'Inchiesta ministeriale del 1898.

[5] Dal censimento realizzato da Verga (1882), risultò che nel 1877 in Italia c'erano 34 manicomi pubblici.

[6] Due tentativi precedenti (la proposta di legge di Nicotera nel 1877 e la proposta dei Depretis nel 1881) non furono mai approvati dal Parlamento italiano. Un'analisi molto dettagliata dei tentativi di riforma si trova in Canosa (1979).

[7] Secondo l'inchiesta condotta da Zeni (2008), lo stesso Benito Mussolini fece ricoverare la sua prima moglie, Ida Dalser, in un ospedale psichiatrico nel 1925 e cancellare ogni traccia del loro matrimonio in quanto ciò costituiva una forte minaccia alla sua immagine pubblica.

[8] Un esempio di commento da parte dello psichiatra che valutava un paziente dopo un fallito periodo di prova familiare: «M. G. è stato nuovamente ricoverato nell'asilo di Arezzo dopo un precedente internamento terminato con un periodo di prova. Viene nuovamente ricoverato con un certificato di ammissione che lo definisce sempliciotto e talvolta colpito da crisi maniacali, con una diagnosi di mania acuta ricorrente. All'ammissione, si presenta come molto peggiorato: è emaciato e sporco. … Non è impulsivo, né aggressivo, ma piuttosto più che docile. Parla da solo con voce bassa, disconnessa e senza senso, e se chiamato, non mostra alcun segno di comprensione. Di notte non riposa e mangia poco, solo se costretto e ripetutamente stimolato. M.G. morì in manicomio nel 1918».

[9] Lo stesso Franco Basaglia negli anni Sessanta subì un processo penale per aver dimesso in prova un paziente che commise poi l'omicidio della propria moglie.

[10] Movimento degli infermi negli Ospedali civili – per gli anni 1883; 1884; 1885, 1886 e 1887. Statistica dei ricoverati in Ospedali pubblici e privati e in altri Istituti di assistenza nell'anno 1898. Statistica dei ricoverati in Ospedali e in altri Istituti di assistenza pubblici e privati nell'anno 1907.

[11] In particolare, per gli anni in cui solo il numero totale di internati e di decessi è disponibile, ma manca la suddivisione per genere, è stato utilizzato il seguente approccio:

1. Viene calcolata la proporzione media dei pazienti maschi e dei deceduti maschi sui rispettivi totali utilizzando gli anni con dati completi (1883-1887).

2. Queste proporzioni (52,2% dei pazienti, 54,8% delle morti) viene quindi applicata al numero totale dei pazienti ricoverati e delle morti per ottenere i rispettivi conteggi per genere negli anni in cui il dato manca.

Per gli anni in cui la popolazione alla fine dell'anno era assente (dal 1889 in poi), essa viene stimata utilizzando il tasso di ingresso netto in manicomio per il periodo 1883-1887. Questo tasso viene a sua volta ottenuto calcolando il peso percentuale della variazione annua nel numero di pazienti (ammissioni meno dimissioni) rispetto alla popolazione di inizio anno. La media di questi tassi (18,5%) viene quindi impiegata nella seguente formula:

$$Pop_{(31_Dic_t)} = Pop_{(1_Gen_t)} + (Pop_{(1gen_t)} * Tasso\ medio\ di\ Ingressi\ Netti_{(1883\text{-}87)}) - Morti_t$$

[12] Per la teoria di McKeown (1976,1980), il declino della mortalità nella prima fase della transizione si deve non tanto al progresso medico ma al miglioramento degli standard di vita legato al processo di industrializzazione.

[13] Direzione generale archivi del Ministero della cultura, Progetto 'Carte da Legare', consultabile al sito https://cartedalegare.cultura.gov.it/

[14] 'Carte da Legare' riporta informazioni (in forma anonima) su pazienti deceduti più di 75 anni fa per rispettare le disposizioni sulla legge sulla privacy. In particolare, per ogni documento vengono riportate solo le iniziali del nome e del cognome.

[15] Nelle parole dello stesso Lombroso: «Essendo dunque la donna naturalmente e organicamente monogama e frigida si comprende come le leggi dell'adulterio abbiano colpito la donna in quasi tutti i popoli, e non l'uomo, che troppe volte vi si doveva sottrarre; e si spiega, se non si giustifica, l'eterna ingiustizia con cui la legge ed il costume trattano la donna ad eguale condizione, in confronto dell'uomo, nei rapporti matrimoniali. È inutile il ricordare che quello che non è nemmeno una contravvenzione nel maschio è per la donna un crimine gravissimo» (Lombroso, Ferrero, 1903, pp. 57-58).

## Riconoscimenti

Si ringrazia Massimo Livi Bacci per i consigli espressi durante la stesura del presente lavoro.

Il presente articolo è una versione ampliata e rivista dello short paper *Lives on the Margins: An Analysis of Asylum Mortality in Italy at the Turn of the 20th Century* forthcoming in F. Martella, S. Arima, F. Marino, C. Mollica (2026), *Statistical Science: From Theory to Applied Research I: SIS-FENStats 2026*, Short Papers, Springer Nature.

## Riferimenti bibliografici

M. Alberti 2016, *A Preliminary Examination of Official Statistical Surveys on Psychic Disorders in Italy During the Fascist Era*, «Popolazione e Storia», 1, 53-72.

F.G. Alexander, S.T. Selesnick 1966, *The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present*, Harper and Row, New York.

P. Amaldi 1913, *Relazione sul Manicomio di Firenze per gli anni 1905-1911 del direttore Dott. Paolo Amaldi*, Tip. Galletti e Cocci, Firenze.

V.P. Babini 2009, *Liberi tutti: Manicomi e psichiatri in Italia, una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.

F. Basaglia 1965, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione (mortificazione e libertà dello "spazio chiuso", considerazioni sul sistema "open door")*, «Annali di Neurologia e Psichiatria e Annali Ospedale Psichiatrico di Perugia», LIX, 1, 1-10.

M. Breschi, L. Pozzi L. 2007, *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Forum Editore, Udine.

F. Bretschneider 2019, *From Healing Retreat to Custodial Institution: The Fate of the Moral Treatment Ideal*, «History of Psychiatry», 30, 3, 223-237.

T. Burns, J. Foot 2020, *Basaglia's International legacy. From asylum to community*, Oxford University Press, Oxford.
R. Canosa 1979, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli Editore, Milano.
M. Cotti 1982, *L'Istituzione Manicomiale nel nuovo stato unitario. Regime sanitario, regime amministrativo e armonia istituzionale*, in V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini (a cura di), *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna, 199-243.
E. De Martino 1961, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
F. De Peri 1984, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia di Italia, Annali*, vol. 7., Malattia e Medicina, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1050-1140.
A. Digby 1985, *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796-1914*, Cambridge University Press, Cambridge.
E. Felice, G. Vecchi 2015, *Italy's Growth and Decline, 1861-2011*, «The Journal of Interdisciplinary History», 45, 4, 507-548.
J.P. Fine, R.J. Gray 1999, *A proportional hazards model for the subdistribution of a competing risk*, «Journal of American Statistical Association», 94, 496-509.
F.M.S. Fiore Melacrinis, M. Rota 2025, *Public health reforms and the mortality decline in nineteenth-century Italy*, «The Economic History Review», doi: 10.1111/ehr.70021.
V. Fiorino 2002, *Matti, Indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Ottocento e Novecento*, Marsilio, Venezia.
A. Fischer 1933, *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*, F.A. Hebig, Berlino.
J. Foot 2015, *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*, Verso, Londra.
E. Fornasari di Verce 1900, *I progetti di legge sui manicomi e la finanzia locale*, «Il giornale degli economisti», 21, 54-68.
M. Foucault 1972, *Histoire de la folie a l'age classique*, Editions Gallimard, Parigi.
P. Frascani 1986, *Ospedale e Società in età liberale*, Il Mulino, Bologna.
C. Gallini 1967, *I rituali dell'Argia*, Cedam, Padova.
M. Gauchet, G. Swain 1980, *La Pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Parigi.
N. Gerald 1998, *Chiarugi and the Enlightenment in Psychiatry*, «Journal of the History of the Behavioral Sciences», 34, 3, 215-232.
E. Goffman 1961, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York.
J. Goldstein 2001, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, University of Chicago Press, Chicago.
P. Guarneri 2007, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, «Studi Storici», 2, 477-521.
M. Harris 2011, *Sacred Folly. A new history of the feast of fools*, Cornell University Press, Ithaca (NY).
L. Harrison 1976, *Donne, povere matte. Inchiesta nell'Ospedale Psichiatrico di Roma*, Edizioni delle Donne, Roma.
A.P. Holland 2022, *Trouble Within the Fold: The Communal Response to Madness in Medieval Europe*, University Honors Theses. Paper 1263, doi: 10.15760/honors.1294.
A. Kao 2000, *The Cure of Folly, or Removing the "Stone of Madness"*, «AMA Journal of Ethics», 2, 3, 22-23.
S. Kemp 1985, *Modern Myth and Medieval Madness: Views of Mental Illness in the European Middle Ages and Renaissance*, *New Zealand Journal of Psychology*, 14, 1, 1-8.
C. Lombroso, A. Tamburini, R. Ascenzi 1892, *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione ai Manicomi del Regno*, in APA, XIII, 1892, 50-69. Disponibile online: http://digitale.bnc.roma.sbn.it/tecadigitale/visore/#/main/viewer?idMetadato=11775194&type=bncr.
C. Lombroso, G. Ferrero 1903, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino.
R. Mariani-Costantini, A. Mariani-Costantini 2007, *An outline of the history of pellagra in Italy*, «Journal of Anthropological Sciences», 85, 163-171.

P. Mazzarello 2011, *Cesare Lombroso: an anthropologist between evolution and degeneration*, «Functional Neurology», 26, 2, 97-101.
T. McKeown 1976, *The Modern Rise of Population*, Academic Press, New York.
T. McKeown 1980, *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?*, Princeton University Press, Princeton.
Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio 1909, *Statistica dei ricoverati in ospedali pubblici e privati e in altri istituti di assistenza nell'anno 1907*, Roma.
E. Miteva 2021, *Black Mood for Black Bile? Melancholy Between Medicine and Philosophy in Albert the Great (1200-1280)*, in T. Breyer, M.L. Herzfeld-Schild, E. Miteva, J.F.M. Schick (Hg.), *Melancholie und Empathie*, Karl Alber, Friburgo, 83-103.
G. Mora 2008, *Renaissance Conceptions and Treatments of Madness*, in E.R. Wallace, J. Jach (eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation*, Springer, Boston, 227-254.
E. Morselli 1880, *L'Amministrazione e la scienza dei manicomi*, «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», XVII, 2, 373-492.
M. Petracci 2014, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma.
R. Porter 2002, *Madness: A Brief History*, Oxford University Press, Oxford.
D. Priori 1950, *L'epilessia nella tradizione popolare*, «Lares», 16, 95-97.
L. Roscioni 2003, *Il governo della follia. Ospedali medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano.
M. Rossi 2023, *Corpi e spazi della follia. Verso un nuovo legame di cura tra territorio e vulnerabilità psichiatriche*, «Scienze del Territorio. Rivista di Studi Territorialisti», 11, 2, 30-41.
A. Salvato 2002, *Pellagra e Pazzia: i manicomi di S. Servolo e di S. Clemente*, Enciclopedia Treccani. Disponibile online: https://www.treccani.it/enciclopedia/pellagra-e-pazzia-i-manicomi-di-s-servolo-e-di-s-clemente_%28altro%29/.
L. Salvati, M. Carlucci, P. Serra, I. Zambon 2019, *Demographic Transitions and Socioeconomic Development in Italy, 1862–2009: A Brief Overview*, «Sustainability», doi: 10.3390/su11010242
A. Scull 1993, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, Yale University Press, New Haven.
A. Scull 2015, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*, Princeton University Press, Princeton.
A. Tamburini 1902, *L'inchiesta sui manicomi nella provincia di Venezia e la legge sui manicomi*, « Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Sperimentale», XXVIII, 723.
A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini 1918, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Utet, Torino.
A. Tamburini, E. Fornasari di Verce 1900, *Le condizioni dei Manicomi e degli Alienati in Italia (1896-1897)*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Sperimentale», XXVI, 487-505.
A. Verga 1882, *Censimento dei pazzi che trovavansi ricoverati nei manicomi ed ospitali d'Italia l'ultimo giorno dell'anno 1880*, «Annali di statistica», 3, 1, 147-183.
A. Verga 1879, *Il manicomio e la famiglia, Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali*, ripubblicato in A. Verga 1896-1897, *Studi anatomici sul cranio e sull'encefalo psicologici e freniatrici*, vol. II, F. Manini-Wiget, Milano, 234-268.
M. Zeni 2008, *La moglie di Mussolini*, Effe e Erre, Trento.

## Riassunto

*La Riforma Giolittiana e il destino dei fragili: un'analisi della mortalità all'interno dei manicomi dell'Italia tra Ottocento e Novecento*

Questo studio analizza l'impatto della Riforma Giolittiana (legge 36/1904) sulla mortalità dei pazienti negli ospedali psichiatrici italiani. Attraverso l'esame di un campione di circa 1.200 cartelle cliniche digitalizzate dal progetto 'Carte da Legare', la ricerca confronta il destino dei pazienti ricoverati prima e dopo l'introduzione della legge. I risultati indicano che la riforma non ebbe

un impatto significativo sulla riduzione della mortalità interna, che rimase tragicamente stabile a causa di condizioni igieniche e nutrizionali precarie. Tuttavia, si osserva un aumento delle dimissioni per 'miglioramento', suggerendo che la legge venne utilizzata principalmente come strumento burocratico per decongestionare le strutture sovraffollate piuttosto che per migliorare le cure cliniche. In definitiva, lo studio evidenzia come, nonostante i cambiamenti legislativi, il manicomio abbia mantenuto la sua natura di luogo di segregazione per i soggetti socialmente più fragili.


## Summary

*The Giolittian Reform and the Fate of the Vulnerable: An Analysis of Asylum Mortality in Italy at the Turn of the 20th Century*

This study examines the impact of the Giolittian Reform (Law 36/1904) on patient mortality within Italian psychiatric hospitals. By analysing a sample of approximately 1,200 clinical records digitised through the 'Carte da Legare' project, the research compares the outcomes of patients admitted before and after the implementation of the law. The results indicate that the reform did not have a significant impact on reducing in-hospital mortality, which remained tragically stable due to precarious hygienic and nutritional conditions. However, an increase in discharges for 'improvement' is observed, suggesting that the law was primarily utilised as a bureaucratic tool to decongest overcrowded facilities rather than to enhance clinical care. Ultimately, the study highlights how, despite legislative changes, the asylum maintained its nature as a place of segregation for the most socially vulnerable individuals.



*Parole chiave*

Analisi della mortalità; Manicomi; Istituzioni; Riforma Giolittiana; Foucault.

*Keywords*

Mortality Analysis; Mental Asylum; Institution; Giolitti's Law; Foucault.