

Torino 30 maggio - 1 giugno 2024



Società Italiana di
Storia della Medicina



Accademia di Medicina
di Torino

ATTI

Volume I



54°

Congresso della
Società Italiana
di Storia della Medicina



UNIVERSITÀ
DI TORINO

Università degli studi di Torino



Torino

Collana Storia della Medicina n. 3

Publicato aprile 2025

Realizzazione grafica della copertina: Patrizia Lombardi

Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons

CC BY-NC Attribuzione 4.0 Internazionale.



ISBN: 9788875903466



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

Università degli studi di Torino



Società Italiana
di Storia della
Medicina



Accademia di
Medicina
Torino

ATTI DEL
54° CONGRESSO DELLA SOCIETÀ
ITALIANA DI STORIA DELLA MEDICINA

I volume

A CURA DI

ALESSANDRO BARGONI

GIANCARLO CERASOLI

LUISA FERRARI

NICOLÒ NICOLI ALDINI

RAIMONDA OTTAVIANI

Torino 30 maggio - 1° giugno 2024

Indice Volume I

Educazione Terapeutica del Paziente e malattie rare: esempio di programma per persone con la malattia di Rendu-Osler-Weber M.G. Albano., G.M. Lenato, P. Suppressa, P. Lastella, C. Sabbà	7
Delfina Amprino Bonetti, dalla ricerca epidemiologica alla fondazione dell'AIMS G. Albertini	27
Il delicato equilibrio tra libertà individuale e tutela della salute pubblica: implicazioni per la pratica medica S. Angilletta	41
I vantaggi della pratica psicomotoria in ambito medico S. Angilletta	43
La tubercolosi: storia di una malattia infettiva, dall'antichità all'attualità L. F. Antignani	45
Storia dell'Ospedale Civile di Montemarciano negli anni della nascita del SSN G. Cotichelli, D. Barchiesi	59
Aldo Castellani (1874-1971), il medico fascista che lavorò per la resistenza L. Borghi	79
Le Politiche di sviluppo dell'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro nella seconda metà dell'Ottocento F. E. Borromeo, P. Rossi, D.R. Vantaggiato	89

Altre Donne del Movimento di Croce Rossa (dalle origini alla Prima guerra mondiale) E. Branca	101
Emigrazione italiana e malattia: una compagnia costante. L'esperienza del Museo Nazionale dell'Emigrazione italiana a Genova N. Buonasorte	119
Affinché resti Memoria: testimonianze dal museo di Odontoiatria. Le donazioni Andrea Pacotti e Armando Sonnati V. Burello	131
La fotografia medica nell'Ottocento: un importante mezzo di diffusione della neonata psichiatria J. Casaccia	141
La sanità a Ravenna al tempo dei francesi (1797-1813) G. Cerasoli	165
Medici e chirurghi a Ravenna al tempo dei francesi (1796-1814) G. Cerasoli	177
La nascita dell'Oncologia in Italia. Il San Giovanni di Torino A. Comandone, T. Comandone, L. Mosca	199
Comunità e Identità: una prima mappatura dei patrimoni storici degli ospedali piemontesi P. Cosola, A. Maconi, F. Ripa	225
Cesare Taruffi, scienziato e patriota Tiziano Dall'Osso	233
Il controllo dei nevi attraverso la storia: dalla nevomanzia all'intelligenza artificiale A. Del Sorbo	239

Comunicare per conoscere. L'impegno di Carlo Morelli dal 1837 al 1870 R. Diddi	245
Il "Fondo Foà" quale preziosa fonte di documentazione storico-medica dell'Anatomia Patologica tra XIX e XX secolo L. Ferrari, A. Bargoni	267
Stati patologici comuni in epoca medioevale secondo le parole di frate Jacopone da Todi L. Ferrari, F. Zampieri	271
L'eredità scientifica di Pio Foà quale patrimonio museale anatomopatologico L. Ferrari, M. Papotti	275
Il Museo Teratologico di Medicina Legale e Anatomia Patologica dell'Università di Genova: fasi preliminari di conservazione e studio di una preziosa collezione paleopatologica feto-perinatale L. Ferrari, A. Bonsignore, F. Buffelli, E. Fulcheri, G. Minetti	279
Malaria e Insula Caprulense P. Formentini	283
Curare: voci del mondo antico <i>Letture di apertura del 54° Congresso SISM</i> S. Fortuna	291
I provvedimenti dei Conservatori della Sanità a Pavia al tempo della peste di San Carlo M. C. Garbarino	307

Il 54° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina svoltosi a Torino dal 30 aprile a al 1° maggio 2024 ha visto una grande partecipazione di congressisti e di pubblico interessati anche al luogo dove si è svolto il congresso, sede dell'Accademia di medicina, ricco di retaggi culturali e ultima sede dell'istituzione dal 1894.

Il successo di partecipazione è stato accompagnato da un'intensa attività di lavori congressuali con la presentazione di numerose comunicazioni, tutte di buon livello e precedentemente selezionate dal prestigioso Comitato scientifico del congresso. È quindi apparso meritevole al Comitato organizzativo, dal punto di vista scientifico, conservare questo interessante e ricco materiale pubblicandolo in un volume degli Atti. Gli autori delle comunicazioni hanno risposto con slancio alla richiesta dell'invio del materiale facendo giungere alla Redazione più di novecento pagine di relazioni e immagini.

Per rispettare i tempi ridotti che devono intercorrere tra congresso e pubblicazione dei suoi atti, è stato impossibile procedere alla revisione scientifica dei testi e all'editing accurato. Pertanto i lavori vengono pubblicati così come sono giunti alla redazione. Di conseguenza ciò che è riportato nei testi esprime il punto di vista personale dell'autore che lo pubblica sotto la sua diretta responsabilità. L'intera pubblicazione degli Atti del 54° Congresso è raccolta in tre volumi di circa trecento pagine ciascuno. Per rendere più agevole la ricerca di testi e di autori la numerazione delle pagine dei tre volumi è progressiva. Ogni volume è corredato da un proprio indice, mentre al termine del terzo volume è pubblicato l'indice generale e l'indice per autori.

I Curatori

Educazione Terapeutica del Paziente e malattie rare: esempio di programma per persone con la malattia di Rendu-Osler-Weber

M.G. Albano¹, G.M. Lenato², P. Suppressa²,
P. Lastella², C. Sabbà²

¹Cattedra di Storia della Medicina, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari

²Unità Operativa di Medicina Interna e Geriatria Universitaria “Frugoni”, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”

Riassunto

La malattia di Rendu-Osler-Weber, o Teleangiectasia Emorragica Ereditaria, (HHT: Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia), è una grave malattia rara ereditaria, cronica, che provoca l'insorgenza di malformazioni artero-venose (“shunt”) localizzate in diversi organi ed è accompagnata da varie complicanze anche acute. Come in molte malattie rare (MR), le problematiche nella gestione dell'HHT, principalmente connesse alla “rarietà” della patologia, sono dovute a numerosi fattori, tra i quali la scarsa conoscenza di questa malattia multisistemica da parte della classe medica e la mancata disponibilità di opzioni terapeutiche e/o percorsi assistenziali efficaci.

Per i pazienti le ripercussioni della malattia sono molteplici anche sul piano psicologico e, insieme alle gravose necessità assistenziali, possono condizionare le loro scelte di vita e le relazioni all'interno ed all'esterno del nucleo familiare. La ridotta qualità di vita è anche dovuta ad una scarsa conoscenza e comprensione dell'HHT.

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) è un intervento di natura didattica, promosso dall'OMS, che ha lo scopo di far acquisire al paziente il sapere e le abilità necessarie alla gestione quotidiana della sua malattia. Il programma di ETP qui proposto per i pazienti con HHT consentirà di sviluppare le competenze di autogestione e di adattamento a questa patologia rara.

Summary

Rendu-Osler-Weber disorder, or Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT), is a rare, severe, hereditary chronic disease which features the occurrence of arteriovenous malformations ("shunts") located in different organs and displays various complications, including acute ones. As in many Rare Diseases (RD), the clinical healthcare for HHT entails considerable issues, mainly related to the "rarity" of the pathology, due to a number of factors, including the lack of knowledge of this multisystem disease among physicians' community as well as the unavailability of effective treatment options and/or care pathways.

Patients often suffer from several repercussions of the disease, including those at the psychological level, resulting in high-burden healthcare needs, which, ultimately, may affect their life choices as well as relationships within and outside the family unit. Reduced quality of life is also due to a lack of knowledge and understanding of HHT. Therapeutic Patient Education (ETP) is an educational intervention promoted by the WHO, which aims to help patients acquire the knowledge and skills necessary for the daily management of their disease. The ETP programme proposed here for HHT patients will enable them to develop self-management and adaptation skills.

Parole chiave

Teleangiectasia Emorragica Ereditaria (HHT), malattia di Rendu-Osler-Weber, educazione terapeutica del Paziente, malattie rare (MR)

Keywords

Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia (HHT), Rendu-Osler-Weber disorder, therapeutic patient education (ETP), rare diseases (RD)

La malattia di Rendu-Osler-Weber: cenni storici di una malattia rara

La malattia di Rendu-Osler-Weber, o Teleangiectasia Emorragica Ereditaria, denominata anche HHT dal suo acronimo inglese *Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia*, è una malattia rara ereditaria (sono stati ad oggi identificate mutazioni in almeno tre geni responsabili), con prevalenza di circa 1:6000 [1].

Si tratta di un'anomalia dell'angiogenesi e dell'omeostasi vascolare, ereditata come carattere autosomico dominante, che si manifesta con perdita dell'identità artero-venosa vascolare ed insorgenza di malformazioni artero-venose ("shunt") localizzate, a carico di diversi organi. Le malformazioni artero-venose provocano una vasta gamma di manifestazioni cliniche, quali emorragie nasali e digestive ripetute, dispnea, ascessi cerebrali, ed altre complicanze viscerali [2,3].

Nel 1865, molti anni prima del riconoscimento ufficiale della malattia come quadro clinico definito, il medico ed epidemiologo inglese Benjamin Guy Babington (1794-1866) (Figura 1) ne effettuò quella che si ritiene la prima descrizione in un articolo apparso sulla rivista medica *The Lancet*, in cui riporta un caso di epistassi familiare [4]. L'anno precedente, Gawen Sutton aveva descritto un caso di un paziente affetto da epistassi ricorrente e concomitanti malformazioni vascolari, ma con storia familiare indisponibile a causa della sua condizione di orfano [2,5].

Nel 1876, fu riportato un caso di epistassi familiare associata a teleangiectasie multiple mucocutanee dal medico inglese John Wickham Legg (1794-1866) [6].

In seguito, nel 1896 il medico francese Henri Jules Louis Marie Rendu (1844-1902) osservò tre famiglie in cui ricorrevano le tipiche lesioni mucocutanee assieme alle epistassi recalcitranti e fu, inoltre, in grado, per la prima volta, di definire questo quadro clinico (oggi conosciuto anche sotto il nome di teleangiectasia emorragica ereditaria) come una malattia di natura ereditaria, con caratteristiche distinte dal quadro clinico dell'emofilia [7,8]. Tale distinzione è tuttora riconosciuta valida, una volta che i meccanismi patogenetici hanno confermato che le emorragie nell'HHT non sono attribuibili ad un difetto di coagulazione, bensì a un'alterazione dei vasi sanguigni.

Poco più tardi, William Osler M.D. (1849-1919) medico canadese tra i fondatori dell'Ospedale Johns Hopkins, confermò la distinzione tra la patologia in seguito denominata teleangiectasia emorragica ereditaria e l'emofilia osservando che i pazienti non

sanguinano abbondantemente dalle lacerazioni e descrisse due nuovi casi familiari dimostrando come questo disturbo venga tramandato da una generazione all'altra [9,10].

Il dottor Frederick Parkes Weber, M.D. (1863 – 1962), nel 1907, ampliò la descrizione clinica della malattia in un resoconto in cui illustrò una serie di casi [11]. All'inizio del XX secolo, al disturbo fu aggiunto il nome di W. Osler e successivamente entrarono in uso i tre nomi che ancora ora sono universalmente usati [12]. Nel 1909, la malattia di Rendu-Osler-Weber è stata rinominata "Teleangiectasia emorragica ereditaria" (HHT) dal medico americano Frederic M. Hanes [13].

Nel biennio 1994-1996, furono, poi, identificate le prime mutazioni nei due geni principali responsabili della patologia, coinvolti nella regolazione dell'angiogenesi e del mantenimento dell'identità artero-venosa e dell'omeostasi vascolare [14].

Nel 2001, furono fondati i primi due Centri di riferimento multidisciplinari per la diagnosi, la presa in carico e la ricerca clinica dell'HHT in Italia [15], rispettivamente a Bari [16] e a Pavia-Crema, sul modello precedentemente ideato presso l'Università di Yale (CT, USA), nel 1991, da Robert I White, M.D. [17] e supportato in tutto il mondo dall'Associazione americana pazienti HHT (HHT International Foundation, oggi denominata Cure HHT) [18].

Come per molte malattie rare, anche per la HHT, il 2017 ha rappresentato un anno di svolta, in seguito all'istituzione delle 24 Reti di Riferimento Europee Malattie Rare (*European Reference Networks, ERNs*), con la conseguente inclusione di questa patologia tra quelle di interesse nel campo specifico della VascERN (*European Reference Networks for Multisystemic Vascular Diseases*) [19].

Quadro clinico

Da un punto di vista anatomico-patologico, l'HHT consiste in una displasia vascolare caratterizzata da malformazioni artero-venose multiple localizzate con insorgenza preferenziale in alcuni organi, quali mucosa nasale ed orale, siti della cute, polmone, cervello, fegato, tratto gastrointestinale (GI). Gli shunt artero-venosi comportano numerose manifestazioni cliniche croniche, oltre ad improvvise complicanze acute.

Le conseguenze cliniche possono verificarsi direttamente a carico degli organi colpiti dalle malformazioni vascolari (quali epistassi e sanguinamenti GI associati ad anemia cronica sideropenica, dispnea, emorragie polmonari e cerebrali, ipertensione portale), oppure possono emergere come interessamento secondario in un organo non direttamente colpito da malformazioni artero-venose significative, ma coinvolto a livello sistemico (ascesso cerebrale, ictus ischemico, scompenso cardiaco ad alta portata) [20].

Gestione clinica

Il coinvolgimento tipicamente multiorgano dell'HHT richiede, pertanto, un'adeguata presa in carico da parte di un gruppo multidisciplinare [21] (vd tabella 1). Come per la gran parte delle patologie rare ereditarie, non esistono terapie eziologiche risolutive ed il principale obiettivo della presa in carico medica consiste nella gestione e/o prevenzione delle complicanze acute e croniche, che richiedono un attento programma di sorveglianza clinico-strumentale [22].

La diagnosi clinica certa si basa su almeno tre dei seguenti criteri (è ritenuta possibile se ne sono presenti due, improbabile se ne è presente solo uno):

- Epistassi spontanee e ricorrenti.
- Teleangectasie della cute o delle mucose, solitamente localizzate a livello di mucosa nasale ed altri siti tipici, quali, lingua, polpastrelli delle dita.
- Storia familiare: presenza di almeno un parente di primo grado con diagnosi di HHT
- Riscontro di malformazioni artero-venose (MAV) viscerali negli organi tipici.

In alcune famiglie, è anche possibile stabilire la presenza di HHT utilizzando tecniche di diagnosi genetica.

Quando le analisi molecolari individuano una variante con significato patogenetico nei geni causativi dell'HHT in una data famiglia, è infatti possibile estendere l'indagine genetica nei familiari per formulare una diagnosi certa anche nei soggetti che non presentano tutte le manifestazioni indicate dai tre criteri di diagnosi clinica certa [20,23].

L'HHT e la problematica delle Malattie Rare

Riteniamo importante precisare che l'approccio all'HHT andrebbe inserito nel più ampio contesto della problematica delle Malattie Rare (MR). La locuzione "Malattie Rare" rappresenta un termine "ombrello" che comprende tutte le patologie a bassa prevalenza, definite in base ad una soglia che, nell'Unione Europa, è stata convenzionalmente stabilita pari a 1:2,000 [24]. In tutte le malattie rare - compresa, quindi, l'HHT la presa in carico si rivela un compito particolarmente ricco di sfide per i medici coinvolti, con la conseguenza che i pazienti e le loro famiglie si trovano spesso nella situazione di dover ricorrere a medici che mostrano difficoltà nel rispondere ai loro bisogni assistenziali [25]. Esistono numerosi e diversi fattori responsabili di questo gap assistenziale, che, possiamo addebitare ad esempio, alla scarsa conoscenza, da parte della classe medica, di una specifica malattia rara (spesso non adeguatamente affrontata nel curriculum accademico universitario e confinata, spesso, solo a poche righe nei libri di testo), alla dispersione epidemiologica dei pazienti in un'ampia *catchment area* geografica, al quadro clinico spesso multi-sistemico, alla mancata disponibilità di opzioni terapeutiche e/o percorsi assistenziali efficaci, allo scarso interesse dell'industria farmaceutica verso l'investimento in ricerca per il trattamento delle MR [26]. Infine, la gran parte delle MR presenta andamento cronico, spesso recidivante, tendenzialmente ingravescente: si tratta, pertanto, di "malattie croniche e, in più, rare" [27,28].

Per tutte queste ragioni, gli specialisti coinvolti nell'assistenza multidisciplinare (vedi tabella 1) dovrebbero garantire livelli di expertise con alto grado di specificità e continuità temporale, che possono essere raggiunti, nella pratica, unicamente laddove si realizzino significative concentrazioni di specifica competenza medica ed alto numero di accessi di pazienti. Per molti pazienti, di conseguenza, la distanza fra la residenza ed i pochissimi Centri di Riferimento rappresenta un'ulteriore e significativa barriera ai fini di una presa in carico adeguata [29].

Problematica medico-psico-pedagogica

Sono stati compiuti molti progressi dalla scoperta dell'HHT, tuttavia, come accade nella maggior parte delle malattie rare, l'HHT è ancora oggi sottodiagnosticata [30], in quanto misconosciuta dalla classe medica, che spesso tende a focalizzarsi su un approccio organo-specifico, lasciandosi quindi sfuggire il sospetto clinico di una sindrome con quadro multiorgano.

La formulazione di una diagnosi definitiva di HHT può richiedere anche qualche decennio dalla comparsa del primo sintomo, anche se le recenti tecniche di conferma genetica del sospetto clinico hanno condotto a significativi progressi [31]. Analogamente a quanto avviene per altre malattie rare, questo ritardo diagnostico comporta una serie di conseguenze, dal punto di vista epidemiologico (le stime indicano spesso valori di prevalenza inferiori al tasso atteso pari a 1:6,000) [30]), clinico (una diagnosi non tempestiva impedisce un corretto screening radiologico strumentale preventivo), psicologico.

Inoltre, come accade in molte altre malattie rare, il coinvolgimento multi-sistemico e il decorso di solito inaggravante che caratterizzano l'HHT compromettono considerevolmente la qualità di vita del paziente e richiedono una gestione assistenziale complessa e spesso onerosa, comunque realizzabile solo in pochissimi Centri di Riferimento a valenza nazionale [32].

Un corretto inquadramento dell'HHT all'interno della problematica delle MR richiede, in ogni caso, anche una disamina dell'impatto della "rarità" così come vissuto dalla prospettiva del paziente: ciò evidenzia le difficoltà di ottenere una adeguata presa in carico per le MR a tutti i livelli dell'assistenza medica [33].

Il paziente, costretto a seguire un percorso contorto e lungo prima di ottenere una diagnosi, avverte un senso di incertezza, confusione, disorientamento. Nel campo delle malattie rare, questo tormentato "viaggio diagnostico" è stato definito come una vera e propria "Odissea diagnostica" [34]. Le barriere alla presa in carico assistenziale impattano sulla vita quotidiana in termini di limitazioni o cambiamento di

abitudini, ostacoli nell'attività lavorativa, stigma sociale, con conseguente disagio psicologico ed una generale tendenza a ricostruire le proprie aspettative di vita. Le necessità assistenziali, inoltre, possono condizionare le stesse relazioni all'interno ed all'esterno del nucleo familiare [35].

Lo iato tra gli *unmet needs* vissuti dal paziente e la ridotta accessibilità a servizi clinico-assistenziali efficaci e tempestivi ha portato alla assegnazione alle MR dell'appellativo "malattie orfane" [36].

Risulta, pertanto, evidente come nelle MR sia richiesta una focalizzazione – in maggior misura rispetto alle altre malattie - sulla malattia considerata come *disease* (condizione patologica dal punto di vista biomedico), come *illness* (vissuto del paziente), come *sickness* (percezione sociale della malattia) [27].

In questo contesto, l'approccio all'HHT richiede, quindi, da parte del medico una specifica conoscenza di questa patologia rara ed impone al paziente l'acquisizione di competenze di autogestione e di adattamento alla malattia per ritardare le complicanze e prevenire le manifestazioni acute.

Ruolo dell'ETP

I programmi di educazione terapeutica del paziente (ETP) mirano a supportare il paziente nell'acquisizione di capacità di auto-cura, di prevenzione delle complicazioni evitabili, di gestione efficace delle situazioni di crisi [37]. L'ETP prevede attività organizzate (WHO, 1998, 2023) [38,39], fondate sull'alleanza terapeutica tra professionista sanitario e paziente, che consentono alla persona di vivere con la sua malattia nel miglior modo possibile. Programmi di ETP sono stati implementati negli ultimi cinquant'anni su un'ampia gamma di patologie croniche, anche perché contribuiscono allo sviluppo dell'empowerment e delle capacità di coping, al miglioramento o al mantenimento dello stato di salute [40] (al miglioramento dei parametri biologici, delle condizioni fisiche, alla riduzione degli stati di ansia e di depressione...) [41] e della qualità della vita del paziente e dei suoi familiari.

La comprensione della malattia e del trattamento e l'acquisizione di competenze di autogestione e di adattamento sono di vitale importanza per i pazienti affetti da

HHT (soprattutto per prevenire alcune complicanze acute, per gestire l'amplificata complessità della malattia dovuta alla presenza di altre patologie concomitanti, per far fronte con maggiore facilità alla distanza del Centro di Riferimento Multidisciplinare dalla zona di residenza).

Proposta di programma di ETP per i pazienti HHT

Strutturazione del programma

1. Nel corso del primo incontro con il/i professionista/i sanitario/i del Centro di Riferimento, il paziente descrive la sua vita quotidiana con la malattia e gli vengono poste domande che permettono di esplorare le diverse dimensioni della persona:

- dimensione socioprofessionale – si esplora il suo contesto di lavoro e di vita
- dimensione psico-affettiva – si raccolgono informazioni sul modo in cui vive la malattia HHT
- dimensione cognitiva – si indaga sulle sue conoscenze e rappresentazioni dell'HHT (sul livello di *health literacy* del paziente, su cosa sa e cosa crede riguardo alla sua eziologia, alla progressione, alla severità della propria condizione, alla sua modalità di gestione).

La raccolta di queste informazioni permetterà di rilevare i suoi “bisogni di educazione” e consentirà di stabilire cosa dovrà apprendere il paziente [42].

2. Viene quindi negoziato con il paziente un “contratto di educazione” in cui saranno indicate le competenze di autogestione e di adattamento alla malattia che acquisirà grazie all'educazione. Si instaura una relazione fondata sull'alleanza terapeutica, che contribuirà a rendere il paziente partecipe del management della sua malattia.

3. Al fine di acquisire le competenze di autogestione e adattamento alla malattia, il paziente parteciperà, quindi, ad un numero limitato di sessioni collettive, condotte attraverso l'uso di metodi didattici diversificati (es: tavola rotonda, dimostrazione ed esecuzione delle modalità corrette di auto-gestione dell'epistassi, lezione interattiva - cfr. tabella 1) da professionisti formati nel campo dell'educazione terapeutica ed in possesso di specifica expertise, (in quanto componenti di un team

multidisciplinare). Acquisirà le competenze definite durante il primo incontro, in funzione di quattro tematiche principali, di seguito descritte (le corrispondenti specifiche competenze sono indicate nella tabella 1). Parteciperà anche alle sessioni del programma ETP ed alla sua pianificazione, un paziente esperto, identificato da una associazione di pazienti con HHT (*patient advisory group* e *self-help group*) riconosciuta a livello europeo.

Sessione 1. Competenze che il paziente dovrebbe acquisire – Complicanze

Nell'educare il paziente vanno considerate le caratteristiche cliniche ed assistenziali dell'HHT.

È innanzitutto necessario distinguere gli eventi che consistono nell'insorgenza e nell'espansione di nuove malformazioni artero-venose che colpiscono i vari organi nel tempo, dall'occorrenza di complicanze associate alle malformazioni stesse. Va chiarito come, ad oggi, non sono disponibili approcci in grado di bloccare e/o rallentare la progressiva formazione delle lesioni vascolari tipiche, né sono noti potenziali comportamenti a rischio che, se evitati, potrebbero prevenire l'accumulo di nuove malformazioni o la crescita delle malformazioni esistenti. Il paziente va, pertanto, reso consapevole che, ad oggi, le possibilità di intervento da parte della classe medica e, parimenti, gli obiettivi raggiungibili alla fine del percorso di ETP, consistono in una migliore attività di prevenzione e gestione delle complicanze associate alle lesioni vascolari tipiche della patologia di base.

Sessione 2. Competenze che il paziente dovrebbe acquisire: Azioni di prevenzione

Analogamente a quanto avviene per i Centri di Riferimento delle altre malattie rare, anche i Centri HHT devono garantire competenze specialistiche multidisciplinari diagnostiche, terapeutiche e assistenziali, declinate in funzione delle caratteristiche cliniche specifiche della patologia e, ogniqualevolta necessario, mirate al trattamento/gestione delle complicanze acute e croniche ed al mantenimento dei livelli

funzionali. Pertanto, il paziente va reso consapevole della necessità di aderire ad una strategia di prevenzione delle complicanze evitabili, a carico degli organi viscerali e/o a livello sistemico, sia mediante azioni nel contesto diretto di un Centro di riferimento (screening strumentale per malformazioni artero-venose viscerali), sia mediante azioni svolte in contesto domiciliare sotto la regia del Centro.

Sessione 3. Competenze che il paziente dovrebbe acquisire: manovre e comportamenti in contesto di quotidianità

Convivere quotidianamente con una malattia rara come l'HHT implica l'autogestione di una serie di aspetti senza poter usufruire del Centro esperto di riferimento, posto a grande distanza. Il paziente dovrà quindi necessariamente mettere in atto manovre in condizioni standard oppure in condizioni di crisi, che richiedono un rapido accesso alle strutture mediche locali di emergenza-urgenza, spesso, tuttavia, non in possesso degli specifici livelli di expertise. Il paziente dovrà inoltre essere reso edotto della possibilità di avvalersi di strumenti informativi certificati, quali i *Do's and Dont's*, elaborati dalla VascERN (per una rapida fruizione da parte di pazienti e professionisti sanitari non esperti dell'HHT), relativi alla gestione clinica di una serie di situazioni, in modo da garantire la specificità della presa in carico della patologia rara di base nelle condizioni di emergenza al di fuori del contesto del Centro di riferimento [22].

Sessione 4. Competenze che il paziente dovrebbe acquisire: aspetti psico-sociali

Il paziente dovrebbe anche poter beneficiare di un sostegno psico-sociale che lo aiuti a far fronte al sentimento di isolamento ingenerato dalla malattia. Partecipare ad incontri regolari con altre persone affette dalla sua stessa patologia (*patient advisory group* e *self-help group*) per affrontare temi e problemi comuni gli sarà senza dubbio di grande sollievo [43]. Il paziente trarrà, quindi, beneficio dalla continuativa

interazione con la figura del “paziente esperto” e con i gruppi di auto-aiuto organizzati in Italia dalle associazioni dei pazienti HHT.

Valutazione. Al termine del percorso formativo, la valutazione consentirà di individuare le competenze acquisite dal paziente, quelle da rafforzare o ancora da acquisire. Le pratiche di autovalutazione saranno sempre incoraggiate perché aiutano a sviluppare le capacità metacognitive e sproneranno a ricontattare i centri esperti al fine di colmare le lacune.

Discussione

The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease. Questa citazione è stata ripetutamente ascritta a Sir William Osler, uno dei tre eponimi della malattia di Rendu-Osler-Weber, o HHT [44]. Sebbene tale attribuzione ad Osler sia oggi controversa, l'aforisma evidenzia come la responsabilità del medico non debba limitarsi ad una “gestione” della malattia, ma focalizzarsi sull'esperienza soggettiva della malattia da parte del paziente [45]. Si nota chiaramente come tale affermazione sia, a maggior ragione, applicabile alla realtà delle malattie rare, patologie che richiedono di essere trattate nell'ottica di una assistenza comprensiva, globale e *patient-centered*) [25,46,47].

Alla luce del contesto sociosanitario precedentemente descritto, caratterizzato dalle numerose problematiche dei pazienti con MR, inclusi gli *unmet needs* in termini di assistenza ed il vissuto di stigma ed isolamento sociale, riteniamo quindi che le persone con HHT possano trarre beneficio da un programma di ETP.

Non esistono attualmente in Italia programmi di ETP per le persone affette da questa patologia.

Abbiamo ritenuto di strutturare il programma qui proposto, in attività di gruppo, in considerazione dei potenziali vantaggi che tale modalità educativa offre (permettere ai pazienti di esprimersi a proposito del loro vissuto e delle loro esperienze, apprendere da altri pazienti - *peer teaching*-, non sentirsi soli), piuttosto che come approccio individuale [48].

Riteniamo che il setting maggiormente adatto per la realizzazione efficace del programma sia costituito dai Centri di Riferimento, per la presenza delle diverse figure professionali, ad elevata expertise, necessarie alla sua attuazione.

Infine, come per ogni MR ereditaria, un programma di ETP dovrebbe anche trattare il tema della maternità e dei rischi riproduttivi (e della necessità, per le donne in età fertile, di effettuare lo screening clinico prima di un'eventuale gravidanza, per quanto le complicanze gravi associate a gestazione e parto siano poco frequenti) [49,50]. Tuttavia, per ragioni legate al carico emotivo e agli interrogativi etici che tale problematica solleva, si ritiene più opportuno affrontare questo argomento nel corso di incontri monotematici, preferibilmente in setting più idonei (es: consulenza genetica, colloqui con gli specialisti) piuttosto che durante il programma di ETP di base.

Conclusioni

La Teleangiectasia Emorragica Ereditaria (HHT) è una patologia cronica rara, che necessita di una tempestiva diagnosi del medico e della quotidiana partecipazione del paziente alla gestione della sua malattia. Il programma di ETP qui proposto ci appare applicabile al contesto italiano e riteniamo che sia indispensabile per supportare il paziente nell'acquisizione di capacità di autogestione e di coping, utili per prevenire le complicazioni evitabili e necessario per preservare nel miglior modo possibile lo stato di salute e la qualità di vita del paziente.

Descrizione di un programma di ETP per persone affette dalla malattia di Rendu-Osler-Weber

Sessione 1. Complicanze

Al termine del programma di educazione il paziente sarà in grado di:

- spiegare la malattia di Rendu-Osler-Weber (eziologia, sintomi, segni)
- descrivere le modalità di insorgenza/espansione di nuove lesioni artero-venose localizzate (evoluzione e complicanze della malattia)
- illustrare le modalità di prevenzione delle complicanze evitabili a carico degli organi viscerali (adesione al programma di screening periodico)
- spiegare i benefici degli interventi disponibili preventivi (emboloterapia transcateretere di malformazioni artero-venose polmonari)
- Metodi di apprendimento: lezione interattiva, classificatore di immagini, studio di casi, ...

Sessione 2. Azioni di prevenzione

Al termine del programma di educazione il paziente sarà in grado di:

- elencare le situazioni a rischio (pesca subacquea, temperature estreme, variazioni repentine di temperatura, aria molto secca)
- illustrare le modalità di prevenzione delle complicazioni associate all'effetto shunt delle malformazioni artero-venose polmonari (adesione a protocolli di profilassi anti-batterica basata su terapia antibiotica, nelle occasioni esplicitate dalle raccomandazioni del Centro di riferimento)
- descrivere le modalità di prevenzione delle complicazioni legate all'anemia cronica sideropenica, secondaria ai sanguinamenti (continuo monitoraggio dell'assetto marziale e corretta applicazione delle terapie sostitutive disponibili)
- illustrare le ragioni della necessità che, come in tutte le malattie rare, la presa in carico venga realizzata nel contesto di un Centro di riferimento di livello terziario o quaternario
- Metodi di apprendimento: lezione interattiva, classificatore di immagini, studio di casi, gioco dei ruoli, ...

Sessione 3. Manovre e comportamenti in contesto di quotidianità

Al termine del programma di educazione il paziente sarà in grado di:

- spiegare e mettere in atto la modalità corretta di auto-gestione dell'epistassi nell'HHT
- proteggere la mucosa nasale da traumi che espongono ad epistassi nell'HHT (eseguendo l'umidificazione nasale multi-giornaliera e notturna)
- gestire il decision-making in una situazione di urgenza in caso di epistassi non auto-limitanti (con un medico di emergenza non esperto di HHT)
- informare il personale sanitario della possibilità di consultare le informazioni contenute nei Do's and Dont's (VascERN), per le situazioni comuni e di emergenza (parto, anestesia, infarto, chirurgia) che vanno prese in considerazione nei pazienti con malattie vascolari rare (in modo da garantire la specificità della presa in carico della patologia rara nelle condizioni di emergenza al di fuori del contesto del Centro di riferimento)
- fornire il link per le informazioni contenute nei "Do's and Dont's" elaborati e resi pubblici dalla VascERN
- Metodi di apprendimento: lezione interattiva, simulazione, studio di un caso, sussidio per la decisione (carte di Barrows), gioco dei ruoli, tavola rotonda, ...

Tabella 1

HEREDITARY EPISTAXIS.

To the Editor of THE LANCET.

SIR,—The following history of an hereditary tendency to epistaxis, you may, perhaps, deem sufficiently remarkable to merit insertion in THE LANCET :—

Mrs. L—, a native of Lincolnshire, was, during all her early life and up to the period of her marriage, the subject of frequent and violent epistaxis. She had four children, two of whom (a male and a female) likewise had habitual and severe epistaxis. The male, Mr. L—, died of this disease; the female, Mrs. C—, had six female children, of whom three suffered from epistaxis during all the earlier period of their lives. One of them, who is my informant, Mrs. K—, has

six children; two of them (females) have habitual and very severe epistaxis. The elder has a son now about nineteen years of age, who has had frequent and very severe epistaxis. The younger is not married, and has always been subject to violent epistaxis; her age is twenty-eight. One of Mrs. K—'s sisters, Mrs. C—, mentioned above as one of the three daughters who suffered from epistaxis, has two sons, both subject to violent epistaxis. One is married and has children; and one of them, a boy, about six years old, has epistaxis. Mrs. K—'s other sister, Mrs. B—, now dead, but not through her hereditary disease, had one daughter, who suffered from violent epistaxis, and is dead. Thus epistaxis, violent and habitual, has been observed in five consecutive generations, and for the last three generations in two branches. I have myself at different times attended Mrs. K—, her two daughters, and her grandson, and in all the hæmorrhage was on more than one occasion so violent as to necessitate the operation of plugging; and in the cases of the daughters and grandson to give rise to the apprehension of a fatal result.

I am, Sir, yours very truly,

B. G. BABINGTON, M.D.

George-street, Hanover-square, Sept. 12th, 1865.

Fig. 1 - La prima descrizione di un caso di epistassi familiare di Benjamin Guy Babington (1794-1866) sulla rivista The lancet nel 1865

Bibliografia

1. S. DUPUIS-GIROD, C.L. SHOVLIN, A.D. KJELDSSEN, H.J. MAGER, C. SABBA, F. DROEGE, A.E. FARGETON, A.D. FIALLA, S. GANDOLFI, R. HERMANN, G.M. LENATO, G. MANFREDI, M.C. POST, C. RENNIE, P. SUPPRESSA, U. SURE; EPAG GROUP; E. BUSCARINI, *European Reference Network for Rare Vascular Diseases (VascERN): when and how to use Intravenous Bevacizumab in Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia (HHT)?*, *Eur J Med Genet*, LXV, 2022, p.104575.
2. C. SABBA, *A rare and misdiagnosed bleeding disorder: hereditary hemorrhagic telangiectasia*, *J Thromb Haemost*, III, 2005, pp. 2201-2210.
3. J. McDONALD, P. BAYRAK-TOYDEMIR, R.E. PYERITZ, *Hereditary hemorrhagic telangiectasia: an overview of diagnosis, management, and pathogenesis*. "Genet Med", XIII, n.7, 2011, pp. 607-616.
4. R.J. REYNOLDS, B.G. BABINGTON, *Hereditary Epistaxis*. *The Lancet*, LXXXVI, n.2195, 1865, pp. 362-363.
5. H.G. SUTTON., *Epistaxis as an indication of impaired nutrition and of degeneration of the vascular system*, "Med Mirror", I, 1864, pp. 769-781.
6. J.W. LEGG, *Royal medical and chirurgial society*, "Lancet", CVIII, 1876, pp. 856-858.
7. M. RENDU, *Epistaxis répetées chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux*, *Gaz Hôp*, Paris, LXVIII, 1896, pp. 1322-1323.
8. M. RENDU, *Epistaxis repetees chez un sujet porteur de petis angiomes cutanes et muqueux*, *Bull Soc Med Hosp Paris*, XIII, 1896, pp. 731-733.
9. W. OSLER, *On a family form of recurring epistaxis, associated with multiple telangiectases of the skin and mucous membranes*, *Bull Johns Hopkins Hosp*, XII, 1901, pp. 2432-53.
10. W. Osler, *On multiple telangiectases of the skin with recurring haemorrhages*, "QJM", I, 1907, pp. 53-58.
11. F.P. WEBER, *Multiple hereditary developmental angiomas (telangiectases) of the skin and mucous membranes associated with recurring haemorrhages*, "Lancet", CLXX, 1907, pp. 160-162.
12. D.D. GIBBS, *Rendu–Osler–Weber disease: a triple eponymous title lives on*, "J R Soc Med", LXXIX, 1986, pp. 742-743.
13. F.M. HANES, *Multiple hereditary telangiectases causing haemorrhage (hereditary haemorrhagic telangiectasia)*, "Bull Johns Hopkins Hosp", XX, 1909, pp. 63-73.
14. D. W. JOHNSON, J.N. BERG, M.A. BALDWIN, C.J. GALLIONE, I. MARONDEL, S.J. YOON, T.T. STENZEL, M. SPEER, M.A. PERICAK-VANCE, A. DIAMOND, A.E. GUTTMACHER, C.E. JACKSON, L. ATTISANO, R. KUCHERLAPATI, M.E. PORTEOUS, D.A. MARCHUK, *Mutations in the activin*

- receptor-like kinase 1 gene in hereditary haemorrhagic telangiectasia type 2*, Nat Genet, XIII, 1996, 189-195.
15. C. SABBÀ, G. PASCULLI, A. CIRULLI, M. GALLITELLI, G. VIRGILIO, E. GUASTAMACCHIA, F. RESTA, G. PALASCIANO, *Rendu-Osler-Weber disease: experience with 56 patients*, Ann Ital Med Int, XVII, 2002, pp. 173-179.
 16. J. MAX, *Yale connections around the world*, "Yale Medicine Magazine", Spring, 2006, pubblicato online sul sito web della Yale School of Medicine (URL: <https://medicine.yale.edu/news/yale-medicine-magazine/article/yale-connections-around-the-world/>), consultato in data 10 marzo 2024.
 17. C. SABBÀ, G.M. LENATO, G.E. SABBÀ, *Rare Diseases and their impact on health: "Sergio's" story*. In: *Atti del Simposio "Read-Watch-Listen: Using Stories to Improve Medical Care"*, University of Surrey, Guildford UK, 11-12 Feb 2019, Intertexts: A Journal of Comparative and Theoretical Reflection, XXVI, n.1-2, 2022, pp. 128-139.
 18. CUREHHT, *DR. ROBERT I. White Becomes Professor Emeritus at Yale After Decades of Service*, Cure HHT Newsletter, Winter - I, 2016, p. 7, pubblicato online sul sito web dell'Associazione CureHHT cure-hht.org (<https://curehht.org/wp-content/uploads/2017/11/2016v1-CureHHT-Newsletter.pdf>), consultato in data 10 marzo 2024.
 19. V. HÉON-KLIN, *European Reference networks for rare diseases: what is the conceptual framework?*, Orphanet J Rare Dis., XII, n.137, 2017.
 20. M.E. FAUGHNAN, J.J. MAGER, S.W. HETTS, V.A. PALDA, K. LANG-ROBERTSON, E. BUSCARINI, E. DESLANDRES, R.S. KASTHURI, A. LAUSMAN, D. POETKER, F. RATJEN, M.S. CHESNUTT, M. CLANCY, K.J. WHITEHEAD, H. AL-SAMKARI, M. CHAKINALA, M. CONRAD, D. CORTES, C. CROCIONE, J. DARLING, E. DE GUSSEM, C. DERKSEN, S. DUPUIS-GIROD, P. FOY, U. GEISTHOFF, J.R. GOSSAGE, A. HAMMILL, K. HEIMDAL, K. HENDERSON, V.N. IYER, A.D. KJELDSSEN, M. KOMIYAMA, K. KORENBLATT, J. McDONALD, J. MCMAHON, J. MCWILLIAMS, M.E. MEEK, M. MEIZAHAV, S. OLITSKY, S. PALMER, R. PANTALONE, J.F. PICCIRILLO, B. PLAHN, M.E.M. PORTEOUS, M.C. POST, I. RADOVANOVIC, P.J. ROCHON, J. RODRIGUEZ-LOPEZ, C. SABBA, M. SERRA, C. SHOVLIN, D. SPRECHER, A.J. WHITE, I. WINSHIP, R. ZARRABEITIA, *International Guidelines for the Diagnosis and Management of Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia*, Ann Intern Med, 2020, CLXXIII, pp. 989-1001.
 21. G. PASCULLI, G. SALLUSTIO, C. SABBÀ, *The need for an interdisciplinary network of investigations on HHT*, Curr Pharm Des, XII, 2006, pp. 1249-1251.
 22. C.L. SHOVLIN, E. BUSCARINI, C. SABBÀ, H.J. MAGER, A.D. KJELDSSEN, F. PAGELLA, U. SURE, S. UGOLINI, P.M. TOERRING, P. SUPPRESSA, C. RENNIE, M.C. POST, M.C. PATEL, T.H. NIELSEN, G. MANFREDI, G.M. LENATO, D. LEFROY, U. KARIHOLU, B. JONES, A.D. FIALLA, O.F. EKER, O.

- DUPUIS, F. DROEGE, N. COOTE, E. BOCCARDI, A. ALSAFI, S. ALICANTE, S. DUPUIS-GIROD, *The European Rare Disease Network for HHT Frameworks for Management of Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia in General and Speciality Care*, Eur J Med Genet, LXV, 2022, p. 104370.
23. G.M. LENATO, P. LASTELLA, M.C. DI GIACOMO, N. RESTA, P. SUPPRESSA, G. PASCULLI, C. SABBÀ, G. GUANTI, *DHPLC-based mutation analysis of ENG and ALK-1 genes in HHT Italian population*, Hum Mutat, XXVII, 2006, pp. 213-214.
 24. S. AYMÉ, J. SCHMIDTKE, *Networking for rare diseases: a necessity for Europe*, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, L, 2007, pp. 1477-1483.
 25. A.W. KNIGHT, T.P. SENIOR, *The common problem of rare disease in general practice*, "Med J Aust", CLXXXV, 2006, pp. 82-83.
 26. J. JONES, M. CRUDDAS, A. SIMPSON, N. MEADE, D. PUSHPARAJAH, M. PETER, A. HUNTER, *Factors affecting overall care experience for people living with rare conditions in the UK: exploratory analysis of a quantitative patient experience survey*, Orphanet J Rare Dis, 2024, XIX, p. 77.
 27. D. TARUSCIO, *Malattie rare e medicina narrativa*, In: *Atti del Convegno, Medicina narrativa e malattie rare*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 26 giugno 2009, a cura di A.E. Gentile, I. Luzi, S. Razeto, D. Taruscio, Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 09/50), Roma 2009, p. 1.
 28. A. FIORENCIS, *Malattie Rare e Medicina Narrativa: intervista a Domenica Taruscio*, Rivista Online Cronache di Sanità e Medicina Narrativa, 2019, pubblicato online il 26 luglio 2019 (URL: <https://www.medicinanarrativa.eu/malattie-rare-e-medicina-narrativa-intervista-a-domenica-taruscio>), consultato in data 10 marzo 2024.
 29. D. TARUSCIO, A.E. GENTILE, T. EVANGELISTA, R.G. FRAZZICA, K. BUSHBY, A.M. MONTSERRAT, *Centres of Expertise and European Reference Networks: key issues in the field of rare diseases. The EUCERD Recommendations*, Blood Transfus, XII (Supp III), 2014, pp. s621-s625.
 30. G.A. LATINO, D. BROWN, R.H. GLAZIER, J.T. WEYMAN, M.E. FAUGHNAN, *Targeting under-diagnosis in hereditary hemorrhagic telangiectasia: a model approach for rare diseases?* Orphanet J Rare Dis, IX, 2014, p. 115.
 31. P. PIERUCCI, G.M. LENATO, P. SUPPRESSA, P. LASTELLA, V. TRIGGIANI, R. VALERIO, M. COMELLI, D. SALVANTE, A. STELLA, N. RESTA, G. LOGROSCINO, F. RESTA, C. SABBÀ, *A long diagnostic delay in patients with Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia: a questionnaire-based retrospective study* Orphanet J Rare Dis, VII, 2012, p. 33.

32. G. PASCULLI, F. RESTA, E. GUASTAMACCHIA, L. DI GENNARO, P. SUPPRESSA, C. SABBA, *Health-related quality of life in a rare disease: hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT) or Rendu-Osler-Weber disease*, "Qual Life Res", XIII, 2004, pp. 1715-1723.
33. L. GARRINO, E. PICCO, I. FINIGUERRA, D. ROSSI, P. SIMONE, D. ROCCATELLO, *Living with and Treating Rare Diseases: Experiences of Patients and Professional Health Care Providers*, Qualitative Health Research, XXV, 2015, pp. 636–651.
34. S. GAINOTTI, D. MASCALZONI, V. BROS-FACER, D. TARUSCIO, *Meeting Patients' Right to the Correct Diagnosis: Ongoing International Initiatives on Undiagnosed Rare Diseases and Ethical and Social Issues*, Int J Environ Res Public Health, XV, 2018, p. 20172.
35. B. BRYSON, K. BOGART, M. ATWOOD, K. FRASER, T. LOCKE, K. PUGH, M. ZERROUK, *Navigating the unknown: A content analysis of the unique challenges faced by adults with rare diseases*, J Health Psychol, XXVI, 2021, pp. 623-635.
36. C. VON DER LIPPE, P.S. DIESEN, K.B. FERAGEN, *Living with a rare disorder: a systematic review of the qualitative literature*, Mol Genet Genomic Med, V, 2017, pp. 758-773.
37. *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Maladie de Rendu-Osler*, Centre de Référence pour la maladie de Rendu-Osler de Lyon, 2018.
38. World Health Organization, Regional Office for Europe, *Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Prevention of Chronic Diseases: Report of a WHO working group*, Copenhagen 1998, p. 76.
39. World Health Organization, Regional Office for Europe, *Therapeutic Patient Education-an introductory guide*, Copenhagen 2023, p. 98.
40. M.G. ALBANO, V. DE ANDRADE, M. LÉOCADIE, JF D'IVERNOIS, *Évolution de la recherche internationale en éducation du patient: une analyse bibliométrique*, "Educ Ther Patient/Ther Patient Educ", EDP Sciences, VIII, n.1, 2016.
41. M.G. ALBANO, P. JOURDAIN, V. DE ANDRADE, A. DOMENKE, M. DESNOS, J.F. D'IVERNOIS, *Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme?*, Archives of Cardiovascular Disease, Elsevier, CVII, n.5, 2014, pp. 328-339.
42. J.F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE, *Educare il paziente. Un approccio pedagogico*, McGraw-Hill, III ed., 2009, pp. 131.
43. R. BARBON GALLUPPI, L. GENTILE, M. BELCASTRO, V. CANU, M. DE ANGELIS, *Guida al supporto psicologico e informativo per l'orientamento nella rete delle malattie rare*, UNIAMO, Federazione Italiana delle malattie rare, p. 72, pubblicato online sul sito web dell'Associazione uniamo.org (URL: <https://uniamo.org/wp->

- content/uploads/2021/12/SAIO_GUIDA-AL-SUPPORTO-PSICOLOGICO.pdf), consultato in data 10 marzo 2024.
44. M. JOHN, *From Osler to the cone technique*, HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth, V, 2013, pp. 57-58.
 45. D.J. ELPERN, *Musings on Osler misquoted*, "The Pharos", Summer 2021, pubblicato online sul sito web dell'Associazione uniamo.org (URL: <https://www.alphaomegaalpha.org/pharos/summer-2021/>), consultato in data 10 marzo 2024.
 46. J. MCMULLAN, A.L. CROWE, K. DOWNES, H. MCANENEY, A.J. MCKNIGHT, *Carer reported experiences: Supporting someone with a rare disease*, Health Soc Care Community, XXX, 2022, pp. 1097-1108.
 47. J.C. ATKINS, C.R. PADGETT, *Living with a Rare Disease: Psychosocial Impacts for Parents and Family Members – a Systematic Review*, J Child Fam Stud, XXXIII, 2024, pp. 617–636.
 48. B. TUMIENE, H. PETERS, B. MELEGH, B. PETERLIN, A. UTKUS, N. FATKULINA, G. PFLIEGLER, H. GRAESSNER, S. HERMANN, M. SCARPA, J.Y. BLAY, S. ASHTON, L. MCKAY, G. BAYNAM, *Rare disease education in Europe and beyond: time to act*, Orphanet J Rare Dis, XVII, 2022, p. 441.
 49. K.WAIN, K. SWANSON, W. WATSON, E. JEAUVONS, A.WEAVER, N. LINDOR, *Hereditary hemorrhagic telangiectasia and risks for adverse pregnancy outcomes*, Am J Med Genet, CLVIII, n.8, 2012, pp. 2009-2014.
 50. O. DUPUIS, L. DELAGRANGE, S. DUPUIS-GIROD., *Hereditary hemorrhagic telangiectasia and pregnancy: a review of the literature*, "Orphanet J Rare Dis", XV, n.5, 2020.

Delfina Amprino Bonetti, dalla ricerca epidemiologica alla fondazione dell'AIMS

Giancarlo Albertini

CISO Piemonte (giancarlo.albertini@gmail.com)

Riassunto

Delfina Amprino Bonetti, dalla ricerca epidemiologica alla fondazione dell'AIMS
Delfina Bonetti (Genova 1925 - Torino 2023) è stata spesso ricordata perché moglie di Rodolfo Amprino, allievo prediletto del prof. Giuseppe Levi, maestro di ben tre premi Nobel, Dulbecco, Levi Montalcini e Luria. Tuttavia, ha grandi e propri meriti scientifici: dalle importanti ricerche sull'embriologia e sul differenziamento cellulare compiute da giovane assistente del prof. Ettore Remotti, titolare di anatomia comparata presso l'Università di Genova ai lavori svolti a Bari dove il marito aveva la cattedra di anatomia, dalla ricerca epidemiologico-sociosanitaria alla fondazione dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla.

Summary

Delfina Amprino Bonetti, from epidemiological research to the founding of AISM
Delfina Bonetti (Genoa 1925 - Turin 2023) is often remembered as the wife of Rodolfo Amprino, the favored student of Professor Giuseppe Levi, who was the mentor of three Nobel laureates, Dulbecco, Levi Montalcini, and Luria. However, she has significant scientific merits of her own: from her important research on embryology and cell differentiation conducted as a young assistant to Professor Ettore Remotti, the chair of comparative anatomy at the University of Genoa, to her work in Bari where her husband held the chair of anatomy, from

epidemiological and social-health research to the founding of the Italian Multiple Sclerosis Association.

Parole chiave:

Delfina Bonetti, AISM, Ettore Remotti, epidemiologia, Rodolfo Amprino, Giuseppe Levi

Keywords: Delfina Bonetti, AISM, Ettore Remotti, epidemiology, Rodolfo Amprino, Giuseppe Levi

L'infinita e misteriosa catena

“La lunga abitudine all'osservazione microscopica delle strutture non è sufficiente ad attutire la meraviglia”: così si esprime Delfina Bonetti in una delle sue prime relazioni di ricerca sulla moltiplicazione delle cellule, *Aspetti genetici della disgiunzione epitelio-vasi*¹ scritta insieme al suo professore e mentore Ettore Remotti.

Lei giovane studentessa scrive già della lunga abitudine alla ricerca come un'anziana scienziata e Remotti glielo consente; questo significa che da subito il maestro si è reso conto delle grandi potenzialità dell'allieva. È diventata da poco sua assistente, ma già si sente nel pieno di una ricerca, già vede dietro di sé un prima molto ricco che fa suo con entusiasmo e con lo stesso sentimento guarda davanti a sé e al lungo cammino ancora da percorrere. Non ne è intimorita, fa parte di una squadra, insieme agli altri allievi del maestro e lo leggiamo anche nella bibliografia dell'articolo: oltre ai molti articoli di Remotti, ne cita già due dei suoi.

Scrive in quegli anni relazioni molto dotte e corpose nelle quali affianca con maestria alla ricerca sperimentale diretta il confronto con le ricerche in corso in altri laboratori e università italiane e straniere. E negli anni non perde l'abitudine a

¹ <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11250005109439143>, pag. 321.

descrivere la meraviglia “per lo spettacolo di ordinata convivenza, di reciproca subordinazione, che i diversi componenti di un organo dimostrano, uno rispetto all'altro e che ritorna nei confronti delle cellule di un medesimo tessuto”.

Leggiamo ancora in apertura di *Evoluzione epatica da stimoli epato-simili*:

L'ordinata architettura e l'equilibrato gioco attraverso cui sorgono e si estinguono le varie entità costitutive e funzionanti dell'organismo vivente ci offrono uno degli aspetti più affascinanti della ricerca biologica. Soprattutto, appunto, nell'armonico succedersi o declinare di momenti morfogenici – dei quali, tuttavia, proprio per quel costante ripetersi e avvicinarsi, sfugge l'intima essenza – ci è dato, talvolta, poter cogliere, dell'infinita e misteriosa catena che tutti quei fenomeni unisce, qualche anello, qualche passaggio rivelatore².

Ma l'infinita e misteriosa catena può anche colpire duramente: durante la sua infanzia a Genova aveva stretto amicizia con la figlia di un'amica della madre; abitavano in Capo di Santa Chiara, il piccolo promontorio che separa Vernazzola da Boccadasse, il “posto bellissimo” dove vive Livia, la compagna di Montalbano nei romanzi di Camilleri.

L'amicizia con Bianca Maria Merini rimase salda anche dopo che le famiglie si trasferirono da Genova, rispettivamente a Roma e a Bari. L'amica, nel frattempo, era stata colpita da una grave malattia incurabile e insieme al marito, il dottor Giorgio Valente, aveva iniziato un'intensa attività per stimolare la conoscenza e la partecipazione ai gravi problemi medici e sociali conseguenti alla sclerosi multipla³.

² <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11250005209439184>, pag. 377.

³ “Il primo seme dell'AIMS è nato da una riunione tenutasi il 16 dicembre 1967 in casa del dottor Giorgio Valente e della moglie Bianca Maria Merini, che aveva la SM, insieme ad un gruppo di pazienti di sclerosi multipla, i loro parenti, neurologi, assistenti sociali e altre persone interessate ai grandi problemi medici e sociali posti da questa malattia”, racconta il verbale di quel primo incontro, in *La ricerca sulla sclerosi multipla*, a cura di R. GUGLIELMINO, AISM Onlus, Genova 2016, p.7 (https://www.aism.it/sites/default/files/Compendio_della_ricerca_AISM_FISM_2016.pdf).

Delfina si era ripromessa di aiutare l'amica: sapeva ancora molto poco della malattia e ignorava del tutto le attività sociali da affrontare⁴.

Con la collaborazione della clinica neurologica barese, riesce a raccogliere un primo elenco di malati. Trova aiuto anche presso l'UNITALSI⁵ e insieme agli organizzatori dei treni bianchi per Lourdes tiene le prime riunioni di ammalati con i loro familiari.

L'AIMS (Associazione Italiana Sclerosi Multipla) non esisteva ancora ufficialmente, “ma ormai in varie città d'Italia era iniziata l'attività, anche con la collaborazione attiva degli stessi ammalati che, tra ospedali e medici, avevano spesso occasione di incontrarsi e di conoscersi”.

E quando l'Associazione nacque, Delfina faceva parte del gruppo dei soci fondatori.

La formazione

Delfina Elena Bonetti, detta “Nennele” nasce nel 1925 da padre genovese e madre argentina a Genova, dove frequenta il liceo classico Cristoforo Colombo. Si iscrive all'università e nel giugno del 1948 diviene assistente del professor Ettore Remotti⁶ che dal 1933 dirigeva l'Istituto di anatomia e fisiologia comparata. Era questi un personaggio poliedrico e un maestro eccezionale: “intere generazioni di medici si formarono alle sue lezioni”. Pietro Ghiani, suo allievo e discepolo, ricorda come queste fossero sempre “zeppe di studenti, anche stranieri, attirati da questo professore, noto a quel tempo come uno dei più brillanti biologi”, anche “per il suo modo di porgere, e insieme di offrire, esempi di ragionamento scientifico, con numerose citazioni e una

⁴ In occasione del cinquantenario della fondazione della AISM venne distribuito il fascicolo commemorativo *Barometro della sclerosi multipla 2018*, nel quale Delfina Bonetti racconta del suo coinvolgimento nella lotta contro la terribile malattia.

⁵ Unione Nazionale Italiana Trasporti a Lourdes e Santuari Internazionali: <https://unitalsi.it>.

⁶ [https://www.treccani.it/enciclopedia/ettore-remotti_\(Dizionario-Biografico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/ettore-remotti_(Dizionario-Biografico)/).

cultura profonda in vari campi. Ancora oggi [...] generazioni di medici, alcuni ormai primari o cattedratici, ricordano quella impressione”⁷.

Delfina si coinvolge molto attivamente negli interessi scientifici del maestro insieme ai suoi colleghi di corso Carlo Boggero, Anna Maria Luzziotti, Maria Ricca, ai quali Remotti additava, “più che la conquista di una cattedra, gli alti doveri che incombono sui ricercatori ai massimi livelli,”⁸.

Durante gli anni Venti Remotti si era occupato di embriologia e di fisiomorfologia dei pesci, nonché del metabolismo di celenterati. Lavorò anche su problemi riproduttivi relativi alla *Gambusia*, un pesce utilizzato nella lotta antimalarica condotta con mezzi biologici. Altri suoi studi, molto noti e apprezzati, riguardarono la fisiomorfologia degli embrioni di pollo e di altri uccelli⁹ con attenzione particolare all'assunzione delle riserve vitelline e all'equilibrio idrosalino fra embrione e membrane.

La giovane assistente è molto attiva e nel 1949 si reca presso Étienne Wolff¹⁰, professore di zoologia ed embriologia sperimentale alla facoltà di scienze di Strasburgo, dove apprende la tecnica delle colture organotipiche, un modello sperimentale che unisce la semplicità di una coltura in vitro con la complessità di un tessuto organizzato. A Strasburgo potrebbe aver conosciuto Rodolfo Amprino¹¹, suo futuro marito; oppure potrebbe averlo incontrato già l'anno precedente quando era andata a Torino per consultare il prof. Giuseppe Levi¹². Racconta in un commento allo scambio epistolare fra lo scienziato e il futuro marito:

⁷ P. GHIANI, *Ricordo di E. R.*, in *Bolletino di zoologia*, XLIX (1982), pp. 301-308.

⁸ *Atti dell'Accademia ligure di scienze e lettere*, volume 40, pag. 53.

⁹ *Sul processo di assunzione del vitello durante lo sviluppo embrionale del pollo*, in *Rendiconti dell'Accademia nazionale dei Lincei. Classe di scienze fisiche, matematiche e naturali*, s. 6, V (1927), pp. 910-913.

¹⁰ <https://www.treccani.it/enciclopedia/etienne-wolff/>

¹¹ Rodolfo Amprino svolse importanti ricerche presso Istituti di ricerca Nazionali ed Internazionali. Tra i più prestigiosi, il Laboratoire de Teratologie et d'Embryologie dell'Università di Strasburgo diretto dal Prof. E. Wolff (giugno 1949). Figura di spicco della comunità scientifica torinese lungo tutto l'arco del Novecento, Amprino entrò giovanissimo all'Istituto di Anatomia Umana, allora diretto da Giuseppe Levi. Affiancò all'impegno professionale di medico e scienziato, l'impegno politico, come antifascista.

¹² C. POGLIANO, *Giuseppe Levi a Torino*, <https://brunelleschi.imss.fi.it/nobel/ileviatorino.html> .

Ho avuto diversi modi di incontro col professor Levi. Una prima volta quando ero giovane assistente presso la facoltà di Scienze di Genova per chiedergli consigli per un programma di ricerche con il metodo delle colture in vitro: mi è rimasto vivo il ricordo della Sua benevolenza e del Suo gentile interesse per una persona giovane che non era nessuno ma che mostrava entusiasmo e passione per la ricerca¹³.

Si incontrarono sicuramente a Parigi e si frequentarono durante gli intervalli di un congresso. Delfina si chiese poi spesso perché mai quella sera Rodolfo volle ballare con lei.

Con il 1950 inizia un periodo di studio e ricerca molto intenso: Delfina pubblica, infatti, *Le sinechie come mezzo di disgiunzione epitelio-vasi nel sacco vitellino degli uccelli*¹⁴ e *Parallelismo di momenti funzionali in espressioni morfologiche diverse*¹⁵

Sin dagli inizi, sotto la guida e collaborazione del suo insegnante, indirizza le sue ricerche verso lo studio dei fattori che guidano il differenziamento cellulare.

Sono le sue prime pubblicazioni, ma nello spazio di otto anni dal 1950 al 1958, anno della sua laurea, compaiono ben 17 ricerche scientifiche, tre delle quali insieme al suo professore (1951 – 1953 – 1954), una insieme a M. Barbieri¹⁶ e tre con Pietro Ghiani:

1951 – E. REMOTTI & D. BONETTI, *Aspetti genetici della disgiunzione epitelio-vasi*, Italian Journal of Zoology¹⁷

¹³ D. A. BONETTI, *Un ritratto di Giuseppe Levi dalle lettere scritte a Rodolfo Amprino*, Medicina nei secoli. Arte e scienza, 30/1 2018 <http://www.medicinaneisecoli.it/index.php/MedSecoli/article/view/1294>.

¹⁴ In Boll. Soc. Ital. Biol. Sper., vol. XXVI. Anche in inglese: D. BONETTI, *Synechia as a method of epithelial-vascular disjunction in the vitelline sac of birds*, Bollettino della Società Italiana di Biologia.

¹⁵ In Boll. Mus. Ist. Biol. Univers. di Genova, vol. XXIII, n. 148

¹⁶ Delfina lo chiamava affettuosamente Barbierino.

¹⁷ <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11250005109439143>. Anche in E. REMOTTI & D. BONETTI, *Aspetti genetici della disgiunzione epitelio-vasi: Rendiconto del Congresso dell'U.Z.I.*, Pisa, Ottobre 1951 Torino, Rosenberg & Sellier, pp. 322-6.

- 1952 – D. BONETTI, *Evoluzione epatica da stimoli epatosimili (Ricerche di Embriologia causale)*, Boll. Zool., 19, 377-388 ¹⁸.
- 1953 – E. REMOTTI & D. BONETTI, *Fattori umorali nel ciclo del sacco vitellino degli uccelli*, Estr. da Accademia Nazionale dei Lincei, Rendiconti della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, fasc. 6, serie VIII, v. XIII, 1952.
- 1953 – M. BARBIERI E D. BONETTI, *CHONDRO-osteodystrophy caused by insulin treatment in embryonal stage; studies on chick embryo*, Minerva ortopedica.
- 1954 – E. REMOTTI & D. BONETTI, *Microemorragie da transito ematico e presumibile loro portata nell'economia dell'embrione*, Estratto da Accademia Nazionale dei Lincei, Rendiconto della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, fasc. 6, serie VIII, v. XV, 1953.
- 1954 – D. BONETTI, *Oméo et etero stimulations dans la vésicule ombilicale survivante*, 41° Réunion de la Ass. Fran. Des Anatomistes, Genova.
- 1954 – D. BONETTI, *Modificazioni morfofunzionali della tiroide per stimoli diversi nel corso della embriogenesi*, Italian Journal of Zoology¹⁹.
- 1954 – D. BONETTI, *Ricerche di fisiomorfologia sperimentale sulla tiroide embrionale. Modificazioni da stimoli tireosimili*, Boll. Soc. It. Biol. Sper., 30, 988-991²⁰.
- 1954 – D. BONETTI E P. GHIANI, *Modificazioni fisiomorfologiche del pancreas da stimoli pancreatosimili*, Riv. di Biol.
- 1955 – D. BONETTI, *Humoral interference on some aspects of embryonal hematogenesis in birds*, Bollettino della Società Italiana di Biologia, 1 July 1955.
- 1955 – D. BONETTI E P. GHIANI, *Carnivorous and herbivorous dietetic configurations and physiomorphological aspects of the pancreas*, Bollet. della Società Italiana di Biologia, 1 July 1955.
- 1955 – D. BONETTI, *Il sacco vitellino ed alcune sue espressioni relative agli squilibri tissulari: ricerche sperimentali sull'embrione di pollo*.

¹⁸ <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11250005209439184>.

¹⁹ <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/11250005409438185>.

²⁰ Anche in D. BONETTI, *Experimental physiological and morphological study of the embryonic thyroid: thyroid-like stimul*, Bollettino della Società Italiana di Biologia.

- 1955 – D. BONETTI *ANTAGONISM between adult organ and embryonal tissue by the method of intraocular grafts of the vitelline sac*, Bollettino della Società Italiana di Biologia.
- 1955 – D. BONETTI E P. GHIANI,, *Physiomorphological modifications of pancreas by pancreas-like stimulus; studies with chick embryo*, Rivista di Biologia.
- 1955 – D. BONETTI *Phenomenon of tissue homostimulation studied by the humoral barrier of the organism*, Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale.
- 1956 – D. BONETTI, *Comportamento morfologico e grandezza nucleare nel tubulo contorto prossimale del Nefrone in condizione di diuresi aumentata*, Italian Journal of Zoology, Taylor & Francis, Institut d'Histologie et d'Embryologie de l'Université de Lausanne Direttore: Prof. O. Bücher²¹.

Il periodo barese

Quando Giuseppe Levi andò in pensione (1948), avrebbe voluto Rodolfo Amprino come suo naturale successore. Ma due fazioni si contrapponevano in seno al consiglio di facoltà nella nomina alla cattedra di anatomia umana: prevalse quella della destra massonica, favorevole al professor Loreti dell'Università di Pisa, che apparteneva oltretutto ad una scuola di ricerca lontana da quella di Levi. Pesavano forse negativamente la militanza nella Resistenza di Amprino, iscritto al Partito d'Azione che nel sottopiano dell'Istituto di Anatomia aveva organizzato una vera e propria stamperia clandestina.

Questo centro fu riscoperto nel dopoguerra insieme al ciclostile, molti volantini e documenti vari.

Il 21 aprile 2008 una tavola rotonda organizzata dal Museo di Anatomia umana dell'Università di Torino in collaborazione con l'Istituto Piemontese per la Storia della Resistenza e il Museo Diffuso della Resistenza nell'anfiteatro dell'Istituto di Anatomia ricostruì quella vicenda e rievocò così la figura dell'Amprino politico in

²¹ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/11250005609438635>.

un incontro dal titolo Rodolfo Amprino: il rigore di un impegno. L'Istituto Anatomico di Torino e la Resistenza.

Nel 1954 Rodolfo Amprino si trasferì all'Università di Bari²² e non fu un semplice cambio di sede, ma bensì fu vissuto come un vero e proprio esilio. Ne è testimonianza quanto Levi gli scrisse qualche anno dopo, in una lettera del 12 novembre 1958:

Prima di tutto volevo dirle quanto Le sono riconoscente delle lunghe ore che Ella mi dedicò durante il suo breve soggiorno a Torino. Sento molto la Sua lontananza ed è un gran peccato che la malvagità dei professori torinesi abbia fatto sì che Ella fosse relegato a Bari²³.

A quanto risulta da una lettera di Levi, nel 1958 Amprino, aveva declinato la proposta di recarsi negli Stati Uniti a lavorare nell'Istituto che ospitava Wassermann²⁴ e di questa scelta il maestro si dispiacque con l'allievo.

Il 12 settembre 1960 Delfina e Rodolfo si sposano, lei ha 35 anni e lui 48. L'anno precedente Delfina aveva pubblicato l'ultimo articolo solo a suo nome, prima della serie in collaborazione con Amprino: *Inductive action of the derma of the chick embryo on the chorionic epithelium in culture of the organ in vitro*²⁵.

Di quali ricerche si occupava in quel momento suo marito? Rodolfo Amprino si era dedicato allo studio dell'Embriologia, specificatamente ai rapporti di sviluppo tra tessuti e organi topograficamente e funzionalmente associati; aveva svolto originali ricerche sull'accrescimento e sulla senescenza di tessuti e di organi, sul

²²https://www.academia.edu/40847247/Rodolfo_Amprino_e_la_Rockefeller_Foundation_Italia_USA_andata_e_ritorno Venne seguito a Bari nel 1955 da Eugenia Camosso, con la quale aveva iniziato ricerche di embriologia sperimentale e con lei e i loro giovani allievi (Mitolo, Roncali, Ambrosi, Malaguzzi-Valeri, Chieppa) ebbe modo di proseguirle.

²³ D. A. BONETTI, *Un ritratto* cit., p. 287.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Comptes Rendus Hebdomadaires des Seances de L'Academie des Sciences, 01 Nov 1959, 249:1940-1941.

significato funzionale della struttura e del rimodellamento del tessuto scheletrico nel campo dell'isto-fisiologia e dell'embriologia, che portarono a importanti scoperte che diedero l'avvio allo studio e alla diagnosi delle malattie metaboliche dell'osso.

Sulla base di studi sperimentali condotti dal suo gruppo di ricerca, in cui era entrata anche Delfina, formato da Maria Eugenia Camosso²⁶, Gastone Marotti²⁷, Vincenzo Mitolo²⁸ e Glauco Ambrosi²⁹ venne tratta la conclusione che le potenzialità dei fattori della morfogenesi ed organogenesi risiedono nel mesoderma e non nella parte ispessita dell'ectoderma come prima si riteneva.

In sostanziale continuità con le ricerche da lei fino ad allora svolte, incominciarono le pubblicazioni dei coniugi Amprino:

1964 – R. Amprino E D. Bonetti, *Effect of the implantation site on the development of grafted limb bud mesoderm in chick embryos*, Nature, Springer.

1967 – R. AMPRINO, D. AMPRINO-BONETTI, *Experimental observations on the development of ectoderm-free mesoderm of the limb bud in chick embryos*, Nature, 214, 826-7.

1967 – R. AMPRINO, D. AMPRINO-BONETTI - *Relations morphogénétiques entre ecto- et mésoderme au cours du développement du bourgeon des membres du poulet*, CR Assoc Anat.

1969 – R. AMPRINO, D. -BONETTI G. AMBROSI, *Observations on the developmental relations between ectoderm and mesoderm of the chick embryo tail*, Acta anatomica, Supplementum Acta Anat.(Suppl.), 56,1-26.

²⁶ Torino 1920 – Bari 2019, docente di anatomia umana presso l'università di Bari.

²⁷ Gastone Marotti fu assistente presso l'Istituto di Anatomia umana normale dell'Università di Bari. Nel 1972 si trasferì all'Università di Sassari come Direttore dell'Istituto di Anatomia umana normale, ruolo che mantenne fino al 1977. Proprio a Sassari, nel 1975, ottenne l'incarico di Professore Straordinario di Anatomia Umana. Nel 1978 si trasferì all'allora Università di Modena dove, dal 1979 al 1984, è stato Pro Rettore. Nel 2010 andò in pensione, a 75 anni.

²⁸ Dipartimento di Anatomia e Istologia, Laboratorio di Biologia cellulare, Università di Bari.

²⁹ https://www.omceo.bari.it/articoli/allegato/2017/01/1_file-notiziario-x-web-corretto-2-1-.pdf .

Ancora per l'AIMS

Promotrice delle attività associative nel Sud Italia nei primi decenni, Delfina Bonetti partecipa alla ricerca epidemiologica sociosanitaria realizzata dall'AIMS alla metà degli anni '70.

Si trattava della prima indagine epidemiologica per capire più a fondo il fenomeno della sclerosi multipla. L'obiettivo era far conoscere soprattutto ai politici questa situazione, per poter ottenere servizi. Si scoprì uno scenario drammatico. Lo descrive Domenica Salatini, volontaria AISM al fianco di Giorgio Valente sin dai primi anni '70:

Ci calavamo nel territorio, andando casa per casa, e ci siamo resi conto della solitudine, del fatto che la gente non poteva uscire di casa per le barriere. Non c'erano servizi a domicilio, né fisioterapia. C'erano situazioni quasi di abbandono. Molti lasciavano il lavoro, le famiglie si disintegravano. Le famiglie più solide e con migliori condizioni economiche riuscivano a reggere meglio. La differenza tra fasce economiche era palese³⁰.

Negli anni '80 organizzò per l'Associazione a più riprese il Concorso Scuola.

Quando il prof. Francesco Loreti andò in pensione, l'Università di Torino offrì ad Amprino la sua cattedra, ma egli rifiutò³¹ e rimase a Bari fino alla pensione.

I coniugi Amprino tornarono a Torino nel 1982, ventotto anni dopo da quando Rodolfo si era allontanato dalla sua città natale carico di profonda delusione.

³⁰ https://www.aism.it/la_storia_di_aism_da_50_anni_la_sclerosi_multipla_non_ci_ferma

³¹ https://atom.unito.it/index.php/archivio-di-rodolfo-amprino;isad?sf_culture=en Prima della consegna il materiale è stato riorganizzato da lei e dal prof. Antonio Barasa sulla base di trenta voci.

Nel dicembre 2011 Delfina ha consegnato all'ASUT le carte del marito³², morto il 21 agosto 2007.

Delfina Bonetti è morta a Torino il 20 luglio 2023.

³²https://atom.unito.it/index.php/archivio-di-rodolfo-amprino;jsad?sf_culture=en Prima della consegna il materiale è stato riorganizzato da lei e dal prof. Antonio Barasa sulla base di trenta voci.



Fig. 1 – Delfina e Rodolfo Amprino a Bari



Fig. 2 – Delfina e Rodolfo Amprino a Torino

Il delicato equilibrio tra libertà individuale e tutela della salute pubblica: implicazioni per la pratica medica

Sonia Angilletta

eCampus University, Faculty of Psychology, Novedrate (Co)
(sonia.angilletta@uniecampus.it)

Riassunto

Nel contesto delle restrizioni emergenziali causate dall'ultima pandemia, il delicato equilibrio tra libertà individuale e tutela della salute pubblica è stato profondamente messo alla prova. Accanto alle questioni mediche, si sono sollevate sia complesse questioni bioetiche che spinose diatribe politiche che hanno richiesto una riflessione approfondita da parte della società e dei decisori. Nell'ambito della ricerca, lo studio dei dilemmi etici, in particolare durante l'ultima pandemia, ha spinto a riflettere su come le persone prendano decisioni cruciali riguardanti la vita, dovendo anche propendere per scelte che collidono con il sentire popolare, ma che appaiono inevitabili. Una questione etica emersa durante la pandemia è analoga al celebre dilemma del carrello ferroviario: la scelta tra salvare un numero maggiore di vite umane o preservare la libertà individuale, il tutto in un contesto socioculturale che non può non tenere in considerazione aspetti economici. L'ultima pandemia ha inoltre evidenziato come l'influenza della filosofia morale incida sulle questioni biomediche, portando alla luce la necessità di considerare non solo gli aspetti puramente clinici, ma anche gli impatti etici e morali delle decisioni. È emersa così con forza la necessità di una "*medicina umanistica*", di un approccio che tenga conto sia degli aspetti medici che delle implicazioni etiche e sociali delle decisioni prese, al fine di garantire una risposta equilibrata e giustificabile alle future sfide, tutt'altro che remote, pandemiche.

Summary

The delicate balance between individual freedom and public health protection: implications for medical practice

In the context of the emergency restrictions caused by the latest pandemic, the delicate balance between individual freedom and the protection of public health has been profoundly tested. Alongside medical issues, both complex bioethical questions and thorny political diatribes have arisen which have required in-depth reflection on the part of society and decision makers. In the context of research, the study of ethical dilemmas, in particular during the latest pandemic, has prompted us to reflect on how people make crucial decisions regarding life, also having to lean towards choices that clash with popular sentiment, but which appear inevitable. An ethical question that emerged during the pandemic is similar to the famous railway trolley dilemma: the choice between saving a greater number of human lives or preserving individual freedom, all in a socio-cultural context that cannot fail to take economic aspects into consideration. The latest pandemic has also highlighted how the influence of moral philosophy affects biomedical issues, bringing to light the need to consider not only the purely clinical aspects, but also the ethical and moral impacts of decisions. The need for a "humanistic medicine" thus forcefully emerged, for an approach that takes into account both the medical aspects and the ethical and social implications of the decisions taken, in order to guarantee a balanced and justifiable response to future challenges, far from that remote, pandemic.

Parole chiave

Libertà individuale, Salute pubblica, Dilemmi etici, Medicina umanistica

Keywords

Individual freedom, Public health, Ethical dilemmas, Humanistic medicine

Tesi di Laurea: Angilletta Sonia, Decessi e cause di morte: aspetti sociali, giuridici e bioetici del fenomeno ai tempi del Covid-19, tesi di laurea, Università eCampus, a.a. 2021/20222

I vantaggi della pratica psicomotoria in ambito medico

Sonia Angilletta

eCampus University, Faculty of Psychology, Novedrate (Co)
(sonia.angilletta@uniecampus.it)

Riassunto

In molto contesti esteri la terapia psicomotoria viene utilizzata per gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai medici, evidenziando il suo impatto positivo sulle competenze relazionali, emotive e cognitive nel contesto clinico. È interessante osservare come la psicomotricità sia in grado di potenziare la comunicazione non verbale, migliorare la relazione medico-paziente e favorire una migliore comprensione delle dinamiche relazionali. Gli strumenti e le tecniche psicomotorie possono essere utilizzati sia nella formazione che nella pratica clinica per favorire la consapevolezza corporea, la gestione dello stress e il miglioramento delle abilità decisionali.

Discutendo delle realtà nelle quali questa pratica è già implementata a livello sanitario, ad esempio l'Uruguay, sarà possibile portare una riflessione sull'opportunità di utilizzo di questo approccio nel nostro paese, promuovendo così il benessere dell'operatore sanitario, che a sua volta migliorerà la relazione di cura.

Summary

In many foreign contexts, psychomotor therapy is used for healthcare workers, with particular attention to doctors, highlighting its positive impact on relational, emotional and cognitive skills in the clinical context. It is interesting to observe how psychomotricity is able to enhance non-verbal communication, improve the doctor-patient relationship and promote a better understanding of relational dynamics.

Psychomotor tools and techniques can be used both in training and in clinical practice to promote body awareness, stress management and improve decision-making skills.

By discussing the realities in which this practice is already implemented at a healthcare level, for example Uruguay, it will be possible to reflect on the opportunity of using this approach in our country, thus promoting the well-being of the healthcare worker, who in turn the care relationship will improve.

Parole Chiave

Terapia psicomotoria, Gestione dello stress, Relazione medico-paziente, Benessere

Keywords

Psychomotor therapy, Stress management, Doctor-patient relationship, Well being

La tubercolosi: storia di una malattia infettiva, dall'antichità all'attualità

Luigi Fernando Antignani

luigiantignani11@gmail.com

Riassunto

La Tubercolosi può sembrare una malattia che non fa più notizia di sé ma è ancora la malattia infettiva più diffusa al mondo. Nel corso del tempo la tubercolosi ha segnato profondamente non solo gli esseri umani colpiti dalla malattia, ma anche le società, i costumi, la cultura, i comportamenti e la psicologia individuale e sociale. La TBC è attualmente considerata una patologia riemergente per il fenomeno della globalizzazione, per i flussi migratori, per le condizioni di povertà presenti anche nei paesi ricchi e per l'aumento delle patologie da alterate carenze immunitarie.

Sulla base di questi presupposti è stata effettuata una ricerca storica della tubercolosi fin dai primordi, proseguendo nei periodi successivi fino a considerare le odierne sfide: nonostante che, negli ultimi anni, l'andamento della mortalità e l'incidenza della malattia tubercolare non abbiano registrato significative variazioni. Recentemente si è registrato un pericoloso aumento della tubercolosi determinato oltre dallo svilupparsi del fenomeno della resistenza agli antibiotici da parte dei micobatteri, ma anche per i conflitti bellici, le crisi economiche e sociali che ricreano sovraffollamento e miseria. La lotta alla TBC quindi continua ancora oggi cercando di poter conseguire l'eradicazione completa della malattia.

Summary

Tuberculosis may seem like a disease that is no longer in the news but it is still the most widespread infectious disease in the world. Over time, tuberculosis has profoundly affected not only the human beings affected by the disease, but also societies, customs, culture, behaviors and individual and social psychology. TB is currently considered a re-emerging disease due to the phenomenon of globalization, migratory flows, conditions of poverty even in rich countries and the increase in pathologies caused by impaired immune deficiencies.

On the basis of these assumptions, historical research on tuberculosis has been carried out since its inception, continuing in subsequent periods until today's challenges are considered: despite the fact that, in recent years, the trend in mortality and the incidence of tuberculosis disease have not recorded significant variations, recently there has been a dangerous increase in tuberculosis determined not only by the development of the phenomenon of resistance to antibiotics by mycobacteria, but also by war conflicts, the economic and social crises that recreate overcrowding and poverty. The fight against TB therefore continues today, trying to achieve complete eradication of the disease.

Parole Chiave

Tubercolosi: una malattia antica e le attuali criticità.

Keywords

Tuberculosis: an ancient disease and current critical issues.

Premessa

Il Covid ha “segnato” di recente la nostra epoca mentre la Tubercolosi ha “segnato” ogni epoca fin da sempre: può sembrare una malattia che non fa più notizia di sé ma è ancora la malattia infettiva più diffusa al mondo secondo quando

viene riportato nelle diverse casistiche internazionali dell'incidenza globale delle malattie a livello mondiale. Nel corso del tempo la tubercolosi ha segnato profondamente non solo gli esseri umani colpiti dalla malattia, ma anche le società, i costumi, la cultura, i comportamenti e la psicologia individuale e sociale.

Il termine Tubercolosi (TBC) deriva dal latino "tuberculum", diminutivo di "tuber" ed è stato usato per definire le caratteristiche lesioni, i tubercoli, riscontrati nei reperti anatomici dei tessuti e degli organi interessati dalla malattia.

Evidenze epidemiologiche

Il Global Tuberculosis Report 2023 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Report pubblicato il 7 novembre 2023) riporta che, nel 2022, 10.8 milioni di individui abbiano contratto la TBC e che dall'anno 2000 sono state salvate 75 milioni di vite in seguito agli sforzi globali per combattere la TBC. Anche i dati del Ministero della Salute riportati in occasione della giornata mondiale della tubercolosi del 24 marzo 2022 sono in linea con i dati dell'OMS e in Italia nel 2020 sono stati 2287 i casi segnalati di TBC. La casistica dei casi di morti nel mondo, per l'anno 2000, collocava la TBC tra le prime 10 cause di morte e nella casistica del 2017 dell'Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME] continua ad essere, come ancora oggi, uno dei principali "killer infettivi" nel mondo.

La TBC è attualmente considerata una patologia riemergente per il fenomeno della globalizzazione, i flussi migratori, le condizioni di povertà anche in paesi ricchi e per l'aumento delle patologie da alterate carenze immunitarie.

La scoperta del bacillo della Tubercolosi.

Nel 1882 Robert Koch (Fig.1) identifica al microscopio dei bacilli a forma di bastoncino e dopo numerosi tentativi riesce a farli crescere in un terreno di coltura di siero di sangue bovino coagulato e inoculando il materiale estratto da queste

colture in conigli osservò che morivano di tubercolosi. Il 24 marzo 1882 comunica la scoperta del bacillo alla Società di Fisiologia di Berlino (Fig.2).

Nella vasta diffusione in natura delle Mycobacteriacee, nel gruppo del *Mycobacterium tuberculosis complex* sono inseriti quei micobatteri lesivi per la salute umana: il *Mycobacterium Tuberculosis* (MT), rinominato *Bacillo di Koch*, il più diffuso e dotato di maggior virulenza; il *M. Bovis*, da alcuni ritenuto il precursore del MT che infetta l'uomo prevalentemente per via alimentare attraverso l'assunzione di latte e suoi derivati non adeguatamente pastorizzato; il *M. Africanum* presente solo nelle regioni dell'Africa Occidentale e il *M. microti* patogeno di varie specie di mammiferi, soprattutto roditori, ma raro in patologia umana.

Gli aspetti biologici che caratterizzano il *M. Tuberculosis* sono la lenta crescita, l'aerobiosi, la resistenza al calore, agli acidi e alcali e all'essiccamento. Il *M. Tuberculosis* viene trasmesso prevalentemente per via aerea attraverso le goccioline di Flugge (droplets) emesse nell'aria durante la fonazione, i colpi di tosse e gli starnuti di un individuo contagioso, in seguito a una permanenza in spazi confinati e poco ventilati o con un ricircolo di aria contenente bacilli infettanti. Inalato attraverso le vie aeree raggiunge l'alveolo polmonare dove viene intercettato dai macrofagi, deputati alla fagocitosi degli agenti patogeni, attraverso specifici recettori di membrana (PPRs: Primitive Pattern Recognition Receptors).

Il MT è costituito da una parete cellulare complessa composta da acido micolico, lipoarabinomannani (polisaccaridi lipidi complessi) e lipidi acilici (acidi grassi a lunga catena) che determinano il cosiddetto Fattore Cordale che inibendo, nel citoplasma del macrofago, la fusione fagosoma-lisosoma determina la resistenza al "killing intracellulare" e di conseguenza, quando si determina tale condizione, i micobacilli si replicano all'interno dei macrofagi senza essere distrutti. L'accumulo di ulteriori macrofagi che cercano di distruggere i macrofagi infetti determina un processo infiammatorio di IV tipo (simile a una reazione da corpo estraneo) responsabile della formazione di un Granuloma specifico. L'evoluzione del Granuloma può avere diversi sviluppi: ingrandendosi si determina al suo interno una zona ischemica, la "necrosi caseosa" dall'aspetto "cheese-like". I granulomi inoltre tendono a svilupparsi e a raggrupparsi per contiguità e l'insieme delle

necrosi porta alla liquefazione della sostanza caseosa che, tramite tragitti fistolosi o con la erosione dei bronchi, causa nel parenchima polmonare la formazione di caverne con la conseguente alterazione anatomica e funzionale del polmone.

Altra possibilità di evoluzione è l'ispessimento, l'incapsulamento e la fibrosi del granuloma e la conseguente calcificazione ma spesso si ottiene la sua risoluzione con la completa guarigione. Nei granulomi fibrotici e/o calcifici si può determinare, a distanza di tempo variabile, una riattivazione dei micobatteri con una ripresa della malattia.

La storia naturale della malattia può avere diversi sviluppi: nell'infezione primaria avviene l'eliminazione del patogeno nel 70- 90% dei casi mentre nel 10-30% dei casi l'infezione procede con la Tuberculosis primaria e nel 10 % dei casi di essa si può verificare una disseminazione linfoematogena massiva diffondendosi in altri organi e tessuti dell'organismo, mentre nel restante 90 -70 % dei casi si instaura una Tuberculosis latente che nel 10% dei casi si può riattivare determinando una Tuberculosis post-primaria con un andamento come quello della TBC primaria. La tubercolosi non determina una immunità permanente e si può avere una reinfezione con lo sviluppo di una nuova malattia.

La TBC nelle diverse epoche storiche.

La TBC ha una lunga storia, almeno quanto quella del genere umano ed ha agito e si è propagata nei secoli lasciando tracce del proprio passato. In numerosi reperti fossili scheletrici, persino in quelli di animali preistorici, sono stati evidenziati lesioni riconducibili alla tubercolosi. Alcuni ricercatori hanno sequenziato il progenitore ancestrale comune dei micobatteri localizzandolo nell'Africa Orientale circa 40.000 anni fa e a quel tempo l'Homo Sapiens aveva già iniziato le sue migrazioni verso il continente asiatico per poi diffondersi in tutte le terre emerse del globo terrestre. Lesioni ossee tubercolari sono state riscontrate anche in fossili di ossa umane risalenti alle epoche precolombiane, ancor prima quindi della colonizzazione europea, come verosimile risultato dei percorsi migratori dell'uomo primitivo. Si è

ipotizzato che il bacillo tubercolare si sia trasferito con l'uomo o, in altra ipotesi, il micobatterio era già presente prima della comparsa dell'uomo. Diversi studi scientifici hanno provato a definire se la tubercolosi abbia avuto origine negli animali per poi fare il salto di specie nell'uomo. Recenti ricerche hanno ipotizzato che il progenitore dei ceppi batterici abbia infettato gli esseri umani quando l'Uomo Sapiens iniziava a diventare stanziale avendo, in questa condizione, più stretti contatti con gli animali. Nelle epoche successive la malattia tubercolare ha continuato a lasciare tracce della sua presenza e infatti si ritrova trascritta negli antichi manoscritti delle varie epoche che riportano la descrizione di una malattia che si manifestava prevalentemente con la consunzione. Nell'antico Egitto la malattia era abbastanza diffusa e le mummie hanno rappresentato un materiale prezioso per reperire le tracce lasciate dalla tubercolosi e nei papiri di Ebers (1500 a.C.) viene descritta una malattia polmonare associata all'interessamento di linfoghiandole. Nella antica medicina cinese e indiana riferimenti alla TBC appaiono nei rispettivi antichi testi di medicina di queste civiltà. Nell'Antico Testamento viene descritta con il termine ebraico "schachephet" una malattia caratterizzata dalla consunzione che si ritrova in un verso del Deuteronomio (28:22) e del Levitico (26:16). Nell'Antica Grecia, dove la "consunzione" veniva indicata con il termine di "tisi", si trova riportata da Erodoto, da Ippocrate che descrive una malattia polmonare "distruttiva" e da Aristotele che ipotizza la trasmissione attraverso l'aria respirata. Nell'epoca romana Auro Cornelio Celso descrive nel suo scritto di medicina una malattia con una febbre e con una tosse frequente e persistente. Areteo di Cappadocia descrive invece l'aspetto e i sintomi caratteristici dei tisici. Nel medioevo islamico Avicenna descrive una malattia "ulcerosa, escavante e consuntiva" e la ritiene contagiosa. Nel periodo successivo al Medioevo diversi studiosi hanno descritto la malattia nei suoi vari aspetti, come le formazioni nodulari chiamati tubercoli (Jacques Dubois), la contagiosità (Girolamo Fracastoro), la scrofola, la formazione di caverne nei polmoni (Franciscus de La Boe), il processo di caseificazione (Giovanni Battista Morgagni). Nel Settecento si approfondisce la conoscenza della malattia attraverso la pratica della semeiotica e della clinica (Leopold Suenbrugger). Ritenuta definitivamente una malattia contagiosa si

incomincia a considerare gli interventi sanitari per prevenire il contagio (Domenico Cotugno). Nell'Ottocento si scoprono i tubercoli anche in altri organi diversi dal polmone e la sua diffusione "miliare" riconoscendo quindi la TBC di poter essere una malattia generalizzata (Gaspard Laurent Bayle). Durante tutto questo lungo periodo di tempo si sono verificate ondate di pandemie che hanno caratterizzato il periodo storico in cui si sono propagate: se il Seicento è stato definito il secolo della Peste e il Settecento ha visto come protagonista il Vaiolo, nell'Ottocento predomina la Tuberculosis che si diffonde in maniera tale da diventare la principale causa di morte e morire di tubercolosi era considerato inevitabile. Con la rivoluzione industriale si creano le condizioni più favorevoli per un maggior sviluppo dell'epidemia tubercolare. Una nuova realtà sociale, il "proletariato urbano", costretto a vivere a stretto contatto e in luoghi confinati, in condizioni igieniche precarie, in alloggi malsani e sovraffollati, determina di conseguenza una esplosione della TBC e i casi di malattia subiscono un'impennata. La tubercolosi diventa una malattia sociale e viene principalmente caratterizzata come la malattia della povertà e della miseria. A causa della facilità di contagio, la malattia non tardò molto ad arrivare alle classi più abbienti dove determinò un atteggiamento molto diverso rispetto alle altre malattie dell'epoca: divenne di moda, quasi una condizione "desiderabile e invidiabile" e l'aspetto fragile e "malaticcio" dovuta alla malattia divenne, con il Romanticismo, un "ideale di bellezza".

Con la scoperta di Koch (1882), inizia l'era della conoscenza scientifica della malattia e così la tubercolosi smise di essere "romantica" e cominciò ad essere vista per quella che veramente era: una malattia pericolosa e per di più contagiosa e quindi a prestare più attenzione alla teoria degli agenti patogeni che trasmettono una malattia e si cominciò a comprendere meglio il concetto di contagio.

Si iniziò a dare maggiore importanza alla pulizia delle case, dei luoghi pubblici e delle strade cittadine e comparivano cartelli dove si invitava ad osservare regole igieniche (come non sputare per terra) per non diffondere gravi malattie. Il pericolo del contagio che la malattia comportava determinò progressivi cambiamenti nelle abitudini e nei costumi: gli orli delle gonne incominciarono ad accorciarsi perché le lunghe gonne che arrivavano fino a toccare terra furono ritenute responsabili di

veicolare germi con il continuo contatto che avevano con il suolo. Furono criticati i grandi baffi e le folte barbe maschili, colpevoli di annidare e dare riparo allo sviluppo dei germi e si comincia a preferire la rasatura del viso e assumere in tal modo un aspetto più igienico ma anche più curato.

Le metodiche introdotte per la cura della malattia.

Finché non è stata definita l'etiologia della tubercolosi, la malattia è stata affrontata con metodi che sono variati al variare delle conoscenze. Inizialmente furono presi provvedimenti che potessero limitare il contagio e, per quanto riguardava la scrofolo, varie metodiche di asportazione chirurgica. Dopo l'identificazione del bacillo tubercolare lo stesso Koch preparò e propose la tubercolina come possibile metodo di cura ma non ottenne il risultato sperato diventando successivamente un test di diagnosi per l'avvenuto contatto con il micobatterio (Test di Mantoux). Agli inizi dell'Ottocento, l'invenzione dello stetoscopio (René Laennec) ha portato con l'auscultazione e a una maggior definizione della malattia polmonare. Alla fine dell'Ottocento fu proposta l'induzione del collasso polmonare (Carlo Forlanini) per mettere a riposo il polmone allo scopo di favorire la guarigione soprattutto quando c'era la presenza delle caverne. Lo sviluppo della radiologia ha permesso una maggiore visuale diagnostica della malattia. La necessità di isolare i malati ha favorito la nascita dei sanatori. L'esposizione dei malati all'aperto e al freddo fu un'altra caratteristica terapeutica, come pure la elioterapia o bagni di sole derivata dalla constatazione dell'efficacia dell'azione distruttrice dei raggi ultravioletti sul bacillo tubercolare. La scoperta del vaccino antitubercolare di Calmette e Guérin dette l'impulso al "dépistage" di massa della malattia e delle campagne di vaccinazione antitubercolare soprattutto nella popolazione scolastica.

Ma è stato con la scoperta dei farmaci antitubercolari che si è ottenuto quel significativo risultato sull'andamento delle guarigioni dalla malattia.

La consacrazione artistica

Molti furono gli artisti, i letterati e gli intellettuali che rappresentarono e consacrarono il “romantico” sentire comune della malattia della Tuberculosis. Ci furono quelli che si ammalarono, quelli invece che accompagnarono la malattia di familiari in cui erano a contatto, quelli che ne scrissero e quelli che la rappresentarono nelle loro opere. In ogni genere artistico la malattia è entrata quindi a far parte sia nella vita degli autori del loro genere sia nei contenuti delle loro opere letterarie, pittoriche e musicali.

Le sfide odierne

Nonostante che, negli ultimi anni, l'andamento della mortalità e l'incidenza della malattia tubercolare non abbiano registrato significative variazioni, recentemente si è registrato un pericoloso aumento della tubercolosi determinato oltre dallo svilupparsi del fenomeno della resistenza agli antibiotici da parte di micobatteri, ma anche per le condizioni di crisi sociale che ricreano sovraffollamento e miseria.

La Regione Europea dell'OMS ha sviluppato un nuovo piano di azione per gli anni 2023-2030 con i seguenti obiettivi per l'anno 2030 comparati con l'anno 2015: ridurre del 90% i decessi per TBC,

ridurre l'incidenza della TBC dell'80%, raggiungere un tasso di successo del trattamento del 85% tra i casi di TBC multi-farmacoresistenti (MDR-TB). Il Piano di azione è stato presentato per l'adozione alla settantaduesima sessione del Comitato regionale per l'Europa (RC72) nel settembre 2022. (*Tuberculosis surveillance and monitoring in europe 2022-data; 2021*; online: <https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/epidemiologia>)

La lotta alla TBC quindi continua ancora oggi cercando di poter conseguire l'eradicazione completa della malattia.

Bibliografia

1. SERGIO SABBATANI: Tubercolosi: tutta la storia di una malattia infettiva. Rivista "Professione Infermiere" del Collegio IPASVI di Bologna, n.2/2011, pag.50-59
2. MARTINA FELISI: La tubercolosi: una lunga storia. <https://www.festivaletteratura.it/it/racconti/la-tubercolosi-una-lunga-storia>.
3. CLELIA PALANZA: Tubercolosi, una malattia senza tempo. <https://www.letscom.it/blog/tubercolosi-una-malattia-senza-tempo/>
4. Tubercolosi nell'arte: <https://www.ascittaditorino.it/wpcontent/uploads/2022/03/Tubercolosinellarte.pdf>
5. REMO BERNABEI: La tubercolosi: una lunga storia. <https://anankenews.it/la-tubercolosi-lunga-storia-seconda-parte-prof-re-remo-barnabei/>
6. KYLE HARPER: Contagi. Le malattie e il corso della storia umana. 2023. Einaudi editore.

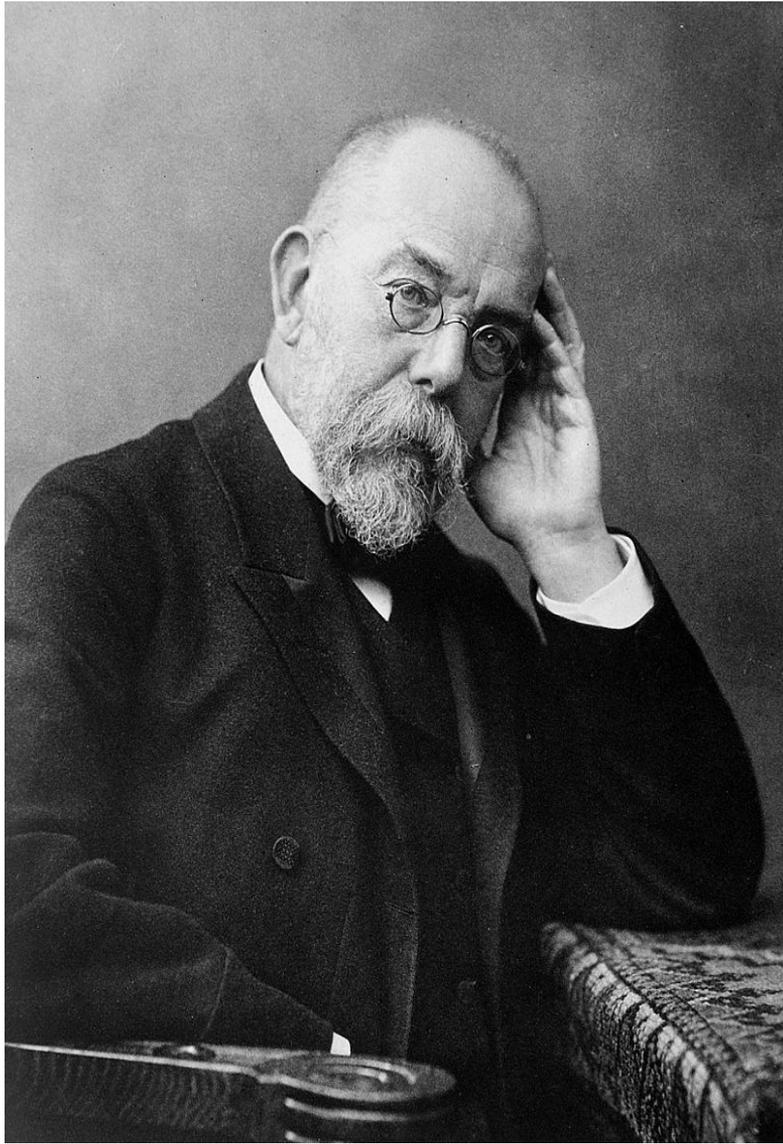


Fig. 1 Robert Koch (11 dicembre 1843 – 27 maggio 1910).

Die Berliner Klinische Wochenschrift erscheint jeden Montag in der Größe von ungefähr 12 Bogen gr. 4. Preis vierteljährlich 4 Mark. Bestellungen können alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Bestellungen wolle man gerichtet an die Redaction (W. Kniggestrasse 25.) oder an die Verlagshandlung von August Hirschwald in Berlin (N.W. Unter den Linden 69.) adressiren.

BERLINER

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinalverwaltung und Medicinalgesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur: Prätor Dr. C. A. Ewald

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Montag, den 10. April 1882.

N^o 15.

Neunzehnter Jahrgang.

Inhalt: I. Koch: Die Aetiologie der Tuberculose. — II. Müller: Ueber einen Fall von Wanderleber. — III. Küster: Ueber antiseptische Pulververbände (Schluss). — IV. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften (Berliner medicinische Gesellschaft). — V. Position (Maximalabwärtische der Pharmazien Germania, od. II — Tagungsberichte). — VI. Amtl. Mittheilungen. — Inserate.

I. Die Aetiologie der Tuberculose.

(Nach einem in der physiologischen Gesellschaft zu Berlin am 24. März er. gehaltenen Vortrage.)

von

Dr. Robert Koch,
Regierungsrath im Kaiser. Gesundheitsamt.

Die von Villemin gemachte Entdeckung, dass die Tuberculose auf Thiere übertragbar ist, hat bekanntlich vielfache Bestätigung, aber auch anscheinend wohl begründeten Widerspruch gefunden, so dass es bis vor wenigen Jahren unentschieden bleiben musste, ob die Tuberculose eine Infektionskrankheit sei oder nicht. Seitdem haben aber die zuerst von Cohnheim und Salomonson, später von Baumgarten ausgeführten Impfungen in die vordere Augenkammer, ferner die Inhalationsversuche von Tappeiner und Andersen die Übertragbarkeit der Tuberculose gegen jeden Zweifel sicher gestellt und es muss ihr in Zukunft ein Platz unter den Infektionskrankheiten angewiesen werden.

Wenn die Zahl der Opfer, welche eine Krankheit fordert, als Massstab für ihre Bedeutung zu gelten hat, dann müssen alle Krankheiten, namentlich aber die gefährlichsten Infektionskrankheiten, Pest, Cholera u. s. w. weit hinter der Tuberculose zurückstehen. Die Statistik lehrt, dass $\frac{1}{2}$ aller Menschen an Tuberculose stirbt und dass, wenn nur die mittleren productiven Altersklassen in Betracht kommen, die Tuberculose ein Drittel derselben und oft mehr dahinführt. Die öffentliche Gesundheitspflege hat also Grund genug, ihre Aufmerksamkeit einer so niedrigen Krankheit zu widmen, ganz abgesehen davon, dass noch andere Verhältnisse, von denen nur die Beziehungen der Tuberculose zur Perlsucht erwähnt werden sollen, das Interesse der Gesundheitspflege in Anspruch nehmen.

Da es nun zu den Aufgaben des Gesundheitsamtes gehört, die Infektionskrankheiten vom Standpunkte der Gesundheitspflege aus, also in erster Linie in Bezug auf ihre Aetiologie, zum Gegenstand von Ermittlungsarbeiten zu machen, so erschien es als eine dringende Pflicht, vor Allem über die Tuberculose eingehende Untersuchungen anzustellen.

Das Wesen der Tuberculose zu ergründen, ist schon wiederholt versucht, aber bis jetzt ohne Erfolg. Die zum Nachweis der pathogenen Microorganismen so vielfach bewährten Färbungsmethoden haben dieser Krankheit gegenüber im Stich gelassen

und die zum Zwecke der Isolirung und Züchtung des Tuberkel-Virus angestellten Versuche konnten bis jetzt nicht als gelungen angesehen werden, so dass Cohnheim in der sechsten erschienenen neuesten Auflage seiner Vorlesungen über allgemeine Pathologie „den directen Nachweis des tuberculoen Virus als ein bis heute noch ungeöstetes Problem“ bezeichnen musste.

Bei meinen Untersuchungen über die Tuberculose habe ich mich anfangs auch der bekannten Methoden bedient, ohne damit eine Aufklärung über das Wesen der Krankheit zu erlangen. Aber durch einige gelegentliche Beobachtungen wurde ich dann veranlasst, diese Methoden zu verlassen und andere Wege einzuschlagen, die schliesslich auch zu positiven Resultaten führten.

Das Ziel der Untersuchung musste zunächst auf den Nachweis von irgend welchen, dem Körper fremdartigen, parasitischen Gebilden gerichtet sein, die möglicherweise als Krankheitsursache gedeutet werden konnten. Dieser Nachweis gelang auch in der That durch ein bestimmtes Färbungsverfahren, mit Hilfe dessen in allen tuberculoen veränderten Organen charakteristische, bis dahin nicht bekannte Bacterien zu finden waren. Es würde zu weit führen, den Weg, auf welchem ich zu diesem neuen Verfahren gelangte, zu schildern und ich will deswegen sofort zur Beschreibung desselben übergehen.

Die Untersuchungsobjecte werden in der bekannten, für Untersuchungen auf pathogene Bacterien üblichen Weise, vorbereitet und entweder auf dem Deckglas ausgebreitet, getrocknet und erkältet, oder nach Erhärting in Alkohol in Schmitze zerlegt. Die Deckgläschen oder Schnitte gelangen in eine Färbelösung von folgender Zusammensetzung. 200 Ccm. destillirtes Wasser werden mit 1 Ccm. einer concentrirten alkalischen Methylblau-Lösung vermischt, umgeschüttelt und erhalten dann unter wiederholtem Schütteln noch eines Zusatzes von 0,2 Ccm. einer 10% Kalilauge. Diese Mischung darf selbst nach tagelangem Stehen keinen Niederschlag geben. Die zu färbenden Objecte bleiben in derselben 20 bis 24 Stunden. Durch Erwärmen der Färbelösung auf 40° C. im Wasserbade kann diese Zeit auf $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde abgekürzt werden. Die Deckgläschen werden hierauf mit einer concentrirten wässrigen Lösung von Versäur, welche vor jedesmaligen Gebrauche zu filtriren ist, übergossen und nach ein bis zwei Minuten mit destillirtem Wasser abgospült. Wenn die Deckgläschen aus dem Methylblau kommen, sieht die ihnen anhaftende Schicht dunkelblau aus und ist stark

Fig. 2 L'articolo di Robert Koch del 10 April 1882: Die Aetiologie der Tuberculose.

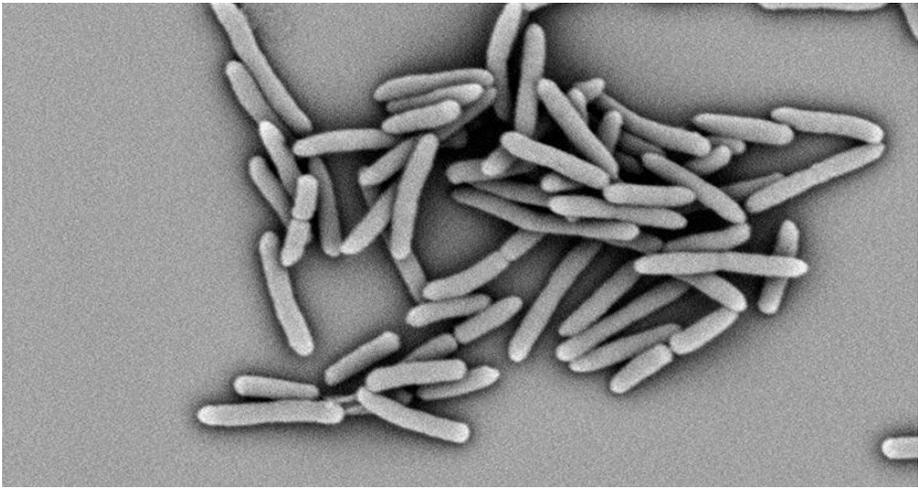


Fig. 3 Micrografia elettronica a scansione di un ceppo di Mycobacterium tuberculosis con ingrandimento 13.000x.

Storia dell'Ospedale Civile di Montemarciano negli anni della nascita del SSN

Giordano Cotichelli¹ Daniele Barchiesi²

¹Infermiere, PhD, CdL in Infermieristica Università Politecnica delle Marche, Ancona . ²Infermiere, RSA Montemarciano, Pubblica Assistenza AVIS Corinaldo (danielebarchiesi1993@gmail.com)

Riassunto

La storia della legislazione sanitaria in Italia vede la strutturazione a livello territoriale di una rete di servizi, di cura e di assistenza, molto capillare. Seppur lentamente e difformemente, nel tempo la copertura dei fabbisogni di salute della popolazione subisce un'accelerazione a partire dal secondo dopoguerra dove le varie riforme che si succederanno, condurranno, nell'arco di un trentennio dall'entrata in vigore della Costituzione, all'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Le Unità Sanitarie Locali rappresenteranno il centro organizzativo dei servizi andando a potenziare, in un primo tempo, la stessa offerta dei piccoli ospedali locali, veri e propri presidi a salvaguardia della salute collettiva. Un quadro valido nell'immediato dei tre lustri di tempo seguiti alla riforma sanitaria del 1978. In seguito l'aziendalizzazione della sanità pubblica e la ridefinizione dell'offerta sanitaria, unite al miglioramento del quadro igienico-sanitario della popolazione e al suo stesso invecchiamento, con un aumento dei costi di gestioni, legati anche al progresso tecno-scientifico, ridefiniranno l'offerta sul territorio, portando alla chiusura o alla ristrutturazione di molti presidi ospedalieri e, fra questi, anche il piccolo Ospedale Civile "Carradori Trusiani" di Montemarciano (AN) che fu chiuso nel 1983 dalla USL n. 9 di Falconara Marittima.

Ricostruire la storia dell'ospedale di Montemarciano significa risalire indietro nella storia sanitaria del nostro Paese. In tal senso la ricerca si è indirizzata dunque lungo l'esame di fonti primarie (documenti ed atti amministrativi legati al nosocomio, dalla sua nascita alla chiusura) e fonti orali dei professionisti ancora presenti (un medico, un'infermiera) e di una paziente, utili a fornire una testimonianza diretta del tempo.

Summary

The history of healthcare legislation in Italy shows the development of a highly extensive network of services, care, and assistance at a territorial level. Although slowly and unevenly, over time, the coverage of the population's healthcare had an important acceleration after World War II, with various reforms following one another. Within three decades of the Italian Constitution's promulgation, these reforms led to the establishment of the National Health Service. Local Health Units (Unità Sanitarie Locali) became the organizational centers of these services, initially enhancing the offerings of small local hospitals, which acted as crucial outposts for safeguarding public health. This system remained effective during the fifteen years immediately following the 1978 healthcare reform. Later, the corporatization of public healthcare, along with the redefinition of healthcare services, the improvement of public hygiene, the aging of the population, and the rising management costs linked to techno-scientific advancements, led to a reconfiguration of territorial healthcare services. This resulted in the closure or restructuring of many hospitals, including the small "Carradori Trusiani" Civil Hospital in Montemarciano (AN), which was closed in 1983 by Local Health Unit No. 9 in Falconara Marittima. Reconstructing the history of Montemarciano's hospital means tracing back through the history of healthcare in our country. In this regard, the research has focused on the examination of primary sources (documents and administrative acts related to the hospital, from its foundation to its closure) and oral sources from professionals who were still present (a doctor, a nurse) and a patient, providing a direct testimony of that time.

Parole chiave

Servizio sanitario nazionale, ospedali locali, cure territoriali

Keywords

National Healthcare System, local hospital, territorial healthcare

Introduzione

La legislazione sanitaria in Italia vede, sin dall'inizio dello Stato Unitario, la strutturazione a livello territoriale di una rete di servizi, di cura e di assistenza, molto capillare. Seppur in maniera molto lenta, e difforme, nel tempo la copertura dei fabbisogni di salute della popolazione subisce un'accelerazione a partire dal secondo dopoguerra dove le varie riforme che si succederanno, condurranno, nell'arco di un trentennio dall'entrata in vigore della Costituzione (e del suo art. 32 a tutela universale della salute) alla formazione del Servizio sanitario nazionale. Le Unità Sanitarie Locali rappresenteranno il centro organizzativo dei servizi andando a potenziare, in un primo tempo, la stessa offerta dei piccoli ospedali locali, veri e propri presidi a salvaguardia della salute collettiva e delle professionalità coinvolte. Un quadro valido nell'immediato dei tre lustri di tempo seguiti alla riforma sanitaria del 1978. In seguito l'aziendalizzazione della sanità pubblica e la ridefinizione dell'offerta sanitaria, unite al miglioramento del quadro igienico-sanitario della popolazione e al suo stesso invecchiamento, con un aumento dei costi di gestione, legati anche al progresso tecno-scientifico, ridefiniranno l'offerta sul territorio, portando alla chiusura o alla ristrutturazione di molti presidi ospedalieri e, fra questi, anche il piccolo Ospedale Civile "Carradori Trusiani" di Montemarciano (AN) che fu chiuso nel 1983 all'interno dell'allora USL n. 9 di Falconara Marittima.

Ricostruire la storia dell'ospedale di Montemarciano significa risalire indietro nella storia sanitaria del nostro Paese. In tal senso la ricerca si è indirizzata dunque lungo l'esame di fonti primarie (documenti ed atti amministrativi legati al nosocomio, dalla sua nascita alla chiusura) e fonti orali dei professionisti ancora presenti (un medico, un'infermiera) e di un paziente, utili a fornire una testimonianza diretta del tempo.

Gli elementi emersi sono sostanzialmente due: lo stretto legame della struttura sanitaria con il territorio e la dimensione professionale dei sanitari messa a stretto contatto con una popolazione che non era solo un'utenza passiva e sconosciuta, ma molto spesso direttamente costituita da conoscenti, amici, parenti o comunque soggetti rappresentanti un tessuto sociale che poneva il nosocomio e le sue professionalità all'interno di una rete di servizi portatrice di risorse e stimoli verso l'innovazione o l'adattamento alle circostanze. La testimonianza dell'infermiera mostra la considerazione della professione infermieristica, al tempo, come ascensore sociale, professione in grado di elevare la posizione sociale della persona sia in

termini di prestigio all'interno della piccola comunità, sia dal punto di vista strettamente economico, per i redditi bassi. All'interno della piccola struttura ospedaliera vi era una sola infermiera professionale, una religiosa, mentre il restante personale era costituito da infermiere generiche. L'intervista al medico ha mostrato la quotidianità di una clinica, povera dei molti mezzi diagnostici oggi disponibili, ma ricca di una stretta correlazione fra preparazione scientifica e prossimità relazionali utili a garantire, nel piccolo, le migliori cure possibili, sempre in stretto rapporto con colleghi e strutture provinciali e regionali. La narrazione fornita dalla paziente, infine, è stata utile per capire quale fosse la percezione della suddetta struttura da parte dell'utenza: i medici godevano di un prestigio unico all'interno della comunità, il personale infermieristico era, come già accennato, depositario di una importante relazione di fiducia. Un quadro professionale che riusciva a rispondere in maniera utile ai numerosi bisogni di salute espressi dall'intera comunità.

Va ricordato che il lavoro si è avvalso delle testimonianze sono state raccolte con delle interviste dai soggetti interessati e, al tempo stesso, attraverso la ricerca sul campo, con un'esperienza etnografica diretta, si sono potuti visionare i locali dell'ospedale che attualmente ospita una RSA, lungo una prospettiva in cui il lavoro di ricerca grazie alle fonti orali considerate, ha mostrato la dimensione umana, professionale e sanitaria dell'organizzazione di cura del tempo. In questo la limitatezza stessa di risorse e la dimensione relazionale molto stretta, propria del piccolo territorio, come detto, hanno costituito fattori di crescita e di sperimentazione con dei buoni risultati. Parafrasando le tesi dell'economia aziendale, se "piccolo è bello", secondo la logica dominante l'industria italiana legata proprio allo sviluppo delle PMI (Piccole e medie imprese), i presidi ospedalieri di un tempo hanno rappresentato un punto di forza del sistema e di sviluppo lavorativo e sociale. Se oggi da più parti si ripete che l'ascensore sociale in Italia è fermo da tempo, in passato la rete dei servizi territoriali ha accompagnato quella trasformazione da Paese prevalentemente agricolo a Nazione industrializzata e ben strutturata nel terzo settore, con eccellenze nel mondo del volontariato, in particolare quello socio-sanitario. La lettura finale della ricerca storica effettuata, oltre a restituire una narrazione sanitaria importante, proietta la sua lezione storiografica verso il presente in cui la dimensione della sanità territoriale e degli ospedali di comunità consentono di ripartire, in un momento di sofferenza del sistema sanitario e del welfare in generale, dalle risorse e dalle buone pratiche a disposizione e

mobilizzabili con gli Ospedali di comunità, le COT (Centrali operative territoriali) e i servizi che si svilupperanno in prospettiva. Organizzazione in cui la professione medica, infermieristica e di altre specialità, troveranno un fecondo terreno di sviluppo scientifico, professionale e sociale.

L'Italia degli ospedali locali

Un utile approccio ad una ricerca di tipo storico può essere rappresentato dalle famigerate 5W coniate nell'ambito del giornalismo di stampo anglosassone, ovvero parlare di qualcosa se si hanno ben chiari chi ne è stato l'artefice, l'epoca, il motivo ed il luogo in cui l'evento ha avuto luogo; l'aver una cornice giuridica ovvero l'insieme delle leggi e delle delibere che hanno dato vita all'oggetto della ricerca è sembrato quantomai utile come punto d'inizio: le prime due norme d'interesse storico inerenti l'istituzione dell'ospedale sono l'atto n°2 del 11 Febbraio 1889 del Consiglio Comunale di Montemarciano ed il Regio Decreto 14 dicembre 1890 n° 4039 “Che approva la fusione delle opere pie ospitaliere Carradori e Trusiani sotto la denominazione di Ospedale civile degli infermi in Montemarciano e la inversione delle rendite dell'istituto elemosiniero con lo annesso legato Sabbatini”. L'epoca è quella della cosiddetta “Legge Crispi”, la n°6972 del 17 luglio 1890, con cui il giovane Regno d'Italia diede il primo e rigoroso inquadramento al disomogeneo e frammentato panorama ospedaliero italiano.

L'Ospedale Civile degli Infermi di Montemarciano venne poi “classificato ospedale di 3^a categoria” con la riorganizzazione dei nosocomi d'epoca fascista ai sensi del Regio Decreto 30 settembre 1938 n°1631 ed infine, con il nuovo assetto previsto dall'Art.21 della “Legge Mariotti”, la n°132 del 12 febbraio 1968, concluse la sua esistenza come ospedale di zona.

Nel 1982, infine, l'Ospedale di Montemarciano ebbe il doloroso primato di essere il primo dei numerosi ospedali di zona ad essere soppresso dall'allora Unità Sanitaria Locale n°9 di Falconara Marittima, alla luce del massiccio riordino della sanità pubblica previsto dalla Legge 23 dicembre 1978 n°833 che istituì e declinò l'articolazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

Analizzare la Storia Contemporanea: come darsi un metodo di ricerca storica

Indagare la storia della professione infermieristica e Ospedale Civile “Carradori Trusiani” di Montemarciano (provincia di Ancona) ai tempi della creazione del Servizio Sanitario Nazionale è stata un'attività non esule da difficoltà di varia natura riscontrate nel corso dell'attività di ricerca, ma dai risultati quantomeno appassionanti, sia per quanto concerne la descrizione della figura professionale sia per vedere quale è stato l'iter storico riguardante la struttura oggetti dello studio.

Alla luce di quanto detto finora, specie nell'ultima parte dello scorso capitolo, si è riscontrato il primo grande ostacolo alla ricerca storica: l'edificio in cui un tempo era situato l'ospedale oggetto della ricerca, ad oggi non è più una struttura ospedaliera propriamente detta, ma vede al suo interno sia una Comunità Protetta per ospiti semiautonomi affetti da disturbi di salute mentale sia una Residenza Sanitaria Assistenziale e, alla luce della nuova destinazione d'uso, l'intero edificio ha subito importanti modificazioni ed adeguamenti dal punto di vista logistico e dei locali presenti all'inizio degli anni 2000. Di conseguenza, un'analisi, un'osservazione dal punto di vista architettonico, dell'edificio non ha apportato benefici di tipo etnografico alla ricerca.

In aggiunta, pur rimanendo la struttura di proprietà della locale Azienda Sanitaria Territoriale, tutta la documentazione di rilevanza storica dell'allora Ospedale Civile è attualmente irreperibile, in quanto di proprietà del Comune di Montemarciano, il quale sta intraprendendo una totale riorganizzazione del proprio archivio storico; per assurdo, è stato più facile accedere agli atti costitutivi dell'Ospedale Civile degli Infermi di Montemarciano ed al Regio Decreto che ha dato applicazione ai suddetti atti, documenti risalenti, come già accennato, rispettivamente al 1889 ed al 1890, piuttosto che alle fonti documentali degli anni presi in esame dalla presente ricerca.

Da dove si è iniziato dunque? Chabod¹ consente di capire quali fonti prendere in esame al fine di ricostruire un panorama di fondo il più possibile rappresentativo cui riferirsi analiticamente. Secondo lo storico italiano le fonti – primarie o secondarie che siano – possono essere scritte, orali, iconografiche o materiali; definiamo "fonti primarie" quelle

¹ F. CHABOB - *Lezioni di Metodo Storico*, Editori Laterza, Roma (2012)

costituite da tracce dirette e immediate, prodotte in un lasso di tempo prossimo agli eventi o al contesto storico che si vogliono prendere in esame, mentre con "fonti secondarie" intendiamo quelle costituite da opere storiografiche a loro volta basate su un lavoro condotto sulle fonti da altri studiosi. Cercare di elaborare la condizione della professione infermieristica presso l'Ospedale di Montemarciano negli anni '70 consente di affidarsi prevalentemente alle fonti primarie più che alle secondarie, in quanto le fonti primarie orali sono ancora viventi; per quanto invece concerne le fonti secondarie, non si è individuata una apprezzabile produzione di documentazione in quanto l'argomento è di una tale portata locale e dunque ristretta che queste ultime non sono state realizzate.

Circa le fonti primarie orali è da sottolineare il fatto che si è potuto ricorrere a coloro che nella ricerca sociologica vengono definiti "testimoni privilegiati" ovvero persone che, per il particolare ruolo che ricoprono o che hanno ricoperto nel corso della loro vita, possiedono informazioni che possono essere utili per la nostra indagine ed in grado di fornire informazioni valide, dettagliate, accurate in quanto figure attive dell'evento o nel fenomeno oggetto di indagine. Altri sociologi preferiscono altresì parlare di "testimoni qualificati", ovvero "tecnici, esperti, operatori sociali, o protagonisti a vario titolo che potremmo definire, prendendo a prestito un'espressione di uso comune in campo giuridico, «persone informate sui fatti»"² in grado di fornire al ricercatore informazioni di particolare qualità preferendo il termine "qualificati" a "privilegiati" in quanto quest'ultimo termine potrebbe lasciar intendere che gli interlocutori individuati appartengano a strati sociali particolarmente agiati.

Alla luce di ciò, sono state realizzate delle interviste a due, ovvero quelle che vedono un intervistato ed un intervistatore, in modalità semi-strutturata, ossia con un buon coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore, una scarsa standardizzazione sia delle domande che delle risposte ed un'elevata libertà fra i due "attori" durante l'interazione. I risultati di questa modalità di intervista in genere sono da considerarsi scarsamente generalizzabili, perché condizionati dalla soggettività e dalla specificità della situazione di intervista. Le interviste alla collega infermiera generica ed al medico sono state registrate e successivamente dattiloscritte.

² G. DELLI ZOTTI – *Metodi e tecniche di ricerca sociale Vol. 1 La rilevazione dei dati*, Edizioni Università di Trieste (2021) p.96

Come avvalorare ancora di più la "semplice" raccolta delle fonti primarie qualificate, attività comunque già di per sé preziosa? Bloch (1998) sostiene chiaramente che la testimonianza diretta di chi esercita la medesima professione su cui si indaga è di fondamentale importanza per poter ricostruire l'esatto scenario oggetto dell'analisi e, onde evitare di cadere in inesattezze o peggio in affermazioni mendaci, è imprescindibile effettuare il confronto reciproco delle varie deposizioni raccolte: per questo motivo, il celebre storico francese, ebbe a dire che la professione dello storico doveva ricalcare quella del giudice istruttore o, per meglio intenderci, quella del magistrato inquirente che cerca di ricostruire un crimine a cui non ha assistito³ con il fine unico del raggiungimento della verità. Nella fattispecie, il confrontare due figure, che pur non esercitavano la medesima professione ma si ritrovavano a lavorare nello stesso ambito, quello sanitario, fianco a fianco, negli stessi anni e nella stessa struttura, ed infine comparare le testimonianze dei professionisti a quella di una persona che ha vissuto quella stessa realtà come degente è stato estremamente utile per poter ricostruire uno spaccato storico quanto più veritiero dell'attività ospedaliera e della condizione della professione infermieristica all'interno dell'Ospedale Civile di Montemarciano.

Alla luce di quanto detto, si può affermare con certezza che l'intervista a due può essere classificata a tutti gli effetti un efficace strumento di indagine storica e di conseguenza la narrazione orale diviene una fonte di peso notevole in quanto imprescindibile mezzo di ricerca nell'ambito della storia contemporanea.

Al fine di coadiuvare le fonti primarie e per poter ampliare ed arricchire il punto di vista sull'intera professione infermieristica nell'epoca in esame, ci si è basati su un'importante produzione di testi di storia dell'infermieristica che negli ultimi decenni è andata arricchendosi sia qualitativamente che quantitativamente, comprendendo autori come Cantarelli, Di Monte, Sironi, Siccardi, Manzoni, Rocco et altri, Ramacciati. Va comunque tenuto a mente che esercitare la professione infermieristica nelle grandi realtà urbane, nei policlinici e degli ospedali regionali, luoghi che per primi hanno visto i primi e profondi mutamenti vissuti dalla professione infermieristica, era completamente differente

³ M. BLOCH - *Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien*, Librairie Armand Colin, Paris (1949) "Nous sommes, à leur égard, dans la situation du juge d'instruction qui s'efforce de reconstituer un crime auquel il n'a point assisté"

rispetto all'esercitare la medesima attività lavorativa all'interno di un piccolo nosocomio di una località prevalentemente rurale della Regione Marche, ovvero quella del comune di Montemarciano che, al Censimento del 1971 contava appena 5589 abitanti.

Altrettanto utile e corroborante ai fini della ricerca è stata, a quest'ultimo riguardo, l'analisi, da un punto di vista normativo, delle professioni infermieristiche: si sono prese in esame le leggi che definivano i profili professionali e gli itinerari formativi delle infermiere professionali e delle infermiere generiche.

Infine, un'altra utilissima fonte primaria materiale è stata una fotografia risalente al 1971 scattata all'interno della sala operatoria, immagine da cui si possono ricavare una miriade di informazioni, tali da poter descrivere l'attività chirurgica dell'epoca, il personale impiegato e la gerarchia delle figure coinvolte. Altre fonti di riferimento sono state ricercate nella storiografia e memorialistica locale inerenti alla storia del Comune di Montemarciano.

Testimonianze e fonti per ricostruire un'identità sanitaria: l'infermiera, il medico, la paziente.

Quali figure scegliere, dunque, al fine di realizzare un ritratto il più possibile nitido della condizione infermieristica e dell'attività svolta all'interno dell'Ospedale Civile "Carradori Trusiani"? Sono state selezionate tre figure "cardine" dell'universo sanitario che hanno avuto modo di trovarsi all'interno del nosocomio in oggetto nella medesima epoca storica, ossia un'infermiera, in quanto direttamente interessata dalle vicende che si vogliono prendere in esame, un medico chirurgo, per dettagliare al meglio i tipi di servizi presenti e le caratteristiche dei pazienti che vi accedevano ed infine una paziente, affinché si potesse confrontare quanto riferito dai professionisti con quanto percepito dall'utenza che si trovò ad usufruire della struttura.

L'infermiera

La prima persona ad essere intervistata è stata dunque Severina Selveti in Pellonara, classe 1931: ella risulta, dalle ricerche effettuate, una delle ultime infermiere ancora in vita ad aver

prestato servizio all'Ospedale Civile di Montemarciano e l'unica ancora in condizione di poter sostenere un'intervista.

Il racconto parte sfatando uno dei miti più durevoli inerenti la professione infermieristica, ovvero che questa poteva e può essere esercitata in maniera appropriata soltanto se si era ed è in qualche modo depositari di una sorta di vocazione: alla domanda specifica inerente la motivazione per cui ella decise di intraprendere il lavoro di infermiera, la sig.ra Selveti risponde semplicemente che il lavoro che svolgeva in precedenza non fosse più di suo gradimento e decise di cambiare, soprattutto al fine di poter garantire un miglior avvenire per sé e la sua famiglia.

Nel corso di tutta l'intervista, l'anziana infermiera descrive alcune attività della quotidianità lavorativa, da quelle prettamente assistenziali al lavoro in sala operatoria, dall'assistenza notturna alle partorienti che si presentavano in accettazione alla preparazione del materiale da sterilizzare, il tutto viene dettagliatamente spiegato come se le immagini scorressero vivide di fronte ai suoi occhi, come se ella fosse ancora in grado, nonostante gli anni trascorsi, di riprendere ad eseguire quelle stesse attività nel corso dell'intervista stessa.

Ella dichiara di aver frequentato un solo anno di corso: alla luce dell'allora vigente normativa, dunque, la sig.ra Selveti non acquisì la qualifica di infermiera professionale, bensì quella di infermiera generica, eppure dal suo racconto non emerge alcuna particolare disparità fra le due figure, anzi, nell'Ospedale Civile di Montemarciano, il personale femminile laico era composto unicamente da infermiere generiche, da ausiliarie ed inservienti, mentre l'unica infermiera professionale presente all'interno della struttura era tale Suor Lidia Stroppa, che rivestiva anche il ruolo di caposala: era quest'ultima infatti, a praticare "le endovenose", unica mansione emersa nel corso del colloquio peculiare e riservata alle infermiere professionali e di conseguenza proibita alle generiche.

Cosa consegue da tutto questo? Dal racconto della sig.ra Severina Selveti, in sostanza, si nota come le infermiere generiche erano appellate semplicemente come infermiere, mentre le suore erano, altrettanto semplicemente, suore che esercitavano anch'esse la professione di infermiera con alcune competenze in più, a queste ultime si doveva naturalmente il rispetto e la reverenza riservata alle figure religiose e ai ministri del culto, ma non vi era una rigida superiorità gerarchico-professionale fra le due figure, almeno nella piccola realtà oggetto dell'indagine.

Da quanto detto è facilmente comprensibile il perché, in una realtà rurale come quella della Regione Marche nell'immediato secondo dopoguerra, la sig.ra Selvetti optò, per il corso per infermiere generiche anziché frequentare la scuola convitto per infermiere professionali: era pressoché impensabile, per un nucleo familiare contadino, vedersi privati di una componente per ben 2 anni affinché questa potesse frequentare le lezioni, il tirocinio ospedaliero ed essere obbligata alla residenzialità all'interno della struttura scolastica, ella scelse il corso per infermiere generiche perché questo consentiva di apprendere una nuova e ricercata professione e al contempo garantire il proprio ruolo all'interno delle dinamiche lavorative e familiari.

Altro aspetto emerso è che quella infermieristica era una professione sanitaria ausiliaria, e quindi dipendente della professione medica, ma in svariati momenti, specie in piccole realtà ospedaliere come quella di Montemarciano, si poteva godere di una propria autonomia, ad esempio per quanto riguarda le cure e le medicazioni a coloro che afferivano al piccolo pronto soccorso di paese, accenni *ante-litteram* di ciò che oggi sono i protocolli infermieristici e l'autonomia professionale. Questo fenomeno può essere messo in correlazione, quantomeno da un punto di vista meramente cronologico, con quanto descritto dai numerosi autori citati, una su tutti Cantarelli, ossia la repentina evoluzione delle scienze infermieristiche intercorsa negli ultimi 50 anni grazie al sentimento avvertito da numerosi infermieri ed infermiere di evolversi, di migliorarsi, di aver una maggiore responsabilità nell'esercizio della sua professione tramite una più ampia formazione, evoluzione concretizzatasi in primis con le lotte per l'abolizione del mansionario ed in secondo luogo con le battaglie che posero le basi alle più moderne esigenze formative a cui fece seguito la comparsa dei corsi di laurea in infermieristica nelle facoltà di medicina e chirurgia.

Altro particolare emerso nel corso dell'intervista è che l'anziana infermiera ha adoperato un registro linguistico spiccatamente dialettale e tipico di una persona nata, cresciuta e vissuta per oltre 90 anni nello stesso territorio; a questo, però, andava sommandosi una ricca terminologia tipica della professioni sanitarie in generale e di quella infermieristica in particolare: "autoclave", "telini", "usa e getta", "smonto notte", "endovenosa", "medicazione", "terapia", "vitto"... sono parole estranee al parlare quotidiano comune di un individuo non appartenente all'ambito sanitario, parole che sono comunque rimaste scolpite, indelebili nella memoria, di Severina Selvetti.

Da ciò deriva l'intuizione logica che l'uso di una terminologia specifica ci mostra quanto la professione infermieristica sia depositaria di una propria cultura che si consolida in ciascun professionista nel corso dell'intera carriera lavorativa.

Interessante elemento da prendere in analisi è la percezione, da parte dell'infermiera intervistata, della professione infermieristica come “ascensore sociale”: il concetto di mobilità sociale fa la sua comparsa in Filosofia agli albori della rivoluzione industriale, quando si iniziò a studiare e commentare la tendenza di grandi masse di popolazione ad abbandonare le campagne per dedicarsi al lavoro in fabbrica.

Discorso analogo a quanto accaduto nei grandi paesi industriali del Settecento e dell'Ottocento si ebbe con il cosiddetto “Miracolo Economico Italiano” degli anni '50 del secolo scorso, quando progressivamente, complice la meccanizzazione dell'agricoltura e la comparsa di nuove prospettive professionali in ambito industriale, si assistette ad un'importante mobilità sociale: da quanto emerge dall'intervista, infatti, il motivo per cui Severina Selvetti decise nel 1957-58 di effettuare un anno di corso per diventare infermiera generica è stata la concretizzazione del desiderio di ascendere ad una posizione sociale migliore: ella desiderava un lavoro che fosse più proficuo sul piano retributivo, che garantisse una maggiore stabilità economica e la possibilità di crescere serenamente i figli a cui assicurare a loro volta una posizione sociale superiore. Tousijn, già a partire dal 1979, sottolineava il percorso evolutivo della professione infermieristica richiamandolo successivamente (2000) come un punto di forza del sistema.

Ad oggi, quello dell'ascensore sociale rimane un miraggio degli anni passati, gli analisti sostengono che il “meccanismo” dell'ascensore sociale sia in panne da almeno 30 anni e, di conseguenza, le professioni inerenti all'ambito dell'assistenza infermieristica non rappresentano più una garanzia di mobilità sociale bensì la possibilità di mantenere stabile la propria posizione, l'unico caso inerente l'ambito infermieristico in cui sembra si possa intravedere una certa mobilità sociale in termini di ascesa viene osservato nella professione dell'Operatore Socio Sanitario, dove negli anni si è sempre osservata un'importante percentuale di iscritte di sesso femminile, straniere, desiderose di elevare la propria posizione sociale, pur essendo le categorie delle donne, degli immigrati, delle persone con bassa scolarizzazione, componenti un nucleo familiare ascrivibile alla categoria dei cosiddetti

«Working Pools», i gruppi sociali maggiormente esposti alle barriere teorizzate da Merton⁴ che ostacolano la mobilità sociale.

Il Medico

L'intervista al dott. Ubaldo Gentilotti, classe 1952, all'epoca dei fatti descritti giovane medico chirurgo neolaureato e che prestò servizio presso l'Ospedale Civile di Montemarciano dal 1980 al 1982, è stata utile sia per avere un quadro più dettagliato dei servizi offerti dal piccolo nosocomio di paese, sugli interventi chirurgici, sulle patologie che maggiormente venivano trattate in loco e quali invece venivano destinate direttamente agli ospedali più specializzati: il piccolo nosocomio poteva fare affidamento, infatti, da un lato dell'opera del Direttore Sanitario dott. Socrate De Angelis, eccellente professionista anconetano dalle numerose specializzazioni sia chirurgiche che diniche, ma anche sulla collaborazione di due celebri e stimati medici dell'Ospedale Regionale Umberto I di Ancona, il dott. Sandro Totti ed il Professor Edoardo Landi, primari rispettivamente dell'Unità Operativa di Medicina Generale e della Clinica Chirurgica e che settimanalmente prestavano le loro professionalità all'interno del piccolo ospedale di Montemarciano.

Fatto interessante che emerge da ambedue le interviste, ma maggiormente da quella effettuata al dott. Gentilotti, è l'arrivo a Montemarciano, in concomitanza alla promulgazione della Legge 13 maggio 1978, n° 180, dei pazienti affetti da disturbi di salute mentale: la cosiddetta “Legge Basaglia”, infatti, sancì una progressiva cessazione dell'attività di tutti gli ospedali psichiatrici, e molti dei pazienti in essi ricoverati, a causa dell'età avanzata o della complessità clinico-assistenziale, fortunatamente non vennero abbandonati al proprio destino, non vennero “riconsegnati” ai nuclei familiari d'origine ma vennero accolti strutture territoriali preesistenti.

A Montemarciano, quindi, si trovavano a condividere la medesima struttura pazienti affetti da condizioni cliniche, chirurgiche e psichiatriche: questi ultimi, ricorda il dott. Gentilotti, non erano violenti o pericolosi, erano perlopiù persone affette da disagio sociale o gravemente

⁴ R.K. MERTON - *Teoria e Struttura Sociale*, Edizioni Il Mulino, Bologna (2000)

cronicizzati dalla permanenza all'interno delle mura dell'ospedale psichiatrico, che avevano semplicemente bisogno di un luogo in cui vivere e di persone che potessero aver cura di loro; si ebbe di fatto uno straordinario esperimento sociale di integrazione del paziente psichiatrico con tutti gli altri pazienti all'interno dello stesso piano della medesima struttura. Come già accennato all'inizio dell'articolo, l'edificio mantiene tutt'oggi questa "vocazione" ambivalente, ospitando ancora oggi sia una Comunità Protetta per pazienti psichiatrici, sia una Residenza Sanitaria Assistenziale.

Assieme ai pazienti affetti da disturbi mentali, fecero la loro comparsa a Montemarciano anche gli infermieri psichiatrici già impiegati presso l'Ospedale Psichiatrico di Ancona: figura storicamente più dedita ad attività di sorveglianza, di custodia e di repressione piuttosto che ad attività di natura più propriamente infermieristica, per alcuni di essi fu difficile adeguarsi e riconvertire le proprie competenze in un'ottica non più custodialistica ma assistenziale sebbene fra questi vi fu chi riuscì a realizzare un'evoluzione lavorativa grazie alle riforme riguardanti la professione infermieristica emanate nei primi anni '80 e ad ottenere la qualifica di infermiere professionale.

Sempre il dott. Gentilotti ricorda che l'accettazione di questi pazienti fu principalmente concepita come un tentativo in extremis del già citato Direttore Sanitario, dott. Socrate De Angelis, per poter continuare a garantire l'attività dell'Ospedale in quanto la presenza costante di pazienti affetti da disturbi di salute mentale garantiva l'occupazione di un determinato numero di posti letto tale da impedire la soppressione del nosocomio, fatto che sarebbe comunque avvenuto soltanto quattro anni più tardi.

La paziente

L'ultima intervista realizzata è stata possibile grazie alla collaborazione di Maria Novella Bucari in Barchiesi, che nel 1972 è stata ricoverata nel nosocomio oggetto di questo elaborato in quanto partoriente. Come già detto, dopo un medico ed un'infermiera era necessario avere un parere, sia sulla struttura sia sul personale che vi trovava impiego, da parte di un paziente, in modo da poter avere un anello finale di un'ipotetica catena assistenziale.

Il ricordo della sig.ra Bucari dei giorni antecedenti e successivi al parto sono tutto sommato piacevoli, in quanto sia i degenti che il personale erano prevalentemente di Montemarciano: nella camera vicina, nel letto accanto si poteva trovare un'altra gestante con cui si era cresciuti, un'anziana che si conosceva sin dall'infanzia, le infermiere erano pressoché coetanee dei propri genitori, in sostanza, essere ricoverati in un Ospedale Civile di un paese che all'epoca dei fatti non contava neppure 6000 abitanti voleva dire trovarsi circondati da persone che si conoscevano da tutta una vita; nel descrivere il clima all'interno della struttura, curiosamente la sig.ra Bucari usa la stessa espressione utilizzata dall'infermiera Severina Selvetti e cioè "sembrava di stare in famiglia".

Altri ricordi sono utili a rendere più vivida la quotidianità delle strutture sanitarie dell'epoca, l'ordine e la pulizia delle unità di degenza e degli ambienti erano maniacali, il Direttore in persona ne era un fervido sostenitore tanto da controllare egli stesso nel corso dei giri visita, d'altro canto invece ella racconta ad esempio fatti ad oggi del tutto impensabili, come la totale noncuranza dei rischi connessi al fumo di sigaretta da parte del personale, tanto dai medici chirurghi, quanto dall'ostetrica che era solita fumare in prossimità del letto della gestante fino a pochi istanti prima del parto.

Più di una volta viene ripetuto quanto, nella sua semplicità di piccola realtà locale, l'Ospedale Civile fosse un vero e proprio presidio di sanità pubblica al servizio della cittadinanza in grado di venire incontro a molti dei bisogni di salute della comunità: la L.132/1968 infatti stabiliva che ogni ospedale di zona, perfino il più piccolo, dovesse essere dotato di un servizio di Radiologia, di Laboratorio Analisi e di Pronto Soccorso, oltre che un reparto di Medicina, di Chirurgia e la Sala Operatoria, pertanto la struttura ed il suo personale consentivano di far fronte ad una vasta gamma di necessità quotidiane in un breve lasso di tempo e con sicura garanzia di soddisfazione da parte dell'utenza.

La fotografia

L'ultima fonte primaria presa in esame, scovata fra le numerose fotografie ritraenti la vita di paese in un pregevole libro fotografico realizzato col contributo dell'Amministrazione Comunale di Montemarciano nel 2010, è forse uno dei migliori strumenti che possa

descrivere la quotidianità della realtà ospedaliera. Partendo dalla didascalia nella pubblicazione, questa riporta le seguenti parole: “1971. Nella sala operatoria dell'ospedale civile di Montemarciano, sono impegnati in un intervento chirurgico, da sinistra: l'assistente Alberto Cionna, il dott. Socrate De Angelis, il dott. Michele Daconto, l'anestesista dott. Raffaele Cimarelli, l'infermiera Evelina Giallonardo in Manocchi e Suor Lidia Stroppa”. Pur ricca di particolari, la dicitura riporta alcune inesattezze e nel corso delle ricerche effettuate per questo articolo, è stato possibile risalire all'esatto inquadramento professionale di tutte le figure presenti: abbiamo, nell'ordine: un meccanico ortopedico ed ernista, tre medici, di cui due chirurghi, rispettivamente il Primario e Direttore Sanitario, il suo Assistente Chirurgo ed un Anestesista, un'infermiera generica ed infine l'unica infermiera professionale con mansioni di caposala.

Di dettagli che risaltano all'occhio ne abbiamo sicuramente numerosi: in primis, sicuramente, il più macroscopico è la presenza di ben 3 figure all'interno della sala operatoria del tutto prive di dispositivi di protezione individuale ed un altro operatore che non indossa la mascherina chirurgica in stoffa nella maniera adeguata, situazioni queste ad oggi del tutto impensabili dato l'elevato e scrupolosissimo rispetto della sterilità in ambito intraoperatorio.

Altro fatto che per l'epoca risultava ovvio ed ordinario mentre oggi risulterebbe una totale ed incomprensibile anomalia è la presenza di una suora in tunica e soggolo all'interno di una sala operatoria.

Circa la presenza del meccanico ortopedico ed ernista, risulta quantomai curioso vedere nelle vesti di “ferrista”, come si usava dire all'epoca, questo operatore sanitario, figura ad oggi denominata “tecnico ortopedico”: la curiosità a riguardo sorge in quanto mai nei profili definenti le mansioni e le responsabilità di questa professione era prevista la sua presenza in sala operatoria, neppure per gli interventi di natura di natura ortopedica. E' dunque un errore di didascalia? O era piuttosto una “piccola libertà” professionale concessa ad una persona di comprovata fiducia, libertà che ci si assumeva all'interno delle mura di un piccolo e remoto ospedale di zona? Difficile dirsi, in quanto tutte le persone presenti nella fotografia sono decedute da tempo.

Ciò che risulta evidente infine è che l'esercizio della professione medica in generale e della disciplina chirurgica in particolare fossero prevalentemente appannaggio del sesso maschile: è solo a partire dall'inizio degli anni '70 che le facoltà di medicina e chirurgia videro

un progressivo ed importante aumento delle iscrizioni da parte di donne, passando da un 18% dell'Anno Accademico 1970/71 al 35% dell'Anno Accademico 1980/81, sebbene, per i primi anni, le specializzazioni preferite fossero pediatria, anestesia, psichiatria, igiene ed odontostomatologia, in tendenza con gli anni precedenti⁵. E' altrettanto degno di nota che, invece, la professione infermieristica fu riservata alle sole donne fino al 1971, quando la Legge 25 febbraio 1971 n°124 sancì la chiusura della Scuole Convitto e quindi la fine dell'obbligo di residenza all'interno delle scuole per le studentesse, fondò la Scuole Professionali per Infermieri e ne consentì l'iscrizione anche agli individui di sesso maschile; è dunque facilmente comprensibile il motivo per cui le uniche due donne presenti in questa fotografia scattata nel 1971 fossero 2 infermiere.

Prospettive future, historia magistra sanitatis?

Soprattutto negli ultimi 40 anni della nostra storia professionale, si è posta una particolare attenzione alla declinazione della professione infermieristica in differenti scenari lavorativi, sia ospedalieri che territoriali, ognuno di essi con appositi itinerari formativi e specifici modelli concettuali e teorici per orientare il lavoro degli infermieri al fine di poter assicurare ai pazienti il miglior stato di salute raggiungibile, a prescindere dal luogo in cui vengono offerte le cure.⁶

L'ISTAT stima che, entro il 2032, saranno oltre 17 milioni gli italiani over 65 e cioè il 27,6% del totale della popolazione; di questi, l'80% è colpito da pluripatologie e dalla cronicità, ovvero dalla coesistenza di più patologie che affliggono, più o meno intensamente, il paziente dal momento della diagnosi per tutto il resto della vita. In un quadro di progressivo invecchiamento della popolazione, è quindi evidente come l'attuale erogazione di servizi sanitari pubblici sia inadeguata, incapace di fare fronte al crescente aumento del numero di utenti che si vedranno costretti a ricorrere alle cure nei prossimi anni, sarà necessario dunque ripensare completamente l'impostazione dei servizi sanitari pubblici in un'ottica meno

⁵ G. VICARELLI – *Donne nel SSN: da intruse a protagoniste - Le trasformazioni dei rapporti di cura in Italia in un'ottica di lungo periodo. Il ruolo delle donne medico*, DONNE ANA OO ASSOMED (2022) p.7-8

⁶ C. CALAMANDREI - *L'assistenza infermieristica: storia, teorie, metodi*. La Nuova Italia Scientifica, Roma (1985)

centralistica e sempre più territoriale; è illogico concentrare le spese in grandi ospedali per pazienti acuti trascurando quella che sarà la vera e propria emergenza del futuro: le pluripatologie croniche.

Guardare al passato può essere utile per ripensare il futuro?

L'Enciclopedia Treccani definisce il termine “Presidio” in senso figurato come sinonimo di “protezione, aiuto, tutela” ma a questo possiamo unire il significato primario del termine, quello cioè afferente al linguaggio militare, di luogo da cui si possa effettuare “un’azione di controllo, di vigilanza, di difesa”.

Senza dubbio la maggior radicazione sul territorio di un tempo è da prendere come modello, ma, tenendo conto che l'aspettativa di vita dei cittadini italiani è passata da 71,56 anni del 1970 a 82,80 anni del 2021, alla luce di quanto già dichiarato, l'attività del nosocomio non andrebbe declinata in chiave di lungodegenza o di piccola/piccolo-media chirurgia come nel 1970 ma come presidio in grado di effettuare una costante operazione di controllo, di indagine epidemiologica, di vigilanza e di difesa della salute e di educazione dei cittadini al fine di ridurre, di limitare quei comportamenti, quelle scelte, che compromettono la salute stessa e di lavorare in concerto con le pubbliche amministrazioni per garantire un ambiente salubre, politiche che abbattano le barriere sociali, che incentivino la socialità sana fra i cittadini, l'attività fisica e quanto di meglio possa influire sullo stato di salute dell'intera comunità; in definitiva, l'ospedale di zona inteso come presidio territoriale di sanità pubblica dovrebbe divenire un nodo nella rete integrata dei servizi socio-sanitari.

Che risolto può avere questa concezione più moderna di presidio territoriale con la professione infermieristica? Una tematica analoga è stata affrontata dalla Canadian Health Services Research Foundation nel 2010 e riportato nel Rapporto 2011 dell'International Council of Nurses dal titolo “Colmare il divario: aumentare l'accesso e l'uguaglianza”⁷: in Ontario, in una situazione in cui, specie nelle zone rurali, centinaia di migliaia di cittadini avevano difficoltà ad accedere ai servizi sanitari, gli infermieri hanno avuto il ruolo di “Care Connectors”, ovvero di “Mediatori alle Cure”, in grado quindi identificare i pazienti bisognosi di cure, individuare il servizio socio-assistenziale o sanitario più adeguato per i loro bisogni di salute ed infine mettere in contatto i pazienti stessi con quei servizi.

⁷ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Closing the gap: increasing access and equity* : *International Nurses Day* (2011), p.42

Nell'ambito della sanità territoriale, dunque, la nostra professione può giocare un ruolo fondamentale se declinata in chiave comunitaria e di famiglia, divenendo di fatto un ulteriore nodo nella rete integrata dei servizi socio-sanitari.

Quanto finora accennato ha visto una iniziale impronta normativa con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n°77 dal titolo “Modelli e Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”, sebbene attualmente la sua piena applicazione appaia più come un miraggio, una speranza, piuttosto che una realtà in divenire, a causa di una crisi strutturale del welfare sanitario italiano in atto da oltre un trentennio, cioè a partire almeno dagli anni '90.⁸

Si vince quindi un necessario ritorno ad una impostazione del sistema sanitario in termini di prossimità ai bisogni di salute della popolazione letta sia come singolo che come comunità.⁹

⁸ G. GIARELLI, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, FrancoAngeli, Milano (2003).

⁹ M. TOGNETTI BORDOGNA, *L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento*, in *FNOMCeO, Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici*, Health Communication, Roma (2010) pp. 151 – 174



Fig. 1 - 1971, fotografia scattata presso la sala operatoria dell'Ospedale Civile di Montemarciano (Archivio Fotografico Battisti)

Aldo Castellani (1874-1971), il medico fascista che lavorò per la resistenza

Luca Borghi

Università Campus Bio-Medico di Roma
(l.borghi@unicampus.it)

Riassunto

Aldo Castellani è sicuramente una delle figure più rilevanti della medicina mondiale del Ventesimo secolo. Il suo internazionalismo esistenziale e il suo fecondo attivismo nella ricerca biomedica non possono però far dimenticare la pagina complicata e controversa dei suoi rapporti con il regime fascista. Castellani fu a lungo medico ascoltato e apprezzato da Mussolini e da molti alti gerarchi del regime che ne utilizzarono spesso il prestigio scientifico a fini propagandistici. Gli straordinari risultati da lui ottenuti nella tutela sanitaria delle truppe italiane durante la guerra di Etiopia (1935-36) ne fecero quasi una figura leggendaria. Sposato con una inglese e suocero di una delle figure più influenti della diplomazia britannica, Sir Miles Lampson, nei mesi precedenti lo scoppio della Seconda guerra mondiale, Castellani divenne un canale informale di comunicazione tra Italia e Regno Unito. Durante la guerra divenne sempre più evidente che la sua fedeltà era più per la monarchia che per il fascismo. Durante i terribili mesi dell'occupazione nazista di Roma, Castellani entrò a far parte formalmente della resistenza e, con la copertura della sua Clinica delle Malattie Tropicali presso il Policlinico Umberto I e a prezzo di notevoli rischi personali, protesse e diede aiuto a numerosi esponenti del movimento clandestino di resistenza.

Summary

Aldo Castellani is certainly one of the most relevant figures in world medicine of the 20th century. His existential internationalism and his fruitful activity in biomedical research cannot make us forget the complicated and controversial page of his relations with the Fascist regime. Castellani was, for a long time, a doctor trusted and appreciated by Mussolini and many senior officials of a regime that often used his scientific prestige for propaganda purposes. The extraordinary results he obtained in the health protection of the Italian troops during the Ethiopian war (1935-36) made him almost a legendary figure. Married to an Englishwoman and father-in-law of one of the most influential figures in British diplomacy, Sir Miles Lampson, in the months before the outbreak of the Second World War, Castellani became an informal channel of communication between Italy and the United Kingdom. During the war, it became increasingly clear that his allegiance was more to the monarchy than to fascism. During the terrible months of the Nazi occupation of Rome, Castellani formally became part of the Italian resistance movement and, with the cover of his Clinic for Tropical Diseases at the *Policlinico Umberto I* and at the cost of considerable personal risks, he protected and gave help to numerous exponents of the clandestine resistance movement.

Parole chiave

Parole Chiave: medicina tropicale, vaccinologia, dermatologia, fascismo, occupazione tedesca di Roma, resistenza italiana.

Keywords

tropical medicine, vaccinology, dermatology, fascism, German occupation of Rome, Italian resistance movement.

Quest'anno ricorrono i centocinquant'anni dalla nascita di Aldo Castellani (1874-1971), un medico il cui nome ritorna ancora oggi, e con una frequenza sorprendente, nella letteratura scientifica e medica. Di recente, egli è stato perfino

oggetto di una domanda in uno dei quiz a premi più seguiti della nostra televisione pubblica: si chiedeva di un particolare primato di Castellani il quale, in effetti, è a tutt'oggi lo scienziato che è stato candidato più spesso al Premio Nobel per la medicina (sessantuno volte, per la precisione) senza vincerlo mai¹!

È ben noto a molti il ruolo da lui svolto, ancora giovanissimo, nell'elucidazione dell'eziologia della malattia del sonno (Uganda, 1902), o nella analoga scoperta relativa a quel vicino parente della sifilide che è la framboesia o yaws (Ceylon, 1905). Castellani è stato, senza dubbio, uno dei giganti della medicina tropicale del Novecento².

Anche se voglio subito precisare che, a mio parere, dopo aver dedicato vari anni di lavoro a una ricerca biografica su di lui³, il suo contributo più importante alla medicina e alla sanità contemporanee è stata l'invenzione, alla vigilia della Prima guerra mondiale, delle vaccinazioni multiple o polivalenti (fig. 1)⁴.

Inoltre, Castellani è stato un grande scopritore e classificatore di malattie e di agenti patogeni (qualcuno ha contato oltre settanta patologie e quasi trenta patogeni descritti da lui per la prima volta)⁵, un grande innovatore nelle tecniche di laboratorio microbiologico e un grande promotore della collaborazione scientifica a livello mondiale, per esempio come fondatore di quella che oggi è la Società Internazionale di Dermatologia⁶.

¹ G. PADRINI, L. BORGHI, N. HANSSON, *Italian nominees for the Nobel Prize in physiology or medicine 1901-1950: Scholars, Research trends, Hotspots*, "Medicina Historica", vol. V, fasc. III, 2021, pp. 1-7.

² G.C. COOK, *Tropical Medicine: An Illustrated History of the Pioneers*, Academic Press, London 2007, pp. 197-209.

³ L. BORGHI, *The Globetrotter of Medicine. The life and times of Aldo Castellani (1874-1971)*, Amazon KDP 2024 (in press).

⁴ L. BORGHI, E. RIVA, *Was Aldo Castellani the inventor of combined and polyvalent vaccines?*, "Vaccine", vol. XXXIX, 2021, pp. 5442-5446.

⁵ M. GIROLAMI, *Incontro con Aldo Castellani. Riassunto dell'attività scientifica*, "Estratto dalla Rassegna Italiana di Gastro-Enterologia", vol. VI, giugno 1961, pp. 15.

⁶ V.A. CIPOLLARO, *The history of the International Society of Dermatology, 2010?*, pp. 48. Disponibile sul sito ufficiale della Società: https://www.intsocderm.org/files/ISD%20Golden%20Jubilee_WEB.pdf (visitato l'11 giugno 2024).

Molti farmacisti ricordano ancora un preparato galenico detto tintura rubra di Castellani, un antisettico topico molto efficace e che peraltro negli Stati Uniti è ancora in commercio proprio con il suo nome.

Eppure, il suo internazionalismo esistenziale e il suo fecondo attivismo nella ricerca biomedica non possono far dimenticare la pagina complicata e controversa dei suoi rapporti con il regime fascista e con la monarchia sabauda.

Castellani viveva stabilmente in Inghilterra dall'inizio degli anni Venti e nel 1928 ricevette perfino il titolo di *Sir*. Eppure, non provava alcun imbarazzo, nel 1934, a scrivere al Rettore della Sapienza, Alfredo Rocco, di essere stato un fascista quasi della prima ora, vantandosi di avendo aderito al Fascio di Londra fin dal lontano 1923⁷! (Non dimentichiamoci però la popolarità di cui godevano Mussolini e il Fascismo in quegli anni Venti e primi anni Trenta nel mondo anglosassone...)⁸.

Castellani non fu soltanto un medico ricercato e apprezzato da Mussolini e da molti alti gerarchi di un regime che ne utilizzò spesso il prestigio a fini propagandistici. Gli straordinari risultati da lui ottenuti nella tutela sanitaria dell'enorme corpo di spedizione italiano durante la guerra di Etiopia (1935-36) ne fecero quasi una figura leggendaria. E non solo in Italia. La rivista americana *Time*, subito dopo la fine delle ostilità nel giugno 1936, lo definì "l'uomo che ha vinto la guerra" (*Man Who Won the War*)⁹.

E quando l'Italia alla fine entrò in guerra proprio con l'Inghilterra, nel giugno 1940, qualche commentatore tuonò sulla stampa britannica contro l'ingenuità di chi aveva permesso al medico italiano di ritornarsene in patria indisturbato: *Who let Castellani go?*¹⁰

Aldo Castellani, pur essendo sposato con una donna inglese ed essendo divenuto suocero di una delle figure più influenti della diplomazia britannica, Sir Miles Lampson, non aveva mai rinunciato alla cittadinanza italiana. Quindi, scriveva: "10 giugno 1940... la data più tragica della mia vita. L'Inghilterra e l'Italia sono in guerra.

⁷ L. BORGHI, *The Globetrotter of Medicine* cit., cap. 8, par. "Castellani, the Fascist".

⁸ R. LAMB, *Mussolini e gli inglesi*, Corbaccio, Milano 1998, pp. 523.

⁹ L. BORGHI, 'Man Who Won the War': Myth and Reality of Aldo Castellani's Role in Preserving the Health of Troops During the Italo-Ethiopian War 1935-1936, "Adv Exp Med Biol", vol. MCCCCLXX, 2023, pp. 29-53.

¹⁰ LORD DONEGALL, *Who Let Castellani Go?* "Sunday Dispatch", 16 June 1940, p. 6.

Amo l'Inghilterra ma sono figlio d'Italia e non ho mai cambiato la mia nazionalità: non si può rinnegare la propria madre. Obbedisco al mio Re e al mio paese. Sono con il mio paese, nella giustizia e nell'errore..."¹¹

Eppure, proprio il suo prestigio scientifico e i suoi rapporti familiari avevano fatto di lui, nei mesi precedenti lo scoppio del secondo conflitto mondiale, un canale informale di comunicazione tra Italia e Regno Unito. Fece persino da tramite di un tentativo per far incontrare Mussolini e Roosevelt. Nel 1939, l'Ambasciatore americano a Roma, William Phillips, che sapeva dei frequenti incontri di Castellani con il Duce per ragioni di salute di quest'ultimo, gli chiese di caldeggiare un incontro a tu per tu tra Mussolini e il presidente americano, che si sarebbe potuto svolgere in mezzo all'Atlantico. Ma Mussolini, secondo i ricordi di Castellani, non ne volle sapere¹².

Tra l'agosto del 1940 e il gennaio 1943 Castellani, che ormai aveva quasi settant'anni, operò in Nord Africa come Alto consulente sanitario, dapprima con "funzioni di coordinamento e organizzazione dei servizi sanitari delle Forze Armate in Libia", poi, dal marzo del 1942, anche come "Alto Consulente sanitario per le Forze Armate della Grecia, dell'Albania e dell'Egeo" (fig. 2)¹³.

La cosa paradossale era che, mentre lui era in Libia – avanzando e retrocedendo in quel deserto infinito al seguito delle truppe italo-tedesche - la sua unica figlia, Jacqueline, si trovava proprio dall'altra parte del fronte, avendo voluto restare al Cairo al fianco del marito, il già citato Miles Lampson, che in pratica allora governava l'Egitto per conto di Churchill¹⁴.

In quegli anni Castellani fu spesso coinvolto nelle complicate vicende di salute del Duce - ameba, ulcera, sifilide¹⁵ - e lo si trova spesso citato nei diari dei protagonisti del tempo, come Giuseppe Bottai o Galeazzo Ciano. Molti dei partecipanti all'ultima, drammatica seduta del Gran Consiglio del Fascismo erano suoi pazienti,

¹¹ A. CASTELLANI, *Tra microbi e Re*, Rusconi e Paolazzi Editori, Milano 1961, p. 79.

¹² CASTELLANI, *Tra microbi* cit., p. 41.

¹³ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine* cit., cap. 12, par. "About ulcers and dictators".

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ P. CACACE, *Quando Mussolini rischiò di morire. La malattia del Duce fra biografia e politica (1924-1926)*, Fazi, Roma 2007, pp. 273.

a cominciare da Dino Grandi che Castellani conosceva da quando questi era stato Ambasciatore italiano a Londra¹⁶.

Eppure, oltre a tutto questo, c'è un aspetto ancora quasi sconosciuto e di cui stranamente Castellani accenna solo di sfuggita nella sua compiaciuta autobiografia¹⁷, pubblicata all'inizio degli anni Sessanta, che qui voglio presentare brevemente e che costituisce una sorta di redenzione politica del nostro medico nella fase drammatica e conclusiva della guerra (conclusiva almeno per la città di Roma).

Durante i nove terribili mesi dell'occupazione nazista di Roma (settembre 1943-giugno 1944), Castellani entrò a far parte formalmente della resistenza e, con la copertura della sua Clinica delle Malattie Tropicali presso il Policlinico Umberto I, protesse e diede aiuto a numerosi esponenti del movimento clandestino di resistenza. Lo dimostrano la tessera di appartenenza alla famosa Banda Bertone, uno dei gruppi più importanti del Fronte Clandestino Militare¹⁸, e tante lettere di ringraziamento da parte dei molti che Castellani nascose e protesse, a prezzo di notevoli rischi personali.

Si legge, ad esempio, nella testimonianza del 1° Aviatore Franco Paoelli del quarto stormo dell'Aeronautica Militare Italiana di stanza a Gorizia:

Debbo a Lei, Eccellenza, la mia somma gratitudine se ho ancora salva la vita. Quando arrestato dalla Polizia Tedesca e sfuggito alla stessa venivo dichiarato disertore e pertanto punibile di fucilazione sul posto, Lei, conscio delle responsabilità cui nell'eventualità sarebbe andato incontro, mi accoglieva nella Sua Clinica sottraendomi così ai germanici, intanto, che non fossero arrivati gli Alleati¹⁹.

Ci sono persino le testimonianze dei diplomatici inglesi e americani del tempo che, come noto, trascorsero gli anni della guerra chiusi nei palazzi della Santa Sede. Castellani era uno dei pochi che potevano entrare e uscire abbastanza facilmente dal

¹⁶ CASTELLANI, *Tra microbi* cit., pp. 43-44.

¹⁷ *Ivi*, pp. 129-130.

¹⁸ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine...* cit., cap. 13, par. "Castellani goes underground".

¹⁹ *Ibidem*.

Vaticano e così egli divenne abituale tramite di comunicazioni e aiuti per le reti clandestine create dalle diplomazie anglo-americane. Scriveva, per esempio, Harold H. Tittmann, il rappresentante di Roosevelt presso la Santa Sede, nel settembre 1944:

Ho avuto le maggiori possibilità, fin dal mese di dicembre 1943, di conoscere l'attività spiegata dal Dr. Castellani e sono perciò in grado di conoscere quali siano stati invariabilmente i suoi sentimenti in favore degli Alleati. Durante il periodo dell'occupazione tedesca di Roma, Egli venne diverse volte alla mia residenza nella Città del Vaticano, con grave suo rischio personale, per curare uno dei miei figli ammalato per lungo tempo. Era a tutti noto che durante l'occupazione tedesca di Roma ogni suddito italiano che avesse avuto contatti con Diplomatici esteri in Vaticano, andava incontro, se scoperto, alle più severe condanne penali. Il prof. Castellani prese anche in cura, nello stesso periodo di tempo, parecchi prigionieri di guerra Alleati, anche essi rifugiati in Vaticano²⁰.

Quando Roma venne liberata, all'inizio di giugno del 1944, il primo governatore militare fu Edgar Herskine Hume, medico, storico e vecchio amico di Castellani che lo volle subito vicino a sé come "*Senior Consultant in Medicine and Public Health*"²¹.

Le cose per il nostro iniziarono a complicarsi poche settimane dopo, quando Hume fu sostituito dal molto meno amichevole Charles Poletti²². Castellani fu immediatamente sospeso dai suoi ruoli universitari e iniziarono per lui una serie di penosi processi in qualità di senatore, di docente universitario, di alto ufficiale della Marina, di accademico dei Lincei²³.

Ci vollero quasi due anni, ma alla fine Aldo Castellani venne prosciolto da tutte le accuse di compromissione con il regime fascista. Anche grazie alle testimonianze a cui ho accennato, fu riconosciuto da tutti, compreso Benedetto Croce, che Aldo Castellani, nonostante qualche scelta opportunistica, si era sempre occupato ben poco di politica, che i suoi meriti scientifici avevano sempre trascorso qualsiasi

²⁰ *Ibidem*.

²¹ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine...* cit., cap. 13, par. "Under scrutiny".

²² F. FIORENTINO, *La Roma di Charles Poletti (giugno 1944-aprile 1945)*, Bonacci, Roma 1986, pp. 187.

²³ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine* cit., cap. 13, par. "Under scrutiny".

confine nazionale, e che la sua lealtà era stata più per la monarchia che non per il regime mussoliniano²⁴.

I Savoia ne erano ben consapevoli, tanto che gli chiesero di diventare il loro medico personale e di accompagnarli nell'esilio portoghese²⁵. Castellani accettò e, così, la bellissima costa tra Cascais e Lisbona divenne la sua dimora negli ultimi venticinque anni della sua lunghissima esistenza.

Ma quello portoghese non fu solo l'epilogo malinconico della vita di un nonnino illustre (fig. 3). Castellani riuscì ancora a lungo a essere protagonista di numerose battaglie mediche e scientifiche, come quella di dare vita, come ho già accennato, a quella che oggi è la più importante organizzazione internazionale di dermatologia.

Ma questa, come si suole dire, è un'altra storia.

²⁴ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine* cit., cap. 13, par. "Not over, yet".

²⁵ BORGHI, *The Globetrotter of Medicine* cit., cap. 14.



Fig. 1 - Campagna di vaccinazione polivalente, secondo il metodo di Castellani, dell'esercito serbo durante la Prima guerra mondiale (Internet Archive).



Fig. 1 - Campagna di vaccinazione polivalente, secondo il metodo di Castellani, dell'esercito serbo durante la Prima guerra mondiale (Internet Archive).



Fig. 3 - Castellani con la principessa Maria Beatrice di Savoia a Cascais, in Portogallo, negli anni Cinquanta (collezione dell'autore).

Le Politiche di sviluppo dell'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro nella seconda metà dell'Ottocento

Federica E. Borromeo¹, P. Rossi, D.R. Vantaggiato

¹ Inail (borromeofederica@gmail.com)

Riassunto

Nel corso della seconda Rivoluzione Industriale, il tessuto sociale italiano subì una significativa variazione in ambito occupazionale: la progressiva sostituzione dell'agricoltura come principale risorsa economica in favore dell'industria con conseguente abbandono delle campagne, vide l'impegno della popolazione in nuove differenti lavorazioni, in particolare nel settore metalmeccanico, chimico, tessile, estrattivo (specie nelle cave e nelle miniere) e in quello edilizio.

La nascente classe operaia si trovò così a svolgere le proprie mansioni in un contesto inedito, in ambienti di lavoro sovente connotati da condizioni critiche in capo all'igiene e alla sicurezza, associato a turni di lavoro logoranti, in assenza di reali modalità di regolarizzazione e regolamentazione. Si assistette pertanto a un significativo incremento di infortuni occorsi in occasione di lavoro e di patologie etiologicamente correlabili alle lavorazioni, ragion per cui iniziarono a formarsi le prime organizzazioni sindacali.

L'intento del presente contributo è quello di descrivere l'intenso dibattito politico che ne conseguì, soffermandosi in particolare sui dettati normativi promulgati dalla seconda metà del XIX secolo, a partire al fine di tracciare il percorso che ha condotto all'attuale tutela assicurativa previdenziale in favore dei lavoratori.

Summary

During the Second Industrial Revolution, the Italian social fabric underwent a significant change in employment: the progressive replacement of agriculture as the main economic resource in favor of industry with the consequent abandonment of the countryside, saw the commitment of the population in new different processes, in particular in the metalworking, chemical, textile, mining (especially in quarries and mines) and construction sectors.

The nascent working class thus found itself carrying out its tasks in an unprecedented context, in work environments often characterized by critical conditions in terms of hygiene and safety, associated with exhausting work shifts, in the absence of real methods of regularization and regulation. There was therefore a significant increase in accidents occurring at work and pathologies etiologically related to work, which is why the first trade unions began to be formed.

The aim of this paper is to describe the intense political debate that followed, focusing in particular on the regulatory dictates promulgated from the second half of the nineteenth century, starting from the aim of tracing the path that led to the current social security insurance protection in favor of workers.

Parole chiave

Seconda Rivoluzione Industriale, Assicurazione sociale, Infortuni sul lavoro, Malattie professionali.

Keywords

Second Industrial Revolution, social Insurance system, workplace Accidents, occupational Diseases.

La seconda Rivoluzione Industriale è storicamente nota come il momento in cui si assistette ad un globale processo di espansione e di trasformazione dell'industria, con conseguente profondo cambiamento nel mondo della produzione, negli stili di vita e nei movimenti politici e culturali.

In particolare, in questo periodo vi fu un importante sviluppo dell'utilizzo di nuove risorse energetiche quali elettricità e petrolio oltre alla fiorente nascita di piccole-medie industrie specializzate nella lavorazione dell'acciaio, dell'alluminio, della dinamite, dei coloranti chimici, dei fertilizzanti e all'implementazione di sistemi di comunicazione attraverso l'invenzione del telegrafo prima e del telefono poi.

Tra le conseguenze correlate a tali evoluzioni tecnologiche va annoverato un drastico cambiamento nel mondo del lavoro, specie nelle fabbriche, con l'utilizzo della cosiddetta "catena di montaggio", un processo di assemblaggio dapprima in uso nell'industria automobilistica e poi progressivamente sfruttato in altre realtà lavorative, al fine di ottimizzare le tempistiche di montaggio di un manufatto complesso.

Non solo, il crescente sviluppo del settore industriale determinò una massiccia migrazione della popolazione, in particolare della manodopera, dalle campagne – in progressivo abbandono – alle grandi città.

Questo importante cambio sotto il profilo demografico, unitamente alle nuove gestualità di lavoro, determinò un mutamento radicale del tessuto sociale, anche in territorio nazionale, con lo sviluppo di una classe operaia, costretta a fronteggiare inedite problematiche correlate alle mansioni svolte; del resto, le condizioni di lavoro dell'epoca, in assenza di un'adeguata normativa specifica in merito, erano critiche sia per quanto attiene all'igiene che alla sicurezza degli ambienti di lavoro, associate a turni logoranti, non adeguatamente regolarizzati e regolamentati, con un conseguente aumento dell'insorgenza di infortuni lavorativi.

Da ciò scaturirono agitazioni su tutto il territorio con manifestazioni degli operai nei pressi delle fabbriche.

A questo proposito, vale la pena segnalare in questa sede un episodio emblematico: i dirigenti del Reale Opificio Borbonico di Pietrarsa, la prima fabbrica italiana di locomotive fondata nel 1840 a Napoli, a seguito di un processo di ristrutturazione industriale, tra il 1850 e il 1860, aumentò le ore di lavoro ai propri dipendenti pur tuttavia diminuendo loro il salario e procedendo contemporaneamente a massicci licenziamenti.

Conseguirono vivaci proteste da parte dei lavoratori, tuttavia la linea dirigenziale non variò e la situazione peggiorò ulteriormente il 6 agosto 1863, quando il Capo

Contabile dell'azienda chiese l'intervento della Pubblica Sicurezza a seguito della permanenza di alcuni operai nello spiazzo dell'opificio con fare minaccioso, al fine di contrastare i costanti licenziamenti del personale. Intervenero pertanto la Guardia Nazionale Italiana, i Bersaglieri e i Carabinieri, che circondarono il nucleo industriale e successivamente aprirono il fuoco sui manifestanti; le vittime furono quattro, riconosciute come le prime del movimento operaio italiano.

Negli anni a seguire venne fondata nel 1868 a Lodi da Enrico Bignami (Lodi 1844-Lugano 1921) la Rivista italiana di cultura e politica "La Plebe", destinata a diffondere i principi del nascente movimento socialista, contribuendo altresì alla fondazione del Partito Operaio Italiano a Milano nel 1882 – divenuto poi Partito dei Lavoratori Italiani e successivamente Partito Socialista Italiano – i cui dirigenti promossero l'istituzione delle prime Camere del Lavoro.

In un clima di profonda necessità di risposte concrete per il miglioramento delle condizioni di lavoro, sotto il profilo politico, un primo passo per un'adeguata tutela dei lavoratori, agli albori dell'Unità nazionale, fu rappresentato dal Regio Decreto 29 dicembre 1869, attraverso il quale venne istituita la prima Commissione Consultiva del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Ciononostante, la pressione legata alla cosiddetta "Questione sociale" non diminuì e forti segnali per spingere ulteriori misure protettive nei confronti dei lavoratori arrivarono anche dalle alte Istituzioni.

A questo proposito, il 22 settembre 1882 il Re d'Italia Umberto I, con il suo discorso, si espresse esplicitamente in merito, richiamando alla "riforma delle istituzioni sociali", identificandolo come impegno del Governo e condizione necessaria al fine del mantenimento dell'ordine pubblico.

Nel 1883 vide la luce la Cassa Nazionale Infortuni, la cui creazione va ricondotta all'intuizione di Luigi Luzzati (Venezia 1841-Roma 1927), banchiere e politico italiano il quale ritenne che, interponendo un'assicurazione tra l'imprenditore e l'operaio, si sarebbe realizzato un mezzo più pratico, più sicuro e più pacifico per risolvere le questioni relative ai danni provocati dall'esercizio delle lavorazioni.

Si trattava di una procedura che stava già prendendo forma in alcune piccole realtà, considerando che nel 1877 si assistette alla prima stipula da parte di una

fabbrica – la Supermeister e C, azienda di filatura novarese – di una polizza assicurativa per la copertura degli incidenti occorsi sul lavoro ai propri dipendenti.

Previa l'autorizzazione da parte di Domenico Berti (Cumiana 1820-Roma 1897), allora Ministro dell'Agricoltura, Industria e Commercio, Luzzati realizzò un consorzio tra le Casse di Risparmio (Milano, Torino, Bologna, Monte de Paschi Siena, Genova, Roma, Venezia, Cagliari, Banco di Napoli, Banco di Sicilia), in modo da costituire un fondo di garanzia e la Cassa nazionale venne formalmente costituita con la Legge n. 1473 dell'8 luglio 1883.

La legge consisteva in quattro articoli e in un allegato concernente la Convenzione stipulata tra il Ministero e le Casse di Risparmio, a sua volta suddivisa in quindici articoli.

Occorre precisare che trattavasi ancora di un'assicurazione facoltativa con lo scopo di invogliare gli imprenditori ad assicurare i propri dipendenti, residenti nel Regno, che avessero raggiunto l'età di dieci anni e che fossero adibiti a lavori manuali o prestassero servizio ad opera o a giornata.

Era prevista la possibilità che l'assicurazione fosse individuale e collettiva; nella seconda fattispecie, il legislatore precisò che l'assicurazione fosse “fatta dai padroni soltanto, dai padroni e operai, e dai soli operai uniti in consorzio”.

Vennero stabiliti altresì gli eventi tutelati dall'assicurazione, ossia i casi da cui potesse derivare la morte dell'assicurato, l'assoluta impotenza permanente al lavoro, l'impotenza parziale permanente al lavoro e l'impotenza temporanea al lavoro, quando superiore ad un mese.

Fu infine disposta l'erogazione in capitale delle indennità da liquidare al danneggiato, pur riconoscendo l'eventualità di una conversione in rendita vitalizia o temporanea qualora, su richiesta dell'assicurato, il capitale fosse stato versato alla Cassa nazionale pensioni.

Pochi anni più tardi, con la crescente urgenza di migliorare le condizioni di lavoro dei minori, spesso impiegati in lavorazioni pesanti con turni anche di dodici ore al giorno, venne promulgata la Legge 11 febbraio 1886 n. 3657 concernente il lavoro industriale dei fanciulli negli opifici industriali, nelle cave e nelle miniere.

Si trattò di una disposizione legislativa fondamentale ed innovativa nella regolamentazione dell'attività di questa particolare categoria di lavoratori, poiché fu stabilito il divieto all'ammissione al lavoro negli opifici industriali, nelle cave e nelle miniere, ai minori di 9 anni e nei lavori sotterranei ai minori di 10 anni.

Non solo, in una sorta di archetipo di sorveglianza sanitaria, la stessa legge stabilì che la presa in servizio dei fanciulli maggiori di 9 anni e minori di 15 anni fosse subordinata alla presentazione di certificati medici attestanti che i giovani fossero "sani ed adatti al lavoro".

Tra le altre forme di tutela si ricorda la determinazione del limite di 8 ore giornaliere di lavoro per i minori di 12 anni e pene pecuniarie per i trasgressori della legge.

Nonostante l'impegno profuso dal legislatore, la legge non fu mai completamente attuata, in quanto non venne mai nominata una commissione di ispettori destinata alla verifica dell'attuazione della norma.

Per tale ragione, nel 1893, il Ministro dell'Industria, dell'Agricoltura e del Commercio dell'allora Governo Giolitti I, Pietro Lacava (Corleto Perticara 1835-Roma 1912), in base ai risultati di un'inchiesta sul lavoro minorile, presentò un disegno di legge al fine di migliorare ed ampliare la disciplina vigente in materia.

Tuttavia, solamente nel 1902, nel quadro della legislazione sociale promossa dal Governo Zanardelli e su sollecitazione del gruppo parlamentare socialista, l'allora Ministro Guido Baccelli (Roma 1830-Roma 1916), portò in approvazione, dopo alcuni miglioramenti, un progetto elaborato dal suo predecessore, Paolo Carcano (Como 1843-Como 1918).

Del resto, la pressione sociale non sembrò placarsi in quegli anni tanto che anche nell'enciclica "Rerum novarum" proclamata da Papa Leone XIII nel 1891, vennero incitati gli Stati a promuovere adeguate forme di tutela dei lavoratori.

Ad ogni buon conto, con la Legge 17 marzo 1898 n. 80 venne promulgata la prima vera e propria normativa in capo agli infortuni sui luoghi di lavoro.

La legge fu applicata agli operai addetti in diverse fabbriche e lavorazioni quali miniere, cave, torbiere, costruzioni edilizie, produzione di gas o di forza elettrica, imprese telefoniche, materie esplodenti arsenali o cantieri di costruzioni marittime, costruzione o esercizio di strade ferrate, mezzi di trasporto per fiumi, canali e laghi,

tramvie a trazione meccanica, lavori di bonificamento idraulico, costruzioni e restauri di porti, canali ed argini, costruzioni e restauri di ponti, gallerie e strade ordinarie, nazionali e provinciali ed opifici industriali.

Il legislatore si focalizzò anche sull'inquadramento definitorio dei soggetti tutelati, identificando come operaio chiunque "in modo permanente o avventizio e con remunerazione fissa o a cottimo" fosse occupato nel lavoro al di fuori della propria abitazione, oppure chi soprintendeva il lavoro altrui, o apprendisti, con o senza salario.

Un altro aspetto fondamentale che caratterizzò tale legge è rappresentato dall'obbligatorietà dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro per gli operai, impegnando pertanto per la prima volta con un vincolo legislativo stringente i capi e gli esercenti delle imprese, industrie e costruzioni a adottare le misure previste a fini preventivi e per la salvaguardia della vita e dell'integrità personale dei propri lavoratori.

La normativa si caratterizzò inoltre per l'introduzione di concetti ancora validi in termini di assicurazione sociale Inail, considerato che all'epoca il legislatore prevede che l'assicurazione dovesse essere "fatta a cura e spese del capo o dell'esercente dell'impresa, industria o costruzione per tutti i casi di morte o lesioni personali provenienti da infortunio" avvenuti "per causa violenta, in occasione del lavoro" e le cui conseguenze avessero "una durata maggiore di cinque giorni".

La legge istituì il concetto di "prime cure" afferenti all'assistenza medica e farmaceutica, con obbligo al sostegno delle relative spese al capo o esercente dell'impresa, pur non assumendo un impegno continuativo atto al recupero del lavoratore infortunato.

I sopradetti principi vennero ripresi dal Regio Decreto 31 gennaio 1904 n. 51, denominato "il testo unico di legge per gli infortuni degli operai sul lavoro".

Oltre alle lavorazioni già indicate nella Legge 80/1898, la normativa trovò applicazione per gli operai addetti alle imprese per collocamento, riparazione e rimozione di conduttori elettrici e di parafulmini, alle imprese di navigazione marittima, comprese quelle esercenti la pesca, ai lavori occorrenti per la sistemazione di frane e bacini montani, alle imprese per taglio o riduzione di piante dei boschi e loro trasporto sino agli ordinari luoghi di deposito sulle rive dei fiumi e torrenti, o presso le strade carreggiabili e per il loro getto dai luoghi di deposito

in fiumi e torrenti, a chi prestava servizio presso i cannoni e ad altri apparecchi per gli spari contro la grandine, e pure ai commessi ai viveri dipendenti dalle imprese per la fornitura dei viveri alla marina militare.

Un'altra importante integrazione rispetto alla norma precedente fu l'inclusione del lavoratore agricolo nella definizione di operaio, purché il lavoratore fosse adibito a prestare servizio presso macchine mosse da agenti inanimati o presso i motori di esse, oppure presso cannoni ed altri apparecchi per gli spari contro la grandine.

Non vennero invece apportate modifiche in capo ai casi assicurabili e agli elementi costitutivi dell'infortunio (causa violenta, occasione di lavoro, conseguenze con durata superiore ai 5 giorni), ma venne introdotto il concetto di inabilità, a sua volta suddivisa in "permanente assoluta", "permanente parziale", "temporanea assoluta" e "temporanea parziale" con le relative misure di indennità.

Per quanto attiene alle prime cure, fu integrato l'onere delle spese a carico del capo o esercente dell'impresa, industria o costruzione, non solo per l'assistenza medica e farmaceutica, ma anche per il certificato medico.

Sebbene inizialmente l'interpretazione della dizione "prime cure" assunse una connotazione estremamente restrittiva, legata all'immediatezza della prestazione nel tempo e nello spazio, quindi erogabile direttamente sul posto di lavoro, con il tempo si passò ad una concezione più ampia dell'assistenza sanitaria, includendo non solo le cure necessarie sul luogo dell'infortunio, ma anche quelle occorrenti dopo il trasporto nel luogo di trattamento (ambulatorio, ospedale).

A tale proposito, Lorenzo Borri (Firenze 1864-Forte dei Marmi 1923), Professore di Medicina Legale presso gli Atenei di Firenze e Modena, nel suo "Trattato di Medicina Legale" rilevò le criticità scaturite dalla normativa, in particolare in capo alla questione della tempestività e della prossimità di cura:

... la legge provvede affinché non venga a mancare in nessun caso l'assistenza del medico che dovrà definitivamente restare, per la continuazione della cura al domicilio privato o all'ospedale.

Ma con questo non era risolto completamente il problema del rendere più sollecito che fosse possibile il soccorso da apprestarsi all'operaio in caso di lesioni da infortunio ... spesso infatti gli opifici, le fabbriche, i cantieri di lavorazione sono

assai distanti dagli ospedali o dalla residenza del medico, onde potrebbe passare un tempo anche lungo prima che il sanitario sia accorso presso l'infermo o prima che questo abbia potuto essere trasportato al luogo di cura, mentre il ritardo può decidere della vita dell'operaio, può essere causa di gravi complicanze.

Appare pertanto pacifico che, come sopra accennato, la finalità dell'assicurazione non fosse strettamente correlata al recupero della capacità lavorativa del lavoratore, mantenendo quindi un *imprinting* economico, legato ai principi dettati dal diritto commerciale, risultando perciò un'assicurazione privata piuttosto che un'assicurazione sociale.

Nel 1917 la tutela assicurativa venne ampliata agli infortuni occorsi in ambito agricolo, a mezzo del Decreto-legge 23 agosto 1917, n. 1450, con coinvolgimento di lavoratori addetti ad aziende agricole o forestali in un'età compresa tra i 9 e i 75 anni, a prescindere dalla tipologia di contratto ("fissi od avventizi") e dal genere ("maschi e femmine"). Tra i soggetti tutelati furono altresì inclusi i proprietari, mezzadri, affittuari e i relativi famigliari ("loro mogli e figli, anche naturali"), che prestavano opera manuale abituale nelle rispettive aziende, nonché "i sovrastanti ai lavori di aziende agricole e forestali".

Come per l'assicurazione in ambito industriale, l'assicurazione venne garantita in presenza dei requisiti caratterizzanti l'evento infortunio, pur differendo per quanto attiene alla copertura dell'inabilità temporanea assoluta, identificata in più di dieci giorni, anziché cinque.

Altro aspetto caratterizzante la normativa, distinguendola dalla precedente, è legato all'inquadramento percentualistico dell'inabilità permanente parziale intesa come quella che "riduce di più del quindici per cento" la cosiddetta "attitudine al lavoro", venendo così introdotto un concetto che negli anni a seguire diverrà importante strumento di valutazione in ambito assicurativo previdenziale.

La gestione dell'assicurazione contro gli infortuni del lavoro agricolo venne affidata alla Cassa nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, pur mantenendole distinte nei rapporti contabili.

Ulteriore elemento distintivo della legge fu l'implicito trattamento sanitario obbligatorio non coattivo alla base della tutela assicurativa, dato che venne previsto che:

il lavoratore non può, senza giustificato motivo, rifiutarsi, dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'Istituto stesso ritenga necessarie, e di entrare e tal fine in qualsiasi clinica, ospedale od altro luogo di cura che sia indicato dall'Istituto assicuratore. Fra tali cure non si intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi. In caso di ingiustificato rifiuto, può essere negata in tutto o in parte l'indennità, salvo, in caso di contestazione, il giudizio arbitrale

Anche in merito a tale forma assicurativa, il Borri si espresse rilevando franche problematiche, considerata la disparità di trattamento, che avrebbe trovato soluzione solo nel 1946: “Senonché, mentre con tale provvedimento la questione aveva fatto un passo avanti, con la legge 23 agosto 1917 sugli infortuni agricoli, contrariamente a quanto sarebbe stato da attendersi, essa è venuta a farne due indietro”.

Allo stesso tempo occorre ricordare in questa sede che la stessa Cassa nazionale infortuni organizzò strutture ambulatoriali anche sul territorio nazionale, nonché reparti e istituti di ricovero e cura al fine di erogare prestazioni sanitarie e già negli anni '20 del Novecento videro la luce realtà nosocomiali focalizzate sul recupero e sull'assistenza degli infortunati sul lavoro, verso una progressiva e definitiva finalità previdenziale.

Bibliografia

- P. Rossi, *Oltre un secolo di cure e riabilitazione dell'invalide del lavoro*, Inail, Milano 2019
- M. Innocenzi, L. Bindi, A. Di Giacobbe, E. Saldutti, S. Signorini, F. Benedetti, G. Morinelli, *Storia della prevenzione*, Inail, Milano 2014
- C. Puccini, *Istituzioni di Medicina Legale*, Ambrosiana, Milano 2013
- L. Borri, *Trattato di medicina legale*, Francesco Vallardi, Milano 1922
- R.D. 29 dicembre 1869
- L. n. 1473 8 luglio 1883
- L. n. 3657 11 febbraio 1886
- L. n. 80 17 marzo 1898
- R.D. 31 gennaio 1904 n. 51

Altre Donne del Movimento di Croce Rossa (dalle origini alla Prima guerra mondiale)

Elena Branca

A.N.S.M.I. Piemonte

Riassunto

Altre donne di Croce Rossa. Esistono molti libri che parlano di donne di Croce Rossa ma ci sono personaggi che ritengo importanti che vengono citati raramente, In questo contributo vorrei parlare proprio di queste donne per risvegliare la curiosità di chi magari non ne ha mai sentito parlare.

Summary

Other Red Cross women. There are many books that talk about Red Cross women but there are characters - who I consider important - who are rarely mentioned. In this contribution of mine I would like to talk about these women to awaken the curiosity of those who perhaps have never heard of them.

Parole chiave

Maria Montessori, Dottoresse, Dame visitatrici, CRI

Keywords

Maria Montessori, Female Surgeons, Italian Red Cross,

Perché “Altre donne di Croce Rossa”? Esistono molti libri che parlano di donne di Croce Rossa ma ci sono personaggi che ritengo importanti che vengono citati raramente, in questo contributo vorrei parlare proprio di queste donne per risvegliare la curiosità di chi magari non ne ha mai sentito parlare.

Quando si parla di Croce Rossa Italiana e guerra generalmente si pone l'accento sulle Infermiere Volontarie, anche se prima della loro istituzione c'erano già donne impegnate nelle guerre ottocentesche nel soccorso ai feriti di guerra. Ad esempio, nella Guerra di Crimea erano presenti presso l'esercito francese (vennero prodotte alcune fotografie come “1853/56 Cantiniera francese in Crimea”).

Aggregate all'esercito sardo le suore piemontesi di San Vincenzo de Paoli con il caratteristico “cappellone” e ricordate nel quadro “La battaglia della Cernaia 1857”, saranno citate con ammirazione dalla Nightingale, mentre in Italia Giovanni Fattori dipinge il “Campo italiano alla battaglia di Magenta 1861-1862” con le suore che raccolgono i feriti su un carro.

Sempre nella Guerra di Crimea verranno attivati gli ospedali militari inglesi, contrariamente alla vulgata questi erano situati a Scutari, un sobborgo di Istanbul, proprio dall'altra parte del Mar Nero dove erano trasportati via mare.

Qui operò la famosissima Florence Nightingale, con circa 220 infermiere impegnate alla fine del periodo. Si trattava di infermiere diplomate e provenienti da ospedali, selezionate dalla Nightingale per le loro capacità ed esperienza.

Oltre alle ben note capacità organizzative della Nostra, l'indignazione popolare per il trattamento dei feriti portò a facilitare sia la raccolta fondi della popolazione che aiuti da parte del governo e quindi a rivoluzionare la cura all'interno degli ospedali militari britannici introducendo, in seguito, un corpo di infermiere preparate ed assunte allo scopo.

Altra infermiera britannica operativa con i feriti della guerra di Crimea fu Mary Seacole, dopo aver gestito un mix di albergo e ospedale, alla fine della guerra continuò a lavorare sia come infermiera che come docente, fondando scuole per infermiere.

Intanto il mondo si prepara alla costituzione della Croce Rossa, grazie a un giovane svizzero, Henry Dunant, che colpito dalla strage provocata dalla battaglia

di Solferino e dalla operazione di soccorso organizzata dalla popolazione locale, avviò una serie di operazioni “pubblicitarie” per l’istituzione di corpi sanitari volontari di supporto alla sanità militare: la Battaglia di Solferino e San Martino è del venerdì 24 giugno 1859. Le donne di Castiglione, infatti, accolgono nelle loro case i feriti e li curano, su richiesta e sotto l’organizzazione del giovane sacerdote don Lorenzo Barzizza che istituisce anche in chiese, conventi e palazzi ben 12 ospedali provvisori nella sola Castiglione delle Stiviere. Immediatamente si costituiscono, secondo la tecnica degli “ospedali diffusi” tante altre postazioni di cura per questi militari sia in Lombardia che in Emilia. Il «Tutti fratelli» citato da Dunant fa riferimento al fatto che venivano curati senza distinzione i feriti di tutti gli eserciti.

Grazie all’impegno di Henry Dunant che scrive il “Souvenir di Solferino” e lo porta personalmente in tutte le corti d’Europa e infine lo presenta a Ginevra dove un gruppo di cittadini lo accoglie con entusiasmo, nel 1863 nasce la Croce Rossa; per la precisione nel Febbraio 1863 nasce il Comitato Internazionale detto «Comitato dei cinque» (oggi CICR) a Ginevra e nell’ottobre viene avviata la costituzione delle Società Nazionali (Fig. 1).

Tra il 26 e il 29 ottobre 1863, si tiene la Conferenza preparatoria o costitutiva a Ginevra che emana la Carta fondamentale che è il documento finale della prima conferenza e parla di Società di Soccorso e come organizzarle, quali rapporti devono avere con il governo, con le autorità militari nella loro Nazione, cosa devono fare in tempo di guerra e in tempo di pace. Inoltre, l’auspicio B (alla fine) parla della neutralità, l’articolo 8 e l’auspicio C parlano dell’emblema Croce Rossa in campo bianco.

Di conseguenza iniziano a nascere le Società Nazionali, quella italiana tra le prime.

Nel gennaio 1864, all’interno dell’Associazione Medica di Milano viene istituita la Commissione per la formazione di una Società di Soccorso ai Militari Feriti. Poi il 15 giugno 1864, grazie al Dr. Cesare Castiglioni a Milano nasce il primo Comitato di Croce Rossa (ammesse anche le donne) anche se con qualche limitazione pratica.

Nel dicembre 1864, con il Regolamento organico del Comitato di Milano vengono istituite delle commissioni, nella I (promuovere sottoscrizione dei soci e loro attività) nessuna donna mentre nella II (reperire beni e materiali) e III sezione (conservazione beni e materiali) compaiono nomi femminili, nella IV (istruzione personale sanitario) nessuna donna e nessuna negli organi centrali o alle presidenze.

Bisogna precisare che molte delle signore presenti erano mogli o parenti dei signori che, a quanto pare, non gradivano che si occupassero di feriti negli ospedali militari. Addirittura, l'11 agosto 1864 il Dr. Pietro Castiglioni (per l'Associazione Medica) scrive a Gustave Moynier paventando il pericolo dei danni che giovani donne potessero portare ai militari feriti a causa dell'esaltazione provocata dalla loro presenza, ivi comprese febbre secondaria e indigestione.

Nella Conferenza diplomatica svoltasi a Ginevra dall' 8 al 22 agosto 1864 si elabora e firma la Convenzione di Ginevra con la data del 22 agosto 1864, da parte degli stati.

Ritornando alle donne che soccorrono, esse vanno scomparendo, a parte le suore, almeno in Italia. Tra le ultime vivandiere con compiti di infermiera alla battaglia Bezzuca, luglio 1866, partecipa Rosa Angelini – vivandiera e addetta al soccorso, arruolata con i garibaldini, medagliata grazie al cechino che accoppa la mula che tira il suo carretto mentre soccorre i feriti.

Sullo stesso terreno sarà presente per la prima volta anche la Croce Rossa e tra questi la Squadriglia borghese della Croce Rossa ferrarese (tutta maschile) aggregata alla quarta Armata.

Più aperta all'aiuto femminile, è la Sanità Militare perché, con la Circ. del 1° giugno 1866, il Ministero della Guerra ammette le Signore Visitatrici negli Ospedali Militari per l'assistenza al letto dei malati.

Sedici signore si mettono subito in lista a Milano mentre la Croce Rossa non ammette a questo servizio chi abbia più di quarant'anni o sia di sesso femminile.

Dovendo la Sezione scegliere innanzitutto gli infermieri destinati alle Squadre permanenti, che intendeva organizzare il Comitato, infermieri che volle mercenari onde avere un sicuro e disciplinato servizio, si trovò in non piccolo imbarazzo, e nel dubbio di cadere in inganno, fidando sui certificati e sulle commendatizie, decise

dopo una visita generale, di escludere le donne e quelli che di molto avessero superato gli anni 40.

Nel 1879, grazie anche alla Regina Margherita, viene istituita la “Commissione Superiore Centrale dell’Unione delle Dame Italiane della Croce Rossa” che nell’atto fondativo recita:

Sulle basi e con le norme generali stabilite dallo Statuto dell’Associazione Italiana di Soccorso ai malati e feriti in guerra, il Comitato Centrale costituisce la sezione femminile dell’Associazione, col titolo di: Unione delle Dame Italiane della Croce Rossa (art.1)

Una precisazione, ad ogni livello della Commissione Presidente e Segretario sono presenti uomini, le donne compaiono dal Vicepresidente in giù.

Vengono nominate le deputate per la Scuola delle Infermiere ma questa Commissione rimane sulla carta ancora per qualche anno, solo il 25 aprile 1888 (nove anni dopo) viene emanato il relativo “Regolamento Unione delle Dame” sui compiti delle signore che così recita: “adoperarsi per migliorare le condizioni finanziarie della Associazione, raccogliere e confezionare biancherie, istituire delle scuole per l’istruzione delle infermiere”.

Vengono finalmente istituite le Sezioni della Unione delle Dame in ogni Sottocomitato.

Per ora la possibilità di formazione sanitaria è limitata; a Torino esisteva già dal 1879 la scuola per infermieri con corsi biennali diretta dal Dr. Carlo Calliano, lo stesso che importò in Italia le Scuole Samaritane che organizzavano corsi per i soccorsi d’urgenza; le donne erano ammesse ai corsi per i soccorsi d’urgenza ma non potevano entrare nelle squadriglie mobilitate.

Le donne di Croce Rossa, però, si muovono comunque: il primo intervento di “protezione civile” della CRI viene organizzato da un gruppetto di donne: il terremoto di Casamicciola - Ischia 28 agosto 1883 primo intervento in tempo di pace, 2333 morti in tutta l’isola, 1784 solo a Casamicciola.

Teresa Filangieri nata a Napoli nel 1826, filantropa e scrittrice, nel 1880 fonda l’ospedale Santobono di Napoli in ricordo della figlia Lina e nel 1883 in occasione del

terremoto Casamicciola coinvolge la Croce Rossa di Napoli nella partecipazione ai soccorsi, fornisce fondi e partecipa ai comitati organizzativi (Fig. 2).

Altrove invece nascono i primi gruppi di infermiere diplomate che seguendo l'esempio della Nightingale vengono aggregate alla Sanità Militare: negli US le Daughters of the American Revolution Hospital Corps (DAR), fondate tra l'altro da Dr. Anita Newcomb McGee, agiscono anche durante la Spanish American War (1898) con Anna Caroline Maxwell che guida un gruppo di attrezzate infermiere, che diventeranno poi Army Nurse Corp nel 1901. Nel 1904 la stessa Dr. Anita Newcomb McGee viene chiamata in Giappone a creare e formare il corpo infermieristico della Croce Rossa Giapponese che darà prova di sé durante la guerra russo giapponese. Lo stesso corpo che, insieme a quello russo, ispirò il fratello di Sita Meyer Camperio a fare una serie di conferenze nelle quali invitava a costituire tali corpi anche in Italia.

Aggiungo che nel 1908 negli USA le prime venti infermiere della marina statunitense costituirono il Navy Nurse Corp.

Riscoperta da qualche anno, grazie a Raimonda Ottaviani e a Duccio Vanni, Sita Meyer Camperio, ultima figlia di Manfredo Camperio e Marie Siegfried, nacque a Villa Santa vicino a Monza - Milano il 14 luglio 1877. Al suo attivo contiamo sia i primi corsi per Infermiere Volontarie, fatti a casa sua, che le prime scuole per Infermiere Volontarie ma anche la prima scuola per Infermiere Professioniste, "Principessa Jolanda".

Qualche cenno sulle sue attività: 1908, terremoto di Messina, estate 1909, visita degli ospedali inglesi e delle scuole per infermiere. Istituisce una scuola per infermiere di professione a Milano, supportata da Rosetta de Marchi e da Rita Perez Seismit Doda; fa parte di un Comitato promotore che inaugura la «Scuola Principessa Jolanda» sotto l'alto patronato della Regina; qui vengono chiamate Nurses inglesi quali docenti per la parte pratica. Nel 1911, sulla Motonave Memphi rimpatria i feriti della guerra di Libia, il 16 giugno 1912 nasce ufficialmente l'ospedalino; nel 1915, l'ambulanza-scuola diviene l'ospedale n. 8 della Croce Rossa con 150 letti.

Nel 1915, a Milano organizza un laboratorio per la produzione di indumenti di maglia e tela da spedire al fronte e negli ospedali e come Capogruppo sale sul treno ospedale che porta gli indumenti al fronte, dove si ferma nell'ospedale n. 75 presso Sagrado. Ritorna a Milano in servizio nell'ospedale territoriale di via Monte Rosa. Nominata Ispettrice delle Infermiere Volontarie per la Lombardia, lascia a causa dell'ostilità trovata e si ritira a vita privata. Muore a Rapallo il 05/07/1967 (Fig. 3).

Tra le nurses docenti dell'ospedale della scuola per infermiere professioniste fondata dalla Camperio, ricordiamo Helen Ruth Hamilton (1880-1976), Matron britannica, allieva diretta di Florence Nightingale, docente di infermieristica del King's Hospital di Londra. Nel 1912, Rosa De Marchi la chiama a dirigere la Scuola Convitto «Principessa Jolanda» scuola per infermiere professioniste. Il metodo britannico in Italia non trovò grande attenzione.

Visto il successo dei corsi per infermiere volontarie organizzati da Sita Meyer Camperio, la Croce Rossa di Milano li acquisisce. L'anno 1908, con il primo corso tenuto dalla Croce Rossa a Roma, verrà considerato come data ufficiale di nascita del Corpo Infermiere Volontarie¹.

Quindi la prima operatività del Corpo Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana sarà: nel 1908, il primo corso "romano" con il patrocinio della Regina, dicembre 1908, "battesimo" delle Infermiere Volontarie con il terremoto calabro-siculo cui si presenteranno anche le "milanesi" guidate da Sita Meyer Camperio, nel 1909, il treno ospedale n. XIII organizzato dal Comitato di Roma, dotato di nove infermiere volontarie, poi nel 1911, i viaggi della motonave Memphi dove inizia il servizio di Elena d'Orleans.

Interessante poi scoprire, leggendo lo Statuto del 1911, che la parte femminile della Croce Rossa Italiana viene estromessa, le riunioni dell'Unione delle Dame si tengono contemporaneamente ma separatamente da quelle dell'Assemblea del Comitato; quindi, in pratica, le Dame vengono escluse dal governo della CRI ad ogni livello. A far parte dei Comitati e delle Delegazioni non possono essere eletti

¹ PAOLO VANNI, MARIA ENRICA MONACO GORNI, *Le infermiere volontarie e la Grande Guerra* Franco Angeli Editore, 2019

che soli uomini. A far parte delle Sezioni femminili non potranno essere elette altro che le Socie” (art. 27) (NdR: dalla Vicepresidente in giù). Nelle Adunanze delle Sezioni femminili, che si terranno contemporaneamente alle Assemblee dei soci, non si potranno che trattare argomenti relativi alla missione della Sezione².

Un salto in avanti nella presenza numerica e nell’impiego femminile nella Croce Rossa Italiana si ha con l’entrata in guerra dell’Italia il 23 maggio 1915, anche se l’ottimismo iniziale portò ad ammettere le Infermiere Volontarie, e al massimo quattro, solo sui treni ospedale.

Un piccolo riassunto per chiarire i termini e confini dell’evento: vengono chiamate alle armi le classi dal 1874 al 1900; 5.698.000 mobilitati (volontari di altre classi 8.000, elementi permanenti 52.000). I morti per diretta causa di guerra: 680.000 (dei quali 300.000 sul fronte carsico) mentre i civili deceduti saranno 70.000.

Il 48,59% morì per ferite, il 33,05% per malattie, il 16,51% dispersi, il 1,85% per cause non indicate. La maggiore mortalità si ebbe nel 1918 con il 29,21% (ovviamente l’influenza ebbe un certo peso).

Le patologie di cui dovette occuparsi la Sanità Militare, con il supporto degli ausiliari, furono: gangrena gassosa, congelamento, tubercolosi, colera, malattie da ratti e pidocchi (portatori di tifo petecchiale), da pulci, tracoma, morbillo, difterite, tifo addominale, scabbia, tinea (micosi), meningite cerebrospinale epidemica, malaria, vaiolo, malattie veneree, sindromi psichiatriche, e infine, spagnola.

Per quanto attiene alla Croce Rossa Italiana, la sua attività, ausiliaria della Sanità Militare, era svolta in massima parte da personale maschile mobilitato e stipendiato. A parte stavano le Infermiere Volontarie che, nella prima parte della guerra potevano accedere alla “zona di guerra” solo rimanendo a bordo dei treni ospedale. Solo successivamente furono ammesse negli ospedali di guerra della Croce Rossa e della Sanità Militare ma sempre a buona distanza dalle zone di combattimento: per la maggior parte prestarono servizio negli ospedali territoriali della CRI.

² Bollettino pro Croce Rossa Alba 1917

Per tutti la normativa era quella prevista dal “regio decreto legge 23 maggio 1915, n. 719” con il quale il personale mobile della Croce Rossa Italiana, in caso di guerra o di mobilitazione, è considerato militare e soggetto alla disciplina militare con gradi equiparati. (G.U. n. 133 del 27 maggio 1915)” e dal “Regolamento per il tempo di Guerra della CRI”: ne furono effettivamente impiegate 1320 in zona di guerra e 7320 in totale³.

Secondo i regolamenti sopracitati non avevano stipendio né altri emolumenti ma solo vitto, alloggio e spese di trasporto. Potevano svolgere le attività di assistenza al malato al massimo al livello dell’Aiutante di Sanità.

Un altro gruppo di donne attive negli ospedali militari sotto l’egida della Croce Rossa Italiana erano le Dame Visitatrici, scelte preferibilmente tra signore che per età o altro fossero inadatte alla attività di Infermiere Volontarie, con apposita uniforme e proprio regolamento, avendo come Patronessa la Regina Elena.

Preciso che il termine pare lo stesso del Regolamento del 1866 ma i compiti sono diversi, socioassistenziali e non infermieristici.

Come esempio di queste signore vorrei presentare Lucia Corti, che prestava la sua attività presso l’Ufficio Notizie di Vigevano. Sorella del caduto Corti Carlo Quinto di Giuseppe, Caporale sesto reggimento bersaglieri; di lei abbiamo solo una fotografia.

Tra i suoi compiti, confortare con le parole il ferito, curare la sua corrispondenza, portare libri e giornali adeguati alla sua erudizione, ma evitare di stancarlo. Inoltre, procurare cartoline da spedire alle famiglie, dolci o oggetti di scrittura, francobolli, sigarette, regali e fiori ed in alcune città preparazione biancheria per i malati.

Max 5 feriti sono assegnati ad ogni Dama Visitatrice. Importante anche le attività di supporto agli Uffici Notizie del R.E., mentre sono più famose per il supporto nei Posti di ristoro delle stazioni grazie a foto e cartoline propagandistiche.

Dal famoso libro di Donna Paola si legge:

³ Relazione Prof.ssa Anselmi

Esse giungono, chiuse nella loro uniforme color greggio segnata della Croce Rossa, col velo nero sul capo, quasi monacale. Hanno borsette e reticelle sempre colme di cento piccole inezie: cartoline illustrate, caramelle, matite, gingilli, fiori.

Un accenno alle Samaritane grigie impegnate nei Posti di Conforto ferroviari: di queste volontarie esisteva anche la versione “bianca” con mansioni infermieristiche che fu obbligata a mettersi al seguito delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa, con tutta una serie di diatribe che fecero seguito a questa direttiva.

Passiamo ora a quelle donne che organizzarono e fecero funzionare al meglio un importante servizio di guerra, l'Ufficio Notizie del Regio Esercito. Nato su iniziativa dell'imprenditrice Lina Bianconcini Cavazza (Bologna 1861-1942) che ottenne dal Regio Esercito di poterlo istituire inizialmente a casa propria (Fig. 4).

Questa imprenditrice fonda la Società Aemilia Ars a Bologna nel 1898 con lo scopo di dare un lavoro alle donne che non possono assentarsi da casa, poi, nel 1909, istituisce un laboratorio a Messina, con lavanderia e ricreatorio domenicale. Dal 1915 al 1919, fu presidente della Sede Centrale dell'Ufficio Notizie a Bologna.

Sua compagna di avventura Rossi Brigida – Gida (Brescia 1862 Bologna 1938), docente di storia e geografia alla Scuola Normale Laura Bassi di Bologna, nel 1903 organizza un ricreatorio femminile e nel 1909 un ricreatorio a Messina, dal 1915 al 1919, è Ispettrice Generale degli Uffici Notizie, nei fine settimana si muove instancabile in treno in tutta Italia dopo aver ottenuto di contrarre l'orario di lavoro dal lunedì al venerdì.

Prendendo a modello la struttura francese, l'Ufficio era organizzato in un Ufficio Centrale con sede a Bologna per i militari di terra e a Roma per i militari di mare: Uffici di Sezione nelle sedi dei Comandi Territoriali d'Armata e nelle città prossime alle zone di guerra (Catanzaro, Cagliari, Venezia e Udine per i militari di terra e Brindisi, Maddalena e Tropea per quelli di mare), con il compito di aiutare l'Ufficio Centrale nella direzione degli Uffici locali. Uffici di Sottosezione in tutte le sedi di Distretto Militare e nelle località sedi di depositi militari e in Uffici o Gruppi di Corrispondenza, con lo scopo di intermediare tra le famiglie e le Sezioni o Sottosezioni per le richieste e le risposte. Impegnò più di 25.000 persone (anche

stipendiate per dare un reddito a donne che ne erano prive) raccolte in 8.400 Uffici sparsi in tutta Italia⁴.

Mentre l'Ufficio Notizie del Regio Esercito si occupa solo dei militari italiani ancora in servizio (anche se feriti o malati), l'Agenzia Internazionale dei prigionieri di guerra viene fondata a Ginevra, nell'ambito del Comitato Internazionale della Croce Rossa, il 15 agosto del 1914 per occuparsi di persone di ogni paese in guerra.

Suoi compiti sono la trasmissione delle liste degli internati, dei prigionieri o degli ostaggi, degli sfollati e dei rifugiati, la creazione degli schedari, le indagini e la ricerca dei dispersi, la trasmissione dei documenti ufficiali, la consegna delle lettere, dei pacchi e del denaro, la gestione delle richieste di rimpatrio. Tra gli organizzatori di questa attività c'è Renée Marguerite Cramer che nel 1918 fu la prima donna ad entrare a far parte del comitato del CICR. Si ponga l'accento sul fatto che l'Agenzia non seguiva solo i militari ma anche i civili.

Nata a Ginevra in una famiglia borghese nel 1887, Renée Marguerite Cramer studia storia e legge, e lavora e scrive su entrambi gli argomenti e sulla istituzione dell'Agenzia; diventa direttrice di uno dei reparti che la costituiscono, vedi nota⁵ e vedi nota⁶.

In Italia la Commissione dei Prigionieri di guerra della Croce Rossa aveva la sede principale a Roma, e per quanto riguarda il pane da inviare ai prigionieri aveva istituito sedi a Bologna, Firenze, Milano e Torino. Le famiglie, pagando un apposito abbonamento potevano inviare pacchi di pane biscottato ai loro cari. Mentre i Comitati Regionali di soccorso ai prigionieri vengono istituiti ad Alessandria, Ancona, Bari, Bologna, Cagliari, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Spezia, Torino, Venezia, Verona.

Tra le attività svolte dalle Dame c'è anche la raccolta fondi e l'arruolamento di nuovi soci.

⁴ <http://www.tuttostoria.net/storia-contemporanea.aspx?code=970>

⁵ <https://www.swissinfo.ch/ita/societa/il-cicr-e-i-suoi-primi-prigionieri-di-guerra/38382048>

⁶ <https://blogs.icrc.org/cross-files/renee-marguerite-frick-cramer/>

Interessante la cartolina distribuita dalla Croce Rossa di Milano, per la "festa del ventino" per la Croce Rossa a Milano. Le signorine raccolsero per le vie della città circa 29 mila lire⁷.

Intanto si fa strada nella Croce Rossa Italiana la necessità di avere nuovi medici, le prime laureate in medicina in Italia, prima di girare la boa del 1900, sono sei: Ernestina Paper nel 1877 a Firenze, Maria Velleda Farné a Torino nel 1878, Giuseppina Cattani nel 1884 a Bologna, Anna Kuliscioff nel 1886 a Napoli, Corio Viola Marcellina a Roma nel 1894 e Montessori Maria a Roma nel 1896, sono solo sei. Successivamente cominciarono ad iscriversi alla Facoltà di medicina altre donne, e molte di queste si presentarono volontarie per l'arruolamento nelle varie guerre del primo Novecento. A queste si aggiunsero alcune laureate in farmacia. Alcune di loro si arruolarono in Croce Rossa, pur di fronte ad un fermo rifiuto. Nelle squadre mobilitate, ad esempio, a fianco del nome di Maria Montessori viene inserita la sigla AD mentre per i colleghi uomini viene precisato l'Ospedale di destinazione.

Quando, nel gennaio del 1916, la situazione appare troppo impegnativa l'Ispettorato della Sanità Militare interviene d'imperio sulla Croce Rossa con una circolare con cui si obbliga l'arruolamento di queste donne con stipendio, grado e stellette.

Prime arruolate in C.R.I.:

Montessori Dott. Maria il 10/07/1903 a Roma: la prima notizia di arruolamento in Croce Rossa compare su un giornale del 1897⁸, mentre nel 1903 risulta Medico assistente di I classe con il grado di Tenente, Ancona Luisa – arruolata il 28/05/1904 Milano; Bonnet Luisa, arruolata nel 1909 a Torino; Popa Tancredi Natalia a Bari; Bianchi Maria Clotilde farmacista nel 1909. Successivamente, un gruppo di laureate si arruola tra il 1911 e il 1912: Eloisa Gardella, Paola Satta, Amalia Della Rovere Moretti, Bice Finzi farmacista, Teresita Sandesky, Augusta Delù, Valeria Goio. Sono scomparsi i documenti relativi all'effettivo servizio durante la guerra di Libia, a parte un trafiletto su un giornale di Taranto "La voce del popolo – 14 ottobre 1911" in

⁷ *La guerra italiana* 1° ottobre 1916 - n. 21

⁸ VALERIA P. BABINI, LUISA LAMA, *Una donna nuova. Il femminismo scientifico di Maria Montessori* Franco Angeli, Milano 2016)

cui la “dottoressa signorina Eloisa Gardella” viene presentata come direttrice del Gabinetto Batteriologico. Taranto è al momento zona di guerra.

Dai due ruoli del 1916 e 1918, gli unici reperiti per il periodo di guerra e con chiari buchi, si desume che fossero arruolate: Palmeggiani Emilia, Norzi Grazia Ida, Predari Maria, Lusso Amalia, Neumark Liuba, Narizzano Gemma, Lollini Clelia, Canaveri Amalia, Fambri Elisa, Zappa Paola, Zuliani Elda, Dotta Elisa, Corvini Filomena, Forza Guglielmina, Lollini Livia, Massardo Maria, Melani Vera, Mazzone Laura, Luzzani Laura ved. Negri, Bosso Carolina, Lenti Amalia, Marongiu Clelia, Centanni Bernabei Nella, Bonfitto Teresa, Dado Anna, Calandri Irene in Perracchio, Colombo Matilde, Pecchioli Nella, Clericò Evarista Dina, Cogan in Milani Ethel, Corio Marcellina.

Presenti nel Ruolo del 1916 ma non in quello del 1918: Moreschi dott. Emilia, Orioli dott. Laura, Caciagli Ida e la farmacista Delitala Isabella

A parte Maria Pelanda, anatomo-patologa, Sottotenente – preparatrice di anatomia patologica in servizio presso l'Università Castrense gestita dalla Università di Padova⁹.

Non presenti nei due ruoli ma trovate in altri documenti sparsi: Narizzano Lina, Levi Luisa, Rocca Costanza e Bonarelli Giulia. Dopo la guerra verranno iscritte a Ruolo Pasquali Orsola nel 1921 e Casagrandi Carmelita Rossi nel 1925. Qui si chiude l'avventura delle laureate in medicina e farmacia arruolate nella Croce Rossa, mentre per la Sanità Militare le porte si apriranno nuovamente con l'ammissione delle donne alle Forze Armate con la legge n. 380/1999.

⁹ MAURIZIO RIPPA BONATI, *Padova, capitale della Sanità Militare durante la Grande Guerra 2014*



Fig. 1 - Francobollo commemorativo Comitato Internazionale Croce Rossa.

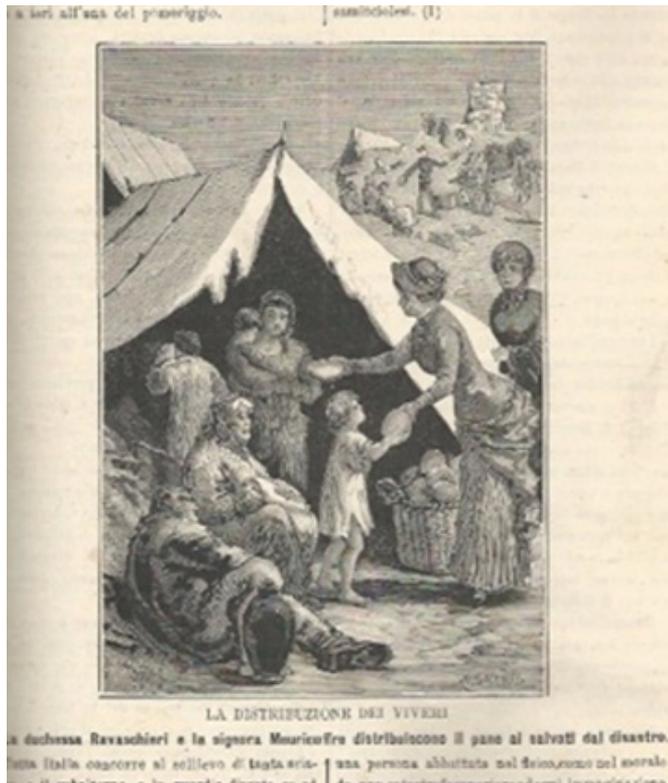


Fig. 2 - Teresa Filangeri soccorre i terremotati di Casamicciola Tavola del Cenni.



Fig. 3 - Sita Meyer Camperio.



Fig. 4 - Lina Bianconcini Cavazza.

Bibliografia

E. Branca, Dottoresse al fronte? La CRI e le donne medico nella grande guerra.
ANSMI Piemonte

E. Branca, Le dottoresse al fronte e i corpi sanitari femminili nella Prima guerra mondiale ANSMI Nazionale

G. Nava, Appunti sunti di storia della Croce Rossa – Comitato CRI di Cremona

S. Camperio Meyer, La mia vita e le origini della nostra famiglia

https://it.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale

M. Seacole, S. Salih, Wonderful Adventures of Mrs Seacole in Many Lands

Edizione Inglese di Mary Seacole e Sara Salih 29 nov. 2005

C. Cipolla, P Vanni, Storia della Croce Rossa Italiana dalla nascita al 1914 – Vol. I.II.III

Circolare del 1° giugno 1866 – Sanità Militare

P. Vanni, M.E. Monaco, Le infermiere volontarie e la grande guerra Franco Angeli Editore, Milano, 2019

Bollettino Croce Rossa Alba 1917

Regio Decreto 23 maggio 1915 n. 719

Regolamento per il tempo di guerra della CRI

<https://cadutivigevano.it/pagina1/vigevano/ufficio-notizie-alle-famiglie-dei-militari-di-terra-e-di-mare/la-sottosezione-di-vigevano/componenti-dellufficio-notizie-dal-1915-al-1919/>

P. Baronchelli, P. Grosson La donna della nuova Italia, documenti del contributo femminile alla guerra, (maggio 1915-maggio 1917) Raccolti ed ordinati 1917

Emigrazione italiana e malattia: una compagnia costante. L'esperienza del Museo Nazionale dell'Emigrazione italiana a Genova

Nicla Buonasorte

Museo Nazionale dell'Emigrazione Italiana (Genova)
(nbuonasorte@muma.genova.it), (segreteria@museomei.it)

Riassunto

All'interno del nuovo Museo dell'Emigrazione italiana a Genova la malattia, spesso legata all'alimentazione, viene affrontata come un tassello fondamentale per comprendere la situazione dell'Italia del XIX secolo, terra di emigranti. Durante il viaggio, poi, frequenti erano le epidemie a bordo dei piroscafi. Infine, diverse patologie erano motivi ostativi all'ingresso dei migranti nei paesi di destinazione. Il contributo spiega come questi aspetti sono stati musealizzati nel percorso espositivo.

Summary

In the new Museum of Italian Emigration in Genoa, illness, often linked to food, is addressed as a fundamental element in understanding the situation in 19th-century Italy, a land of emigrants. Then, during the voyage, epidemics on board steamships were frequent. Finally, various diseases were impediment reasons for migrants to

enter the countries of destination. The contribution explains how these aspects were musealized in the museum route.

Parole chiave

Emigrazione, malattia, epidemie, alimentazione, museologia

Keywords

Emigration, disease, epidemics, food, museology

La malattia è una presenza costante nella storia della emigrazione italiana: nella situazione di partenza degli emigranti nell'Italia del XIX secolo, in cui le diverse regioni erano accomunate dalla presenza di malattie endemiche, poi durante il viaggio verso le varie destinazioni, quando si sviluppavano facilmente patologie infettive e parassitarie, e infine all'arrivo, dove molte patologie rappresentavano motivi ostativi all'ingresso nei "nuovi mondi".

Ne parliamo qui a partire dal percorso forzoso virtuale di cose attraverso l'allestimento del MEI, il Museo Nazionale dell'Emigrazione italiana, inaugurato a Genova nel maggio 2022, un museo senza oggetti, completamente digitale, che narra la storia dell'emigrazione italiana a partire dalle storie di vita vissuta di persone che per motivi diversi si sono spostate dall'Italia verso ogni spazio dei vari continenti. È un museo interattivo dove il visitatore può scegliere tra varie opzioni storiche, geografiche e biografiche.

Per un caso fortuito, ma interessante dal nostro punto di vista, il MEI ha sede nel complesso monumentale della Commenda di San Giovanni di Pré, che comprende due chiese e i locali dell'antico Ospitale dei Cavalieri di San Giovanni, i futuri Cavalieri di Malta, la cui fondazione risale al 1180, sulla base di un edificio sacro preesistente. Era quindi un luogo dove venivano curati malati, feriti, poveri, pellegrini, crociati, mercanti. L'Ospitale, che faceva parte della complessa rete dei

luoghi di accoglienza religiosi lungo le vie di pellegrinaggio, era l'ultima tappa prima dell'imbarco verso le mete di pellegrinaggio e di scambi economici del Mediterraneo medioevale. Secondo la tradizione dell'ordine, che era un ordine religioso di tipo cavalleresco-militare, alla cura del corpo veniva affiancata la cura dell'anima; al malato che arrivava si lavavano i piedi e si offriva il servizio della confessione e della comunione. Dalle chiese affiancate alle sale di degenza, che potevano garantire una capienza fino a ottanta letti, i malati potevano ascoltare le diverse funzioni religiose che si susseguivano. Il complesso, fra l'altro, venne costruito sopra il corso di un torrente, un'attenzione che segnala la conoscenza della medicina araba del tempo in fatto di cura e igiene, dovuta proprio alla nascita dei Cavalieri nella città di Gerusalemme.

L'Italia contadina: alimentazione e malattia

Per raccontare qual era la situazione della maggior parte della popolazione italiana, al tempo della cosiddetta "grande emigrazione" negli ultimi decenni dell'Ottocento, abbiamo scelto di approfondire, in una sala del museo, lo stato di salute (per così dire) degli italiani. Non siamo un museo di storia della medicina, per cui ci siamo chiesti come veicolare contenuti scientifici e come "musealizzare" la malattia, che dal punto di vista del percorso espositivo è uno dei diversi aspetti da conoscere, un fattore di spinta, senza dubbio, nella scelta migratoria, ma anche un tassello della vita quotidiana per chi non è mai partito.

Per riflettere sul complesso nodo che lega l'alimentazione e la malattia abbiamo costruito una scenografia realistica in movimento, con una donna contadina che gestisce il focolare e il marito a capotavola, dove, con proiezione zenitale, il visitatore, seduto anch'egli a tavola, su uno sgabello, vede il suo piatto riempirsi con gli alimenti tipici della dieta contadina nelle diverse zone d'Italia, con le sue carenze e i suoi squilibri. In sovraimpressione, sul tavolo accanto ai piatti si "accendono" specifiche informazioni sugli usi alimentari nelle varie zone prese in esame, da sud a nord, da est a ovest. Il problema non era solo quello dell'insufficiente apporto in

senso calorico e proteico, ma anche quello della scarsa varietà degli alimenti: si pensi alla polenta di mais al nord e al pane di segale al sud, che spesso rappresentavano l'unica fonte di sostentamento, accanto a minestre spesso composte da erbe selvatiche, alle patate, ai legumi e alle castagne. La carne, com'è noto, era alimento raramente presente. Anche nelle zone dove le famiglie allevavano il maiale, dopo la macellazione, i suoi numerosi prodotti, comunque, rappresentavano spesso l'unica fonte proteica dell'anno.

Raccontiamo di come la malnutrizione sia spesso causa di malattia, ad esempio attraverso la storia della pellagra, con le sue complicanze anche sulla salute mentale, dello scorbuto, del rachitismo, che colpiva anche i bambini delle città che vivevano in ambienti sovraffollati e malsani. Le vitamine scarseggiavano ovunque, soprattutto perché i prodotti delle coltivazioni venivano avviati al mercato e non al consumo interno, essendo di proprietà di attenti padroni a cui non sfuggiva la mancanza di prodotti in caso di sottrazione da parte dei mezzadri. Anche l'acqua era spesso veicolo di malattie, soprattutto fra i bambini. Molto presto, durante la crescita, si passava a bere vino, considerato meno pericoloso dell'acqua ma comunque di qualità scadente, e soprattutto fornitore di un apporto calorico sostitutivo delle carenze alimentari¹.

Anche le scelte economico-politiche delle classi dirigenti avevano immediatamente un riverbero sulla condizione dei più poveri: pensiamo alla tassa sul macinato, istituita nel 1868 e in vigore fino al 1884, che provocò un consistente aumento del prezzo del pane e contribuì ad aumentare la povertà delle classi contadine, spesso costrette a pagare in natura la tassa, privandosi così di parte del macinato che sarebbe stato alla base della loro alimentazione. Anche l'imposta sul consumo del sale, in vigore dal 1862 al 1974, fece sì che questo condimento fosse scarsamente presente nella dieta dei contadini, dato che lo Stato, che ne aveva il monopolio, imponeva un prezzo elevato che pochi potevano permettersi.

Il rapporto tra le condizioni economico-sociali, quelle abitative e lo scarso se non la mancanza di accesso alle cure sono aspetti di un panorama che a volte, per i

¹ Cfr. il grande affresco offerto da A. PROSPERI, *Un volgo disperso. Contadini d'Italia nell'Ottocento*, Einaudi, Torino 2021.

nostri giovani, cioè la parte preponderante dei nostri visitatori, è difficile immaginare. Malattie endemiche come la malaria, il tetano, la difterite, la poliomielite, le epidemie di tifo, di colera, di vaiolo, la diffusione della sifilide, della tubercolosi, della pellagra erano causa della elevatissima mortalità infantile e della bassa speranza di vita (nell'anno dell'unificazione italiana, nel 1861 quasi 4 bambini su 10 non raggiungevano il quinto anno di età e la speranza di vita alla nascita era inferiore ai 50 anni). I numeri hanno iniziato ad invertirsi solo con il miglioramento dell'alimentazione, dell'igiene e la diffusione della copertura vaccinale. Queste, purtroppo, furono le condizioni di vita e di morte per milioni di persone per un periodo molto lungo della nostra storia².

Attraverso schermi interattivi, il visitatore può ricevere informazioni sulle malattie più diffuse, a partire dalle immagini di una bambina, di un uomo e di una donna. Si approfondiscono la difterite, il tetano, la poliomielite, la pellagra, il vaiolo, la malaria, la tubercolosi, il tifo, il colera, il rachitismo e la sifilide. Abbiamo inserito tra le criticità a volte letali anche le complicanze della gestazione e del parto, non certo perché queste situazioni siano "malattie" ma perché per la componente femminile della popolazione rappresentavano fattori di rischio non indifferenti, sia per le condizioni igienico-sanitarie che per le gravidanze ravvicinate, per la giovane età delle madri e per la mancanza di assistenza e cure adeguate in caso di situazioni problematiche al momento del parto.

La memoria delle tragedie dell'emigrazione

Una seconda zona del Museo dove la malattia risulta ampiamente raccontata è il Memoriale delle tragedie dell'emigrazione. La storia delle migrazioni è amaramente costellata di incidenti e tragedie causati dalle precarie condizioni di viaggio, dallo sfruttamento dei lavoratori e delle lavoratrici migranti, dalla mancanza

² Cfr. P. SORCINELLI, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale tra tifo petecchiale e pellagra*, FrancoAngeli, Milano 1986.

di tutele adeguate e da episodi di violenza razzista. L'emigrazione italiana non fece e non fa eccezione.

Il memoriale, un'installazione ambientale accompagnata da una postazione multimediale in costante aggiornamento, vuole ricordare alcune delle più significative "tragedie dell'emigrazione": episodi luttuosi e drammatici che nel corso del XIX e XX secolo hanno funestato la storia italiana coinvolgendo migliaia di persone, dal tragico naufragio del piroscafo *Oncle Joseph*, avvenuto nel 1880 ma così tremendamente attuale, fino ai due più tristemente famosi incidenti sul lavoro di Marcinelle nel 1956 in Belgio e di Mattmark nel 1965 in Svizzera, passando attraverso i linciaggi a sfondo razzista di New Orleans, U.S.A., nel 1891, e di Aigues Mortes in Francia nel 1893. Il memoriale si configura così come un doveroso tributo alla memoria di coloro che perirono (e periscono), alla ricerca di un futuro migliore, di una vita dignitosa e libera, al dolore delle loro famiglie, agli anni rubati a tante esistenze.

L'installazione suggerisce e propone un momento di riflessione sui fatti storici che hanno segnato l'emigrazione italiana e la loro corrispondenza con i tragici episodi legati alle migrazioni attuali, di cui siamo quotidianamente spettatori, perché, denunciandone l'assurdità, ognuno possa soffermarsi sull'unicità di ogni vita. Accanto al Memoriale una postazione archivio permette di approfondire le storie delle venti tragedie che sono state scelte come iconiche nella storia italiana³.

³ Si trovano approfondite le vicende seguenti: 24 novembre 1880, Mar Tirreno, naufragio dell'*Oncle Joseph*, 239 vittime; 14 settembre 1888, isole Canarie, naufragio del *Sud America*, 87 vittime; 17 agosto 1893, Aigues Mortes, Francia, linciaggio, 10 vittime; 14 marzo 1891, New Orleans, Louisiana, Stati Uniti, linciaggio, 11 vittime; autunno 1893, oceano Atlantico e mar Mediterraneo, epidemia a bordo del *Carlo R*, 210 vittime; 4 luglio 1898, oceano Atlantico, naufragio della *Bourgogne*, 549 vittime; 20 luglio 1899, Tallulah, Louisiana, Stati Uniti, linciaggio, 5 vittime; 4 agosto 1906, mar Mediterraneo, naufragio del *Sirio*, oltre 200 vittime; 6 dicembre 1907, Monongah, West Virginia, Stati Uniti, esplosione in miniera, 362 vittime; 13 novembre 1909, Cherry, Illinois, Stati Uniti, esplosione in miniera, 259 vittime; 25 marzo 1911, New York, Stati Uniti, incendio nella fabbrica tessile *Triangle*, 146 vittime; 15 aprile 1912, oceano Atlantico, naufragio del *Titanic*, 1518 vittime; 22 ottobre 1913, Dawson, New Mexico, Stati Uniti, esplosione in miniera, 263 vittime; 7 novembre 1915, mar Mediterraneo, affondamento del piroscafo *Ancona*, 206 vittime; 8 febbraio 1927, Palneca, Corsica, Francia, tempesta di vento, 12 vittime; 25 ottobre 1927, oceano Atlantico, naufragio della *Principessa Mafalda*, 314 vittime; 21 gennaio 1940, mar Mediterraneo, naufragio dell'*Orazio*, 114 vittime; 2 luglio

È noto come sui piroscafi sovraffollati con cui milioni di persone si sono spostati dall'Europa verso le Americhe si accumulasse pure un complesso di fattori patogenici per cui malattie ed epidemie erano purtroppo all'ordine del giorno, con un'altissima mortalità infantile⁴. La vicenda della nave Carlo R. è emblematica di una storia che si è ripetuta decine di volte. Alla metà degli anni Novanta del secolo XIX si registra la punta massima dell'emigrazione italiana verso il Brasile, che ha aperto le porte all'immigrazione dopo l'abolizione della schiavitù. Lo Stato di San Paolo paga direttamente il costo del trasporto per i migranti. I più poveri tra i candidati all'emigrazione scelgono quindi questa meta. Il mercato aperto agli armatori è talmente esteso che non esitano a trasformare rapidamente piroscafi da trasporto merci in navi passeggeri. Una di queste navi è proprio il Carlo R. della compagnia Raggio, noleggiato dall'avvocato Giulio Gavotti, uno dei motori dell'emigrazione italiana in Brasile. Riadattato alla meglio, il Carlo R. parte nell'estate del 1893 da Napoli, dove ha imbarcato circa 1400 emigranti, con destinazione Rio de Janeiro. In quei mesi a Napoli si registra una delle periodiche epidemie di colera. A bordo salgono diverse persone infette. Durante la navigazione, date le pessime condizioni igieniche a bordo, l'epidemia si diffonde rapidamente e fa molte vittime. Arrivato a Rio de Janeiro, il piroscifo non ottiene libera pratica e viene inviato in quarantena. Vista l'impossibilità di sbarcare, il comandante decide di rientrare in Italia, destinazione Genova, dopo aver fatto rifornimento di viveri, carbone e medicine, convinto anche da un certo numero di colpi di cannone dimostrativi sparati da terra. Il viaggio di ritorno si rivela però ancora più drammatico, segnato dal divampare da un'epidemia di morbillo: ogni giorno muoiono emigranti che durante la notte vengono gettati in mare per non spaventare gli altri passeggeri. Tornati in Italia, dopo quattro mesi di navigazione, si conteranno oltre duecento morti e altrettanti malati gravi. Con atto dovuto, il comandante Scipione Cremonini e

1940, mare d'Irlanda, affondamento dell'Arandora Star, 446 vittime; 8 agosto 1956, Marcinelle, Belgio, esplosione in miniera, 262 vittime; 30 agosto 1965, Mattmark, Svizzera, cantiere sepolto dal ghiacciaio, 88 vittime.

⁴ Cfr. A. MOLINARI, *Traversate. Vita e viaggi dell'emigrazione transoceanica italiana*, Edizioni Selene, Milano 2005 e, più recentemente, S. SABBATANI, *Le epidemie sul mare. Odissee di migranti nel XIX secolo*, "Le Infezioni in Medicina", n. 2, 2015, pp. 195-206.

l'avvocato Gavotti saranno ritenuti responsabili della tragedia per non aver saputo gestire l'epidemia a bordo, con la condanna a due mesi di carcere per il comandante.

Sani di corpo e di mente

Un altro aspetto importante sul quale voglio soffermarmi è quello della malattia come condizione che non permetteva al migrante di entrare nei paesi di destinazione e che spesso ne faceva disporre l'immediato rimpatrio. Soprattutto nel secondo dopoguerra, questo era un controllo rigoroso che subivano i lavoratori diretti, ad esempio, in Belgio e in Svizzera. Ma già negli anni della "grande emigrazione" ottocentesca alla partenza in Italia i regolamenti prevedevano che gli emigranti venissero sottoposti a una visita medica, che molte volte però aveva maglie assai larghe. Tra le patologie che avrebbero impedito l'imbarco troviamo atrofia degli arti (postumo di poliomielite), anchilosi delle giunture, arteriosclerosi, ernia, gozzo, vene varicose, cardiopatia, malattie della pelle, disturbi mentali... una casistica che riflette lo stato di salute di montanari e contadini italiani. La Legge sull'Immigrazione varata negli Stati Uniti nel 1907 impediva l'ingresso agli stranieri "idioti, imbecilli, deboli di mente, epilettici, pazzi, indigenti, mendicanti, tubercolotici, affetti da malattie ributtanti o contagiose, mentalmente o fisicamente deficitari a tal segno da non essere in grado di guadagnarsi la vita".

Ad Ellis Island, la porta degli Stati Uniti d'America nel porto di New York, dopo lo sbarco, la "tonnellata umana" (così erano definiti i migranti di terza classe) veniva sottoposta a un minuzioso controllo sanitario. I migranti italiani recavano con sé mali endemici, come la malaria e il tracoma; il controllo all'arrivo si focalizzava sulla presenza di problemi ai piedi, alle ginocchia, alle anche, alla schiena, alle mani, malformazioni del corpo, anomalie dell'espressione che potessero far sospettare problemi mentali, capelli, orecchie, mani, età avanzata, cioè tutte le situazioni che avrebbero impedito di accedere al mondo del lavoro riservato agli emigrati. In caso di dubbio il medico poneva domande all'immigrato attraverso l'assistenza di un

interprete. I problemi rilevati vengono segnalati con segni scritti con il gesso sui vestiti, diversi a seconda del problema riscontrato. Un secondo ufficiale medico controllava soltanto gli occhi, cercando segni di tracoma, cecità, difetti visivi, cataratta; senza dubbio l'esame più spiacevole dell'intero percorso ispettivo.

Lo stato della salute mentale viene approfondito nel caso si fossero notate anomalie, soprattutto comportamentali, con un metro di giudizio piuttosto stretto, che comprendeva, oltre al controllo di tutto ciò che era riconducibile a una dipendenza e all'alcolismo, anche una serie di test e domande che spesso risultavano incomprensibili per chi parlava un'altra lingua, era cresciuto in una diversa cultura e, per età e caratteristiche personali, non riusciva a interagire positivamente con i medici. Uno dei test prevedeva di disegnare cinque forme geometriche mostrate una sola volta. Possiamo immaginare il risultato quando l'esaminato, come spesso accadeva, non aveva mai tenuto in mano una matita in vita sua.

Al termine di queste procedure avveniva una tripartizione tra coloro che potevano entrare negli Stati Uniti, coloro che, segnati con il gesso, necessitavano di degenza e quelli che invece erano immediatamente respinti. Ma anche per chi riusciva a entrare negli stati di arrivo nulla era garantito a livello sanitario. Tra le centinaia di migliaia di persone che sarebbero rientrate in Italia dopo un periodo in America del Nord o in Brasile erano numerosi i casi di febbre gialla, di tubercolosi e di tracoma contratti nei paesi di immigrazione, per non parlare del rientro per mental insanity, frutto delle condizioni di vita e di relazione che gli emigrati avevano dovuto subire: il numero di rimpatriati per questo motivo era di cinquanta volte superiore a quello dei respinti all'arrivo per la stessa patologia⁵.

“Musealizzare” la malattia?

Al termine di questo rapido viaggio attraverso il Museo e le storie dell'emigrazione italiana vorrei soffermarmi brevemente sulla questione

⁵ F. ACERENZA, *La salute dell'emigrante: viaggio per mare tra avventura e malattie*, in *La Merica! Da Genova a Ellis Island il viaggio per mare negli anni dell'emigrazione italiana*, Sagep, Genova 2008, pp. 86-97.

soggiacente le scelte compiute nell'allestimento del Museo Nazionale dell'Emigrazione Italiana di Genova. Si può "musealizzare" la malattia? E se rispondiamo affermativamente, come procedere? In che modo parlare di argomenti delicati e a volte portatori di un carico pesante di dolore e di morte? Come affrontare, all'interno di un percorso rivolto prevalentemente alle scuole, gli aspetti negativi della situazione dei contadini italiani, la malattia, la fame, le tragedie che hanno costellato la nostra storia anche recente? La riflessione che abbiamo compiuto in fase progettuale ci ha portati a non eludere questi temi, essenziali alla comprensione di un fenomeno che accompagna da sempre l'uomo nella sua storia e che dura tuttora. Si può quindi, con linguaggio adeguato, parlare di malattia e di morte, a patto di non sciogliere queste condizioni dal legame indissolubile con la persona e il diritto alla salute. Ci aiuta, come speriamo aiuti tutti i visitatori del museo, a riflettere sul legame complesso tra problematiche sociali, progresso scientifico, storia delle mentalità, economia. Ci ricorda che la realtà è più complessa delle partizioni accademiche tra le diverse materie e che nessun progresso è garantito per sempre se non è garantito a tutti.



Fig. 1 - La Commenda di San Giovanni di Pré, sede del Museo Nazionale dell'Emigrazione italiana a Genova. (MEI).



Fig. 2 - L'installazione multimediale sull'alimentazione. (MEI).



Fig. 3 - Il Memoriale che ricorda le tante tragedie dell'emigrazione. (MEI).

Affinché resti Memoria: testimonianze dal museo di Odontoiatria. Le donazioni Andrea Pacotti e Armando Sonnati

Valerio Burello

Dipartimento di Scienze Chirurgiche. Dental School Torino. Collezione Storica di Odontoiatria (valerio.burello@unito.it)

Riassunto

Presso la Collezione Storica di Odontoiatria della Dental School dell'Università degli Studi di Torino sono ordinatamente esposte interessanti raccolte di attrezzature e materiali appartenuti a personaggi noti e meno noti dell'odontoiatria italiana e che hanno permesso di realizzare l'attuale esposizione affinché resti memoria.

L'evoluzione di una professione così specialistica come quella odontoiatrica è frutto del progresso maturato attraverso l'attività di molte persone, ciò nondimeno occorre ridare voce, immagine e identità al passato, restituirgli memoria viva. Pertanto, è parso doveroso approfondire il profilo biografico di alcuni di loro, in particolare i Medici Condotti del cuneese: Andrea Pacotti a Boves e Armando Sonnati a Montà d'Alba. Le potremo definire storie nella Storia in quanto il museo è un luogo di memoria.

Summary

At The Historical Collection of Dentistry at the Dental School of the University of Turin displays interesting collections of equipment and materials belonging to well-

known and lesser-known figures in Italian dentistry, which allowed the current exhibition to be created so that the memory remains.

The evolution of a specialized profession such as dentistry is the result of progress achieved through the work of many people, nevertheless it is necessary to give voice, image, and identity to the past, to restore its living memory. For this reason, it seemed necessary to delve deeper into the biographical profile of them, in particular the "Medici Condotti" (household physicians) of Cuneo in Piedmont: Andrea Pacotti in Boves and Armando Sonnati in Montà d'Alba. We can define them as stories in History as the museum is a place of memory.

Parole chiave

Museo di Odontoiatria, Strumenti dentali, Biografia, Medico Condotto

Keywords

Dental Museum, Dental Instruments, Biography, Household Physician,

Andrea Pacotti, dentista partigiano

La collezione Storica di Odontoiatria vanta una completa ricostruzione di un laboratorio odontotecnico frutto di varie donazioni e prestiti temporanei. Sono esposte diverse attrezzature idealmente utilizzare da un odontotecnico durante la sua carriera professionale, tra la fine dell'Ottocento e la metà del Novecento. In questo ambito è ospitato un importante mobile destinato ad accogliere ordinatamente le scorte dei denti protesici. Venne prodotto intorno al 1927, è in legno di noce chiaro, composto da trenta cassettoni e chiuso da due ante. Si tratta di un esemplare molto interessante in quanto fuori dal comune date le grandi dimensioni. Al momento della acquisizione, i cassetti si presentavano completamente forniti di svariate tipologie di denti in porcellana impiegati per la realizzazione delle protesi rimovibili. Questo materiale venne prodotto in

prevalenza da dieci delle più importanti aziende produttrici, sia europee che statunitensi, tra gli anni 1930 e 1960. Oltre al mobile (Catalogato: Donazione Pacotti) pervennero copia della laurea in Medicina e Chirurgia e le Specializzazioni in Odontoiatria e in Otorinolaringoiatria appartenuti al Dottor Andrea Pacotti, medio condotto a Boves, cittadina che si trova ai piedi del monte Bisalta a pochi chilometri da Cuneo, tristemente conosciuta per la prima rappresaglia nazista contro la popolazione civile in risposta alle azioni dei gruppi partigiani.

Di origini montagnine, in quel di Lemie, alta valle di Lanzo, Andrea Pacotti si laureò in Medicina e Chirurgia specializzandosi successivamente in Odontoiatria e in Otorinolaringoiatria. Prestò servizio come ufficiale medico nei reparti alpini, giunse a Boves nel 1938 dove gli fu assegnata la condotta medica più disagiata che comprendeva tutto il territorio collinare e montano, mentre il capoluogo e la pianura di Boves in provincia di Cuneo erano state riservate al più anziano, il dott. Abrate. I medici erano soltanto due ed erano tenuti a prestare servizio durante tutto il giorno con disponibilità per le visite domiciliari anche nelle ore notturne.¹

Pacotti partiva, con qualunque tempo e in qualsiasi stagione con la sua bicicletta o col suo motorino, sobbarcandosi ore di cammino sui sentieri più impervi per raggiungere i casolari sparsi sulle colline o ai piedi della Bisalta. Preparato e coscienzioso in tempi in cui la diagnosi delle malattie non era ancora affidata alle visite specialistiche e alle analisi radioscopiche, ritornava spontaneamente dai suoi malati per sincerarsi di non essere incorso in eventuali errori. E la gente apprezzava la sua dedizione e gli voleva bene e gli perdonava di buon animo i rimbrotti dietro i quali era facile individuare il cuore grande del burbero benefico.

Erano gli anni della guerra, della lotta di Liberazione e toccò soprattutto a lui occuparsi del soccorso di decine di feriti e, dopo attentati e fucilazioni, anche del riconoscimento delle vittime.

Dopo undici giorni dall'armistizio, il 19 settembre 1943 i tedeschi applicano per la prima volta la politica del terrore. È qui che con un banale pretesto, i militari

¹ F. COLLIDÀ, *Boves: Riconoscimento ad un medico partigiano*, Gazzetta del Popolo, Torino 29-11-1973

tedeschi distruggono l'intero centro abitato appiccando il fuoco alle case e uccidendo 32 persone.

Due soldati tedeschi furono fatti prigionieri dai partigiani. Il maggiore Peiper, capo delle SS, coinvolse il parroco, don Giuseppe Bernardi, e l'imprenditore Antonio Vassallo, in una trattativa per ottenerne la liberazione. La mediazione andò a buon fine, ma i tedeschi misero in atto, comunque, una rappresaglia: il paese venne incendiato, don Bernardi e Vassallo furono trucidati. Il riconoscimento di don Bernardi fu difficoltoso: del corpo rimanevano solo il tronco e la testa. Fu il suo dentista, il dott. Andrea Pacotti, a riconoscerlo grazie alla protesi che gli aveva applicato pochi giorni prima².

Nel dicembre 1973, la fondazione milanese Carlo Erba, in riconoscimento dell'opera prestata a favore dei bovesani per l'assistenza ai partigiani durante la guerra di Liberazione, conferì al Dott. Pacotti il prestigioso premio "Missione del Medico" con una motivazione che sottolineava:

la qualità più ammirevole del dottor Andrea Pacotti è la sua modestia; al termine del conflitto non chiese benemerenze, ricompense o altro, non chiese riconoscimenti limitandosi ad affermare di aver fatto semplicemente il suo dovere di medico.

Il Cinegiornale di allora ne riporta un breve profilo:

Andrea Pacotti è il medico condotto di Boves paese cardine nella geografia del martirio e degli eroismi della resistenza, è stato il medico dei partigiani, alla fine della guerra ha rifiutato qualsiasi ricompensa e non ha voluto lasciare la sua condotta di montagna per una sede più comoda." ³

² F. COLLIDÁ, *Boves, cit.*

³ CALEIDOSCOPIO CIAC / C2190, *Premio Missione del medico 1973*, Archivio Istituto Luce, Milano 02/01/1975.

Morì improvvisamente il 26 dicembre 1983. Il Consiglio Comunale di Boves gli dedicò una strada per tramandare la memoria di uno dei suoi più illustri e benemeriti concittadini.

Dott. Armando Sonnati, Medaglia d'oro "alla memoria" al Merito della Sanità Pubblica.

Il materiale storico è recentemente pervenuto in donazione da Maria Gabriella la figlia del Dottor Sonnati, è esposto presso la Collezione Storica di Odontoiatria e riguarda strumenti ed oggetti posti a corredo delle ambientazioni già presenti pertinenti gli anni '50 e '60 del Novecento. Si tratta di materiale essenziale per l'attività professionale, utilizzato sia in ambito odontoiatrico che odontotecnico.

Si evidenziano specialmente: piccola strumentaria medica, pinze da estrazione, specchietti endorali, siringhe per anestesia, leve per avulsione dentaria, aspira saliva, spatole, utensili ad uso odontotecnico. Assieme a confezioni di farmaci e per l'igiene orale, anche materiale di consumo sia odontoiatrico che odontotecnico.

Armando Sonnati nacque il 31 agosto 1925 a Cerrina Monferrato in provincia di Alessandria. All'età di diciannove anni, entrò a far parte del Corpo Volontari della Libertà, era il braccio militare del Comitato di Liberazione Nazionale. L'VIII Divisione "Braccini" era costituita da 400 uomini circa suddivisi in quattro brigate, "Lenti", "Pasino", "Mirabelli" e "Boidi", distribuite a macchia di Leopardo nelle colline del Basso Monferrato e alla periferia di Alessandria, a Castellazzo Bormida e Mandrogne.

Nel mese di aprile 1945 e precisamente dal giorno 23 con la battaglia insurrezionale nella VII Zona piemontese vengono liberate le principali località della provincia di Alessandria dai nazi-fascisti conclusasi con la resa dei tedeschi a Valenza il 29 aprile.⁴

A ventuno anni è matricola presso l'Università di Torino dove frequenta la facoltà di Medicina e Chirurgia fino al 1948. Completerà gli studi presso l'Università di

⁴ D. BORIOLI, R. BOTTA, *L'insurrezione in provincia di Alessandria*, Quaderno di Storia Contemporanea, 16, 1985-1986, pag. 7-16.

Modena dove, nel 1952, consegnerà la Laurea e, a Torino, i diplomi di specializzazione in Odontoiatria e protesi dentaria e in Radiologia.

Iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di Cuneo, esercitò la professione dal 1952 al 1963 per la cura degli infortunati sul lavoro presso i comuni di Monteu-Santo Stefano Roero, Castagnito e Castellinaldo; in seguito, in un concorso pubblico gli fu assegnato l'incarico per la Condotta di Montà d'Alba.

Chi arriva a Montà d'Alba da Torino scoprirà che le colline del Roero nascono proprio là dove l'altipiano ha termine. Il piccolo borgo è posto sul naturale terrazzo affacciato sulla pianura del fiume Tanaro ed evoca chiaramente il mondo del vino.

Il Dottor Sonnati sposato con Silvida Buscatti ebbe due figli, Claudio e Maria Gabriella. Adora la famiglia, dice che le ore più belle sono quelle che passa in casa ad aiutare i figli a fare i compiti. Ma quando il telefono chiama, risponde "Vengo subito", afferra la borsa con gli strumenti ed esce veloce, anche se è morto di stanchezza.

Così, di corsa, esce anche se fosse per lui l'ultima volta. In un casolare isolato una bimba ha la febbre alta. È una nottata terribile, nebbia, 10 gradi sottozero con le strade ghiacciate. Purtroppo, è troppo stanco, sbaglia strada, invece di prendere quella che porta alla frazione Castellero e conduce fino alla casa della bimba malata, infila quella prima, che corre, tra i campi.

Nessuna luce, nemmeno i paracarri. Tutto attorno, neve. La Volkswagen Maggiolino slitta e sbanda, poi si blocca nella neve. Sonnati prende la pala che tiene nel portabagagli e scava attorno alle ruote posteriori, per mettere sotto la ruota un plaid e il suo cappotto in modo da far presa, ma non c'è nulla da fare. Potrebbe tornare a piedi sulla provinciale, ma è atteso dalla bimba malata. Prende la borsa con strumenti e medicine, s'incammina tra la neve: percorre una cinquantina di metri, poi gli mancano le forze, come medico, riconosce i sintomi del collasso, ma non può fare niente. Cade in mezzo alla strada, sfinito: lo ritrovano il mattino dopo, ormai senza vita.⁵

Molti giornali ne danno l'annuncio, oltre a quelli di categoria anche i maggiori quotidiani e riviste. La notizia giunge a Cerrina Monferrato, il paese natale di Sonnati. I

⁵ Il Monferrato, Settimanale Indipendente, Ed. Monferrato, Casale Monferrato (AI) 9 marzo 1968

suoi concittadini furono tanto colpiti dalla notizia al punto da far erigere, in occasione del primo anniversario della scomparsa, una stele commemorativa.

Il monumento al Medico Condotta

Nel 1969, una “maestrina d’altri tempi”, Magda Maino, insegnante elementare, assieme ai suoi alunni lanciarono la proposta di dedicare un monumento al Medico Condotta. Nell’anno 1979, dopo un decennio di appelli e sensibilizzazioni dell’opinione pubblica, si giunse alla realizzazione di quell’importante monumento nell’intento di ricordare quell’istituzione indimenticabile che era la figura del Medico condotto.

Serralunga di Crea venne così “a rappresentare l’Italia dei borghi, dove un tempo la figura del Medico condotto, insieme con quella della levatrice, del maestro, del parroco e del farmacista, dava forza connettiva al tessuto della comunità locale”.

Sulla Domenica del Corriere del gennaio 1978 appare un articolo⁶ firmato da Pier Michele Girola dal titolo: “Una maestra nove bambini e un Medico condotto”, dove è narrato il lungo periodo intercorso dalla morte di Sonnati alla realizzazione del monumento. Un trafiletto riquadrato all’interno dell’articolo è intitolato: “Ma tutto finì con la riforma sanitaria”. Una frase, del dott. Eumenio Miscetti, tesoriere della Associazione Nazionale Medici Condotti, pronunciata durante il loro ultimo Congresso evidenziava la preoccupazione dei medici che avrebbero dovuto affrontare l’incognita Riforma Sanitaria:

I dodicimila medici che oggi svolgono le funzioni di condotti verrebbero assorbiti dal 1° gennaio nelle Unità Sanitarie Locali, il medico condotto ha un rapporto molto stretto con i pazienti, la riforma lo riduce ad un semplice impiegato, senza quegli obblighi morali che oggi sente di avere.

Il monumento al Medico condotto del Santuario di Crea potrebbe suonare come un epitaffio per una categoria che, secondo la riforma sanitaria, è destinata a scomparire.

Il 23 settembre '79 venne solennemente inaugurato poco sotto al Sacro Monte di Crea il Monumento al Medico Condotta d’Italia, opera insigne dell’architetto-scultore

⁶ Domenica del Corriere del gennaio 1978 pp. 45-49

Luigi Visconti. Il monumento è una statua in bronzo che rappresenta una madre che slancia in avanti il suo bimbo e vuole esprimere “la vita”, difesa in ogni momento dal medico condotto. Fanno corona alla statua sedici pannelli, anch’essi modellati in bronzo, che ricordano alcuni degli interventi più significativi di questo “missionario” del bene fisico e morale. Un sacrificio, come quello di Gianfranco Trevisan, medico condotto scomparso sotto la diga del Vajont, o quello di Biagio Marino, sepolto sotto le macerie del terremoto di Montevago nel Belice. La tragedia univa così, idealmente il Nord e il Sud del nostro Paese.⁷

L’allora Presidente della Regione Piemonte, Aldo Viglione nel discorso tenuto durante l’inaugurazione affermò:

“l’iniziativa che dopo dieci anni di forte impegno diventa monumento concreto a Serralunga di Crea ricorda, in modo visibile, il prezzo pagato dai medici condotti per il loro altruismo e la realizzazione dell’umana solidarietà⁸

Un sentito ringraziamento al Prof. Giulio Preti per il materiale storico donato al museo di odontoiatria e le preziose informazioni riguardanti il *suo dentista* Dott. Andrea Pacotti. Alla Prof.ssa Maria Gabriella Sonnati per il materiale storico e documentale donato al museo di odontoiatria e per le preziose informazioni riguardanti suo papà, dott. Armando Sonnati.

⁷ P. Piano, *Il Monumento al Medico Condotto e il Tempio Votivo ai Medici d'Italia*. 27 aprile 2020 <https://liberamentelaboratorioidiidee.news.blog>

⁸ L. Bassi, L. Visconti, *Monumento al Medico Condotto d'Italia*, Graphica Alessandria, 1979.



Andrea Pacotti 1910-1983

Fig. 1- Dott. Andrea Pacotti.

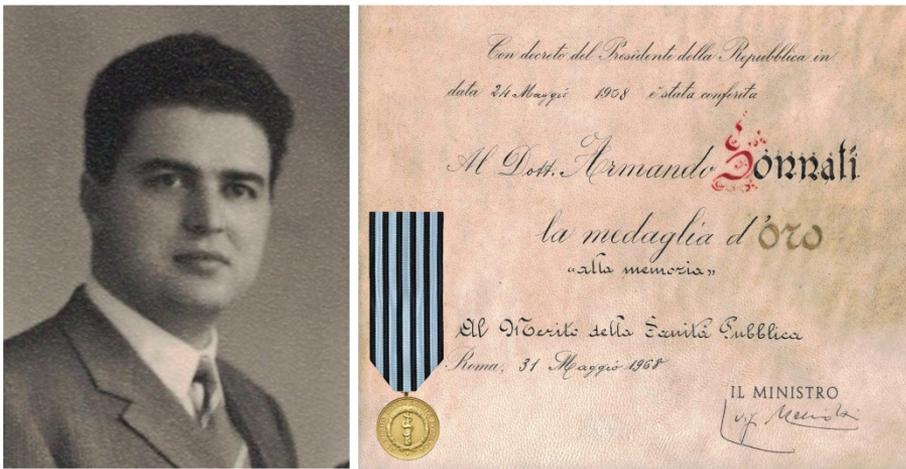


Fig. 2 - Dott. Armando Sonnati.



Fig. 3 - Monumento al medico condotto d'Italia. Serralunga di Crea (AI), Parco del Sacro Monte. Inaugurazione 23 settembre 1979. Copertina della pubblicazione realizzata in occasione dell'inaugurazione.

La fotografia medica nell'Ottocento: un importante mezzo di diffusione della neonata psichiatria

Jessica Casaccia

Università Campus Bio-Medico di Roma
(j.casaccia@unicampus.it)

Riassunto

Gli scienziati hanno sempre avuto la necessità di comunicare le proprie idee e le proprie scoperte ai colleghi e alla società. Con l'invenzione della stampa, questo bisogno venne finalmente colmato dando il via alla fondazione di periodici e riviste con l'obiettivo di diffondere i risultati ottenuti tramite le ricerche effettuate. A partire dalla seconda metà del Seicento le prime riviste dedicate alla medicina iniziarono a comparire, raggiungendo un ampio successo durante il corso dell'Ottocento. Soprattutto a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, con la nascita della fotografia, gli articoli di ambito medico cominciarono ad essere affiancati da scatti fotografici, utili per una maggiore comprensione. La fotografia associata alla comunicazione scritta divenne quindi un importante mezzo di diffusione delle Scienze Mediche. Questo intervento si focalizza in particolar modo sulle fotografie pubblicate all'interno di riviste scientifiche di ambito psichiatrico. L'analisi si concentra principalmente sugli scatti raffiguranti individui, con l'obiettivo di approfondire il loro utilizzo all'interno di questo specifico settore.

Summary

Scientists have always had a need to communicate their ideas and findings to colleagues and society. With the invention of printing, this need was finally filled by initiating the founding of periodicals and journals with the aim of disseminating the results obtained through their research. In the second half of the seventeenth century, the first journals devoted to medicine began to appear, achieving widespread success during the course of the nineteenth century.

Especially from the second half of the nineteenth century, with the emergence of photography, articles in the medical field began to be accompanied by photographic shots, useful for greater understanding. Photography associated with written communication thus became an important means of disseminating the Medical Sciences. This paper focuses particularly on photographs published within scientific journals in the field of psychiatry. The analysis concentrates primarily on shots depicting individuals, with the aim of exploring their use within this specific field.

Parole chiave

Psichiatria, fotografia, mezzi di diffusione, periodici

Keywords

Psychiatry, photography, dissemination media, journals

Studiosi, scienziati e ricercatori fin dal passato hanno avuto il desiderio di condividere e comunicare i risultati delle proprie ricerche e le nuove scoperte. Se inizialmente i risultati venivano divulgati ad un gruppo ristretto, con l'invenzione della stampa vi fu una più ampia diffusione che portò alla fondazione di periodici e riviste. A partire dalla seconda metà del Seicento, iniziarono quindi a fare la loro comparsa i primi periodici dedicati all'ambito scientifico: nel gennaio 1665, in Francia, il giornalista e scrittore Denis de Sallo (1626-1669) fondò il *Journal des Sçavans*, all'interno del quale venivano raccolti studi, relazioni e recensioni di

pubblicazioni stampate in Europa, con l'obiettivo di conoscere e divulgare il progresso delle scienze. Pochi mesi dopo, precisamente a marzo, vide la luce il *Philosophical Transactions*, periodico fondato da Henry Oldenburg (1619-1677), il primo segretario della Royal Society di Londra. Successivamente, comparvero le prime riviste dedicate specificatamente alla medicina: tra queste troviamo la *Gazette de France* fondata nel 1640 dal medico francese Théophraste Renaudot (1586-1653), inizialmente con lo scopo di informare sugli avvenimenti della corte, mentre, a partire dal 1649, si trasformò in una vera e propria rivista medica¹. In Germania, invece, nel 1670 nacque la *Miscellanea Curiosa Medico Physica*².

Nel corso dell'Ottocento, le riviste di settore medico continuarono a diffondersi in maniera più ampia, in Italia vennero fondati nel 1817 gli *Annali Universali di Medicina*, seguiti dal *Bullettino delle Scienze Mediche* pubblicato nel 1829 dalla Società Medica Chirurgica di Bologna³. In Francia, troviamo gli *Annales de la médecine physiologique* fondati nel 1822 dal medico François Broussais (1772-1838) e il *Bulletin de l'Académie Royale de Médecin*, il periodico ufficiale dell'"Académie Nationale de Médecine" pubblicato a partire dal 1836⁴. In Gran Bretagna, invece, nel 1853 venne fondato l'*Association Medical Journal*. Infine, negli Stati Uniti diversi periodici vennero pubblicati: il *New England Journal of Medicine and Surgery and the Collateral Branches of Science* nel 1812, il *The Lancet* nel 1823 e il più recente *Journal of the American Association* nel 1883.

A partire dalla seconda metà dell'Ottocento, i contributi pubblicati su queste riviste iniziarono ad essere arricchiti da fotografie. L'invenzione della fotografia, infatti, venne presentata pubblicamente il 7 gennaio 1839 all'Accademia delle Scienze di Parigi e molto velocemente iniziò ad avere successo, raggiungendo anche

¹ Renaudot and the First French Newspaper and Medical Journal, "Journal of the American Medical Association, 324, 8, 2020, p. 811.

² N. MOXHAM, A. FYFE, *The first Philosophical Transactions, 1665-1677*, in "A History of Scientific Journals. Publishing at the Royal Society", 1665-2015, UCL Press, London 2022, pp. 19-50.

³ *Italian Medical Journals*, "The British Medical Journal", 1, 892, 1878, p. 164.

⁴ V. TESNIÈRE, A. CANTAU, *Les revues médicales depuis 1800*, "Revue de Synthèse" 135, 2014, pp. 203-219.

il settore scientifico⁵. In ambito medico i primi utilizzi della fotografia riguardarono la cosiddetta microfotografia, tecnica per mezzo della quale è possibile ottenere immagini fotografiche con l'aiuto di un microscopio, permettendo quindi di raccogliere immagini, ad esempio, di globuli rossi e batteri. Nel 1844 il medico e citologo francese Alfred François Donné (1801-1878) pubblicò un atlante microfotografico, intitolato *Cours de Microscopie*, contenente le immagini della morfologia cellulare di vari campioni, compresi i materiali liquidi (pus, sangue, urina, muco), detriti cellulari provenienti da vari siti del corpo umano (bronchi, tratto gastrointestinale, prostata, vagina, epitelii), spermatozoi e ovuli⁶.

Ma gli scienziati dell'epoca non erano interessati solo al "mondo invisibile" e, pertanto, iniziarono ad utilizzare la fotografia per classificare e studiare malattie sconosciute o condizioni mediche piuttosto particolari. Il primo ritratto fotografico "medico" venne realizzato a Edimburgo nel 1847 dagli scozzesi David Octavius Hill (1802-1870) e Robert Adamson (1821-1848) e raffigurava una donna anziana con un grande gozzo⁷.

Con queste premesse, la fotografia si rivelò essere uno strumento ottimale per la psichiatria, una branca della medicina che nella seconda metà dell'Ottocento stava iniziando a progredire in modo significativo. Tra i primi ad utilizzarla troviamo lo psichiatra inglese Hugh Welch Diamond (1809-1886), grande appassionato di fotografia e direttore del "Surrey County Lunatic Asylum" di Springfield in Essex. Tra il 1850 e il 1851 Diamond iniziò ad utilizzare la fotografia proprio all'interno del manicomio per il quale lavorava con l'intento di mostrare attraverso il ritratto fotografico lo stato emotivo e mentale alterato delle proprie pazienti⁸.

⁵ I. ZANNIER, *Alle origini della fotografia scientifica. Una breve storia*, Emmebi Edizioni Firenze, Firenze 2008, p. 14.

⁶ A. DIAMANTIS, E. MAGIORKINIS, G. ANDROUTSOS, *Alfred François Donné (1801 –78): a pioneer of microscopy, microbiology and haematology*, "Journal of Medical Biography", 17, 2009, p. 83.

⁷ ZANNIER, *Alle origini cit.*, pp. 107-108.

⁸ S. ADDONIZIO, *Portraits of Madwomen: Another Look at Dr. Hugh Welch Diamond's Photographs of the Insane Female in Victorian England*, "Athanos", XVII, 1999, pp. 53-59; C. SCHINAIA, *Chiaroscuri sui rapporti tra fotografia e psichiatria*, "Medicina & Storia", 5, 9, 2005, pp. 99-122.

Secondo lo psichiatra inglese, infatti, la fotografia aveva diversi scopi, tra i quali valutare la fisionomia, comprendere e classificare le patologie della mente per mezzo delle espressioni del viso, dei lineamenti e della conformazione fisica, creando dei veri e propri “*case report*”, ma anche mostrare i progressi dei trattamenti che venivano somministrati ai pazienti. Inoltre, Diamond era convinto che la fotografia potesse avere un fine terapeutico nei confronti degli alienati. Egli, infatti, credeva che condividere i ritratti fotografici con i propri pazienti potesse renderli consapevoli della malattia che li stava colpendo⁹.

Un altro medico, questa volta francese, che utilizzò ampiamente la fotografia in campo psichiatrico fu il celebre Jean-Martin Charcot (1825-1893). Egli si specializzò in particolare nello studio dell'isteria e dell'epilessia nelle donne ospitate presso l'ospedale della Salpêtrière di Parigi. A partire dal 1875, iniziò a ritrarre le proprie pazienti attraverso scatti fotografici con la consapevolezza che le immagini hanno il potere di rimanere maggiormente impresse rispetto alle parole. Nessuna descrizione di una patologia del sistema nervoso può essere, infatti, paragonata ad uno scatto fotografico che raffigura le “deformazioni” ed “anomalie” esteriori da essa provocate. Il metodo clinico di Charcot si basava sull'attenta osservazione delle pazienti e la fotografia era considerata un metodo oggettivo per migliorare questa osservazione. Dal momento che i medici non potevano prevedere quando o dove si sarebbe verificato un attacco epilettico o una crisi, le fotografie delle pazienti venivano scattate mentre esse si trovavano a letto, in modo da riuscire a catturare un attacco nel momento preciso in cui esso si verificava. Pertanto, alla Salpêtrière la fotografia venne integrata alle normali attività quotidiane¹⁰.

In Italia, la fotografia iniziò ad essere introdotta all'interno dei manicomi a partire dagli anni Settanta dell'Ottocento. Essa venne infatti utilizzata nel Manicomio

⁹ S. PEARL, *Through a Mediated Mirror: The Photographic Physiognomy of Dr. Hugh Welch Diamond*, “History of Photography”, 33, 3, 2009, pp. 288-305.

¹⁰ G. DIDI-HUBERMAN, *L'invenzione dell'isteria. Charcot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, Marietti, Genova – Milano 2008; O. WALUSINSKI, *Albert Londe (1858-1917) Photographe à la Salpêtrière à l'époque de Jean-Martin Charcot*, “Histoire des sciences médicales”, 2018, pp. 28-39.

maschile di San Servolo e in quello femminile di San Clemente a Venezia e nell'Ospedale Psichiatrico di San Lazzaro a Reggio Emilia¹¹.

Le fotografie scattate all'interno di questi ambienti venivano, tra le altre cose, utilizzate per lo studio e la comprensione delle malattie che colpivano il sistema nervoso. Pertanto, a poco a poco, fotografie di pazienti ospitati presso manicomi ed ospedali psichiatrici iniziarono a trovare un posto all'interno di riviste e periodici specializzati in questa specifica branca della medicina.

Di seguito vengono quindi presentate alcune tipologie di fotografie che sono state raccolte nel corso di una mappatura delle più famose riviste di ambito psichiatrico pubblicate dall'anno di fondazione al 1900¹² in modo da comprendere maggiormente l'utilizzo della fotografia all'interno dei periodici scientifici di questo settore.

Fotografie molto comuni in questa tipologia di riviste sono quelle ritraenti criminali e malviventi, sulla scia degli studi condotti da Cesare Lombroso (1835-1909) che portarono alla nascita della fotografia criminologica e segnaletica. Lombroso, durante le sue numerose ricerche, non riuscì ad individuare una distinzione tra pazzi e criminali, sostenendo che entrambi erano caratterizzati da un'alterazione strutturale psicosomatica. Il medico era convinto che le caratteristiche fisiche di questi individui, come anomalie craniche, alterazioni dello scheletro, degli organi o dell'aspetto fisico, fossero associate a disturbi della mente. Lombroso trovò quindi una correlazione del punto di vista fisionomico tra criminali e pazzi¹³.

¹¹ J. CONOLLY, *Case Studies from the Physiognomy of Insanity with Plates 1-17*, in *The Face of Madness: Hugh W. Diamond and the Origin of Psychiatric Photography*, Echo Point Books & Media, Brattleboro 2014, pp. 25-111; N. LEONARDI, *Le fotografie come oggetti scientifici negli istituti psichiatrici dell'Italia postunitaria. Ritratti di alienate dalla collezione del Museo Lombroso*, in *Fotografia e scienze della mente tra storia, rappresentazione e terapia*, Aracne Editore, Roma 2018, pp. 87-114; E. PRIANI, *La fotografia manicomiale a Venezia nel secondo Ottocento. Nascita di una pratica tra storie di vita, scienza e arte*, in *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento: dal manicomio al territorio*, Aracne Editrice, Roma 2018, pp. 249-266.

¹² J. CASACCIA, *Fotografia e freniatria nell'Ottocento: l'utilizzo della fotografia nelle riviste psichiatriche italiane*, "Rivista sperimentale di freniatria", 1, 2024, pp. 123-142.

¹³ M. E. WOLFGANG, *Cesare Lombroso*, in *Pioneers in Criminology*, Patterson Smith, Montclair 1972, pp. 232-291; S. J. GOULD, *The Mismeasure of Man*, Norton, New York 1981; D. PICK, *The Faces of Anarchy: Lombroso and the Politics of Criminal Science in Post-Unification Italy*, "History Workshop Journal", 21,

Pertanto, era molto importante lo studio di questi soggetti e la fotografia facilitò questo compito. Ad esempio, nella pubblicazione del medico Antonio Marro (1840-1913) e dello stesso Lombroso intitolata “Album di criminali tedeschi (con 2 tavole fotolitografiche)”, sono presenti due pagine ricche di piccoli ritratti di criminali di nazionalità tedesca. I due medici riuscirono a procurarsi le fotografie di questi malviventi grazie al giurista tedesco Franz von Listz (1851-1919):

abbiamo pregato l'illustre von Listz che, facendosi intermediario presso il direttore della polizia germanica, ci fornì i ritratti criminali dell'album Germanico senza alcuna scelta, come gli venivano alla mano, solo cercando di spedirne in proporzione delle varie categorie criminali. Naturalmente il furto e l'omicidio erano prevalenti, e di questi ci diede il numero maggiore¹⁴.

In questo modo, con quest'ampia collezione di ritratti Marro e Lombroso riuscirono ad ottenere alcuni dati statistici¹⁵ (fig. 1).

Un altro esempio di questo genere è il contributo intitolato “Fisionomia di prostitute russe (con una tavola)”, dove, in questo caso, i ritratti raffigurano prostitute di nazionalità russa (fig. 2). L'autrice, Pauline Tarnowski (1848-1910), aprì la sua pubblicazione con le seguenti parole:

Ho fatto, per accedere all'invito del prof. Lombroso, uno studio accompagnato da fotografie su 100 prostitute della stessa città (di Mosca), e anzi della stessa età,

1, 1896, pp. 60-86; P. BAIMA BOLLONE, *Cesare Lombroso e la scoperta dell'uomo delinquente*, Priuli e Verlucca, Scarmagno 2009; D. CHIRCHIGLIA, A. DELLA TORRE, R. MAROTTA, A. LAVANO, *Down and Dirty Lombroso's Born to Crime, the Morphoanthropology and the Ignored Human Neurophysiology: A Critical Review on a Historical Context*, “Acta Psychopathologica”, 2, 5, 2016, pp. 1-4.

¹⁴ A. MARRO, C. LOMBROSO, *Album di criminali tedeschi (con 2 tavole fotolitografiche)*, “Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente”, 4, 1883, p. 128.

¹⁵ *Ivi*, pp. 127-130.

18 a 22 anni; all'inverso delle criminali, esse hanno una bellezza, se non generale, almeno relativa; non manca in esse il tipo speciale che usiamo chiamare criminale¹⁶.

Successivamente, la stessa giunse ad alcune considerazioni finali pregne di concetti fisionomici:

Questa scarsezza di tipo criminale e questa mancanza di bruttezza per molti parlerà contro le idee emessa da voi che le prostitute non siano se non un equivalente delle criminali. [...] S'aggiunga che la truccatura, che è una pratica necessaria del loro mestiere, nasconde o dissimula alcuni di quei caratteri degenerativi, ciò che per le criminali non accade, e quindi abbiamo forse capelli abbondanti, rughe mancanti ove probabilmente esiste il contrario. Notisi poi che, mentre scarseggiano in esse le anomalie esterne, sono più numerose che nelle criminali le meno appariscenti, o più nascondibili, accavallamento dei denti, divisione del palato, ecc.¹⁷.

Altre fotografie piuttosto comuni sono quelle raffiguranti specifiche parti del corpo contraddistinte da caratteristiche peculiari e, all'epoca, considerate anormali, ataviche e addirittura definite, come visto nel passo precedente, "caratteri degenerativi" o "note degenerative". Di seguito, vengono presentati due esempi. Il primo caso è accompagnato da una fotografia di due piedi colpiti da polidattilia, appartenuti ad un paziente ospitato presso il manicomio di Palermo (fig. 3). Si trattava di "Raff.... C., d'anni 29, ammogliato e senza figli"¹⁸, il quale fece il suo ingresso al manicomio in data 4 febbraio 1893 a causa di comportamenti aggressivi e violenti nei confronti della moglie e dei cittadini. Egli infatti

¹⁶ P. TARNOWSKI, *Fisionomie di prostitute russe (con una tavola)*, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 14, 1-2, 1893, p. 141.

¹⁷ Ivi, p. 142.

¹⁸ F. SANTANGELO SPOTO, *Polidactilia e degenerazione – Pazzo con piedi sexdigiti appartenente a famiglia affetta da polidactilia spontanea. Contributo all'antropologia e psichiatria criminale*. "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 15, 1-2, 1894, p. 4.

da uno stato di relativa calma passava ad eccessi furiosissimi spezzando i pochi mobili di casa o gettandoli dalla finestra. Pochi mesi addietro fu nuovamente arrestato per resistenza alla forza pubblica, ma poi ne fu prosciolto perché dichiarato irresponsabile, e dal carcere venne quindi rimesso in questo manicomio¹⁹.

Il secondo caso invece riguarda un uomo, "P. Francesco, di 87 anni, affetto da pazzia dei querulanti e delirio di persecuzione, aveva robustissima, sana costituzione fisica, malgrado la sua tarda età, e nessuna nota degenerativa tranne all'orecchio"²⁰.

Nella figura (fig. 4) possiamo osservare le caratteristiche delle orecchie di quest'uomo che presentano una crescita di peli in direzione anomala.

L'autore del contributo comunicò: "Venuto a morte in condizioni demenziali, il 18 novembre 1897, io pensai di ritrarne colla fotografia i padiglioni auricolari che mostrano molto distintamente una direzione dei peli anomala"²¹.

Sono presenti poi alcune fotografie in cui l'intento pare fosse quello di mostrare un momento culminante del delirio o della crisi. Abbiamo l'esempio di "F. C., d'anni 44, nativa di Cambiano, cameriera, maritata, senza prole"²², la quale venne ospitata presso la Villa di Salute Turina di S. Maurizio Canavese in provincia di Torino. La malattia che colpì questa donna, secondo l'autore:

[...] ebbe, a quanto pare, origine da un patema d'animo. L'ammalata fu accusata da un domestico della casa in cui serviva anch'essa come cameriera, di aver rubato a questi un titolo di rendita di 100 lire. Essa fu dolorosamente colpita da questa ingiusta accusa, si fece taciturna, di cattivo umore, e andò man mano aggravandosi il suo stato mentale, finché pochi giorni prima del suo ingresso in questa casa, cadde

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ A. CAINER, *Abnorme direzione dei peli nel padiglione auricolare di un alienato*, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1898, p. 447.

²¹ *Ivi*, p. 449.

²² C. E. MARIANI, *Una santa – Delirio erotico religioso in paranoia da climaterio*, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1898, p. 438.

in uno stato di agitazione ansiosa, in cui tentò anche di suicidarsi per defenestrazione, talché si rese necessario il di lei ricovero in questa casa di salute²³.

Durante il soggiorno presso la Villa di Salute, la paziente iniziò a vedere e a parlare con Gesù, con il quale era convinta di avere una relazione amorosa:

Gli è che Gesù le ha detto che ella ha fatto abbastanza penitenza, ha conquistato il paradiso e Gesù sarà suo sposo. [...] Ella è raggianti perché Gesù le sta continuamente al fianco, e lo descrive con entusiasmo, come un bell'uomo bruno, alto, vestito riccamente in bianco. Non sempre però lo vede, ma sempre ne ode la voce carezzevole che le rivolge parole d'amore e la chiama con nomignoli (Pittina, Cita, ecc.) e le chiede e le contraccambia baci appassionati²⁴

La fotografia inserita all'interno della pubblicazione sembra proprio raffigurare uno dei momenti appena descritti (fig. 5).

Altre fotografie che rappresentano alcune fasi della malattia sono presenti nel lavoro di Marro, dove racconta il caso di un ragazzo di nome "P.... Giuseppe di Torino, d'anni 18; masturbatore; figlio di genitori vecchi"²⁵, il quale

perdetto il padre per apoplezia; suo fratello è anarchico. Egli frequentò le scuole fino ai nove anni. Soffrì allora un tifo grave che gli lasciò indebolite le facoltà intellettive. Andò quindi soggetto a forti nevralgie dentarie, che lo facevano dare in smanie violente, durante le quali si punzecchiava le gengive con spilli, venendo a perdere quasi tutti i denti della mascella superiore. Queste smanie crebbero d'intensità e si convertirono in veri accessi di agitazione negli ultimi tempi, dopoché

²³ Ivi, p. 440.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ A. MARRO, *La pubertà nei suoi rapporti coll'Antropologia, colla Fisiologia, colla Psichiatria e colla Pedagogia*, "Annali di freniatria e Scienze Affini", 6, 1896, p. 214.

il fratello suo anarchico venne arrestato e processato. Egli si fece incosciente ed impulsivo, con spiccate tendenze suicide, onde venne provocato il suo ricovero²⁶.

Durante la permanenza presso la struttura il paziente fu caratterizzato da momenti di apatia alternati a momenti di grande agitazione, come venne spiegato nella pubblicazione:

Pochi giorni dopo ricade nello stupore, bagna il letto, non risponde alle domande: e resta in tale stato delle settimane, per farsi poi di bel nuovo agitato, chiacchierone. [...] Dallo stato di stupore passa a rapidi moti di impulsività. Scende un giorno dal letto, ove giaceva da giorni inerte, per percuotere un compagno che incolpava di gettargli pidocchi nella minestra. [...] Allo stupore si avvicendano stati di eccitamento, durante i quali canta, grida e schiamazza, tenta buttarsi giù dal letto, getta via le coperte e lacera gli abiti²⁷.

Il contributo di Marro è arricchito dalla presenza di due fotografie ritraenti il giovane, scattate in due momenti diversi durante il ricovero presso la struttura. La prima fotografia venne scattata “nel mese di giugno al passaggio dallo stato di eccitamento a quello di stupore”²⁸ (fig. 6), la seconda invece venne scattata “nel dicembre all'epoca del miglioramento più spiccato”²⁹ (fig. 7).

Marro, infatti, descrisse i progressi e le ricadute che caratterizzarono il soggiorno del ragazzo presso la struttura:

Nella primavera del 1895 ebbe un periodo di esaltamento maggiore che durò parecchie settimane, cui seguì un lungo periodo di stupore con inerzia, taciturnità, perdita incosciente degli escrementi e deperimento notevole della nutrizione. Sotto

²⁶ Ivi, pp. 214-215.

²⁷ Ivi, pp. 215-216.

²⁸ Ivi, p. 217.

²⁹ *Ibidem*.

le applicazioni idro terapeutiche e le iniezioni ferruginose per più mesi continuate riuscì a migliorare tanto da parere avviato a guarigione³⁰.

Tuttavia,

[...] lo stato di benessere non si mantenne a tal grado; subentrarono nuovi accessi alternativi di depressione e di eccitamento, notevolmente però scemati in intensità, di modo che il ricoverato mai più cadde in vero stato di stupore, ed anche lo stato si mantenne generalmente così limitato da permettere la sua convivenza cogli altri ricoverati; una sola volta ebbe un accesso di agitazione violenta con grida, minacce, imprecazioni, che necessitò il suo sequestro in cella per due giorni³¹.

Nonostante questi episodi altalenanti, Marro concluse il suo contributo con le seguenti parole che lasciavano un barlume di speranza: “Lascia sperare in una guarigione non assoluta, ma relativa”³².

Queste sono alcune delle tipologie di fotografie pubblicate all'interno di periodici di ambito psichiatrico: da ritratti di criminali a dettagli di specifiche parti del corpo fino a raffigurazioni di momenti precisi della manifestazione della malattia. Ciò che emerge dall'analisi di queste fotografie è la predominanza del pensiero fisiognomico, dove l'aspetto fisico era il riflesso della mente; pertanto, piedi con sei dita e orecchie con crescita anomala di peluria, all'epoca, erano considerati indizi esteriori di una mente degenerata. Come disse l'antropologo e psicologo Giuseppe Sergi (1841-1936):

Le anomalie o altri segni degenerativi possono in alcuni casi essere indizio di altre anomalie più profonde, non visibili a primo aspetto... e che la deformazione

³⁰ Ivi, p. 216.

³¹ Ivi, p. 217.

³² Ivi, p. 218.

estriore, è un indizio vero della degenerazione psichica insieme alle altre funzioni fisiologiche³³.

Ovviamente tutte queste fotografie erano un arricchimento ai contributi scientifici; oltre ad esserci una descrizione di tipo clinico, era presente anche un'immagine fotografica che poteva favorire una migliore comprensione del caso. Inoltre, emergeva una forte volontà di comunicare e condividere le nuove scoperte e i risultati ottenuti ai colleghi o, più in generale, alla comunità scientifica. D'altronde le pubblicazioni scientifiche hanno proprio questo scopo, rendere disponibili e disseminare dati e risultati in modo che la ricerca possa proseguire e fornire risposte a vari quesiti. Da alcuni contributi pubblicati in questi periodici affiora proprio questo desiderio. Il neurologo e psichiatra Giuseppe D'Abundo (1860-1926) nel corso di uno studio su un giovane alienato provvisto di ghiandole sebacee in prossimità delle orecchie scrisse (fig. 8): “[...] credo utile riportare brevemente il seguente caso clinico [...] e di cui non mi pare che finora sia da altri stata fatta menzione”³⁴. Pertanto, il medico voleva condividere con gli altri studiosi e ricercatori del settore un caso inedito, che fino ad allora nessuno aveva ancora descritto.

Gli autori De Sarlo e Bernardini, durante alcune ricerche che prevedevano l'osservazione della circolazione cerebrale durante l'ipnosi (figg. 9-10), dichiararono nella loro pubblicazione:

Nessuno finora aveva avuto l'opportunità di studiare direttamente lo stato della circolazione cerebrale durante gli stati ipnotici col solito metodo adoperato dal Mosso e da tanti altri, quando a noi è capitato un soggetto con scopertura cranica,

³³ SANTANGELO SPOTO, *Polidactilia e degenerazione* cit., p. 11.

³⁴ G. D'ABUNDO, *Ghiandole sebacee preauricolari in un degenerato* per prof. G. D'Abundo, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1897, p. 404.

in cui pensammo di promuovere uno stato di ipnosi onde studiarvi le modificazioni del circolo cerebrale³⁵.

I due studiosi, quindi, appena ebbero l'occasione di sperimentare le loro ricerche in maniera differente rispetto a quelle condotte fino ad allora, non se la fecero sfuggire.

In conclusione, è evidente l'importanza che ha avuto questo tipo di pubblicazioni nel corso dell'Ottocento: esse hanno permesso la diffusione di scoperte e risultati in una branca della medicina che era ancora agli albori. E la fotografia non ha fatto altro che arricchire la conoscenza di questa neonata disciplina, prestandosi perfettamente allo scopo. La nascita della fotografia, infatti, venne accolta in ambito scientifico con grande speranza poiché lo scatto fotografico era in grado di fornire definizioni più scientifiche e rigorose, oltre a procurare un'evidenza ancora più realistica.

³⁵ F. DE SARLO, C. BERNARDINI, *Ricerche sulla circolazione cerebrale durante l'ipnosi*, "Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche e sociali", 17, 3, 1891, p. 349.



Fig. 1 - Ritratti di criminali di nazionalità tedesca (A. MARRO, C. LOMBROSO, *Album di criminali tedeschi (con 2 tavole fotolitografiche)*, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 4, 1883, p. 130).



Fig. 2 - Ritratti di prostitute di nazionalità russa (P. TARNOWSKI, *Fisionomie di prostitute russe* (con una tavola), "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente, 14, 1-2, 1893, p. 142).



Fig. 3 - Piedi di un giovane ragazzo affetto da polidattilia (F. SANTANGELO SPOTO, *Polidactilia e degenerazione – Pazzo con piedi sexdigiti appartenente a famiglia affetta da polidactilia spontanea. Contributo all'antropologia e psichiatria criminale. "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente"*, 15, 1-2, 1894, p. 6).

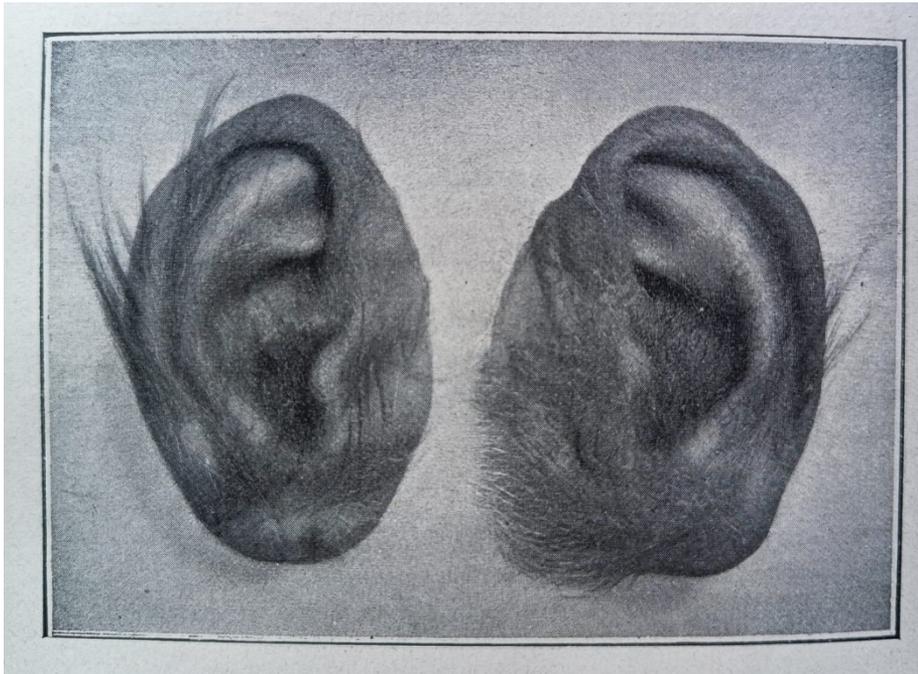


Fig. 4 - Orecchie con crescita anomala di peluria (A. CAINER, Abnorme direzione dei peli nel padiglione auricolare di un alienato, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1898, p. 448).



Fig. 5 - Donna colpita da delirio erotico religioso (C. E. MARIANI, *Una santa – Delirio erotico religioso in paranoia da climaterio*, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1898, p. 439).

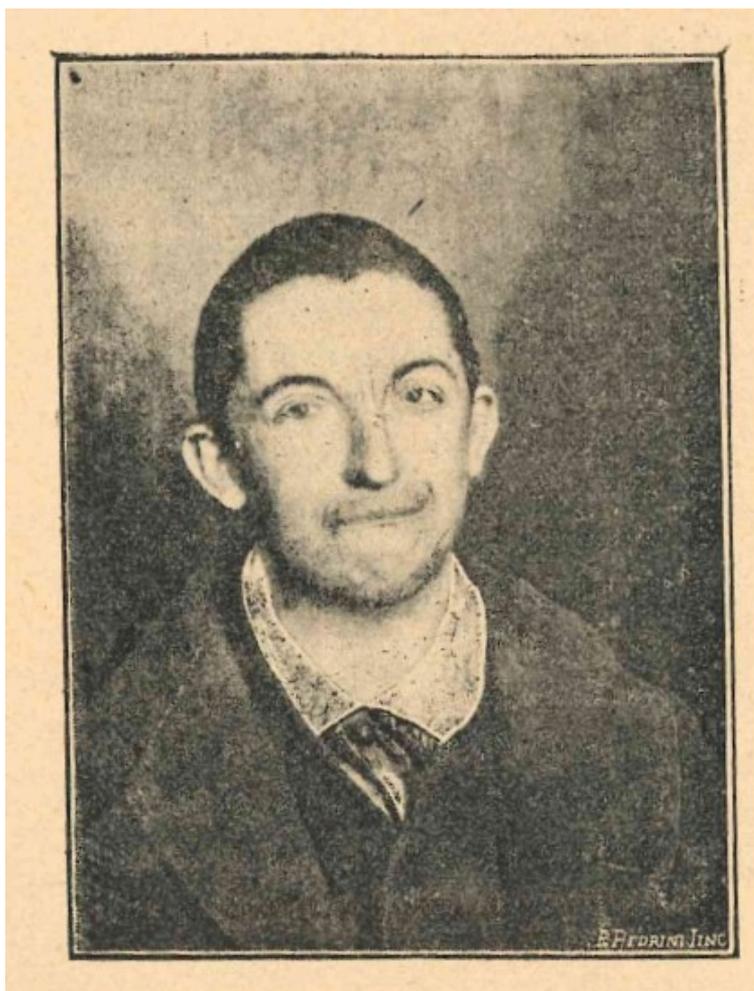


Fig. 6 - Giovane ritratto nel momento di passaggio dallo stato di agitazione a quello apatico (A. MARRO, *La pubertà nei suoi rapporti coll'Antropologia, colla Fisiologia, colla Psichiatria e colla Pedagogia*, "Annali di freniatria e Scienze Affini", 6, 1896, pp. 215, 217).



Fig. 7 - Giovane ritratto in un momento di miglioramento (A. MARRO, *La pubertà nei suoi rapporti coll'Antropologia, colla Fisiologia, colla Psichiatria e colla Pedagogia*, "Annali di freniatria e Scienze Affini", 6, 1896, pp. 215, 217).

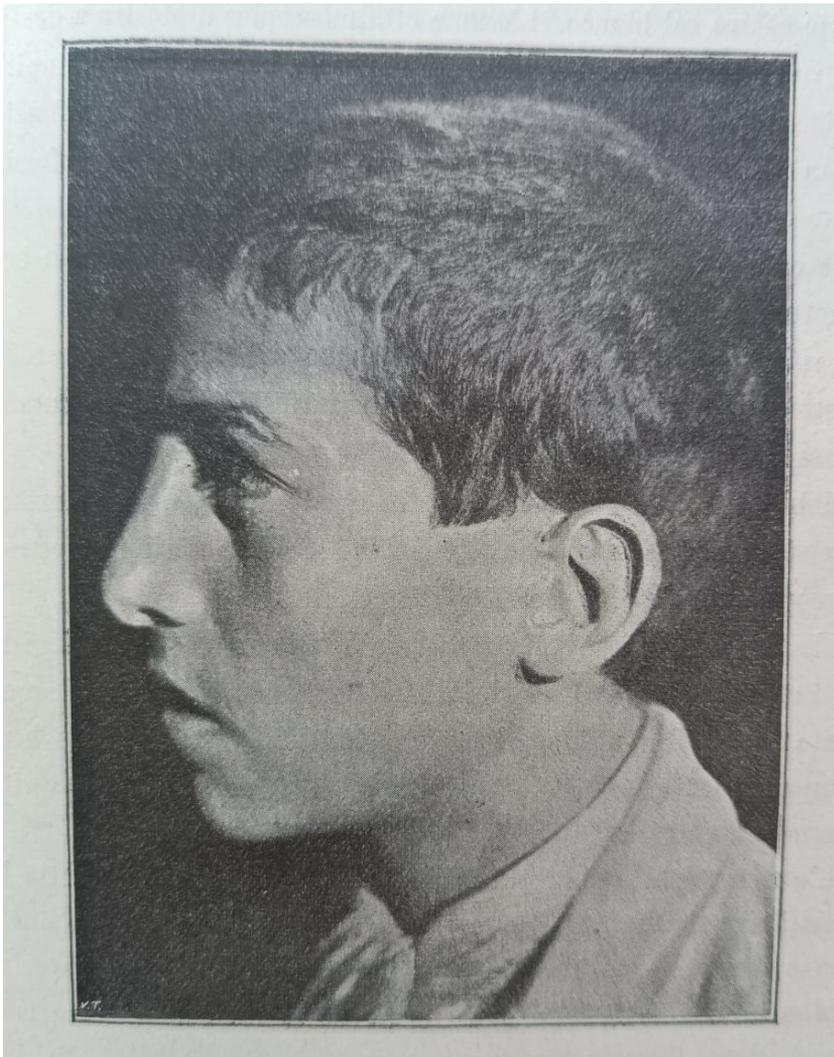


Fig. 8 - Giovane alienato con ghiandole sebacee in prossimità delle orecchie (G. D'ABUNDO, *Glandole sebacee preauricolari in un degenerato* per prof. G. D'Abundo, "Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente", 19, 4, 1897, p. 407).



Fig. 9, 10 - Paziente sottoposto ad ipnosi (F. DE SARLO, C. BERNARDINI, Ricerche sulla circolazione cerebrale durante l'ipnosi, "Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale in relazione con l'antropologia e le scienze giuridiche e sociali", 17, 3, 1891, Tav. XI-XII).

La sanità a Ravenna al tempo dei francesi (1797-1813)

Giancarlo Cerasoli

Scuola di Storia della Medicina, Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri della provincia di Rimini (giancarlo.cerasoli@libero.it).

Riassunto

In questo saggio vengono prese in esame alcune delle modificazioni più importanti in campo della salute pubblica attuate a Ravenna dal 1797 al 1813: la gestione dell'ospedale civile e militare, le condotte mediche, l'insegnamento della medicina e della chirurgia, la regolamentazione della igiene pubblica, il cimitero extraurbano e la vaccinazione antivaiolosa.

Summary

This essay examines some of the most important changes in the field of public health implemented in Ravenna from 1797 to 1813: the management of the civil and military hospital, condotte mediche, the teaching of medicine and surgery, the regulation of public hygiene, the extra-urban cemetery and the smallpox vaccination.

Parole chiave

Ravenna, Regno d'Italia (1805-1814), ospedale, cimitero, vaccinazione antivaiolosa, salute pubblica

Keywords

Ravenna, Regno d'Italia (1805-1814), hospital, cemetery, smallpox vaccination, public health

Introduzione

L'arrivo delle truppe napoleoniche a Ravenna nel 1797 e l'instaurarsi in città dei governi filo-francesi, portò alla trasformazione della sanità pubblica con l'obiettivo di assicurare ai "cittadini" condizioni di vita e lavoro soddisfacenti, regolando le attività di cura e di assistenza, normando le condizioni minime accettabili di igiene dell'ambiente, promuovendo e salvaguardando la proprietà privata.

Ciò portò all'imposizione di nuove regole che riguardavano numerose attività: la gestione dell'ospedale civile e militare, le condotte mediche, l'insegnamento della medicina e della chirurgia, il controllo delle professioni sanitarie, la regolamentazione della igiene pubblica, la costruzione del primo cimitero extraurbano e la messa in opera di campagne di vaccinazione antivaiolosa.

Per documentare e comprendere come tutto ciò sia stato messo in opera, si sono presi in esame decine di documenti, in gran parte inediti, custoditi presso gli archivi del comune di Ravenna e alcuni manoscritti e testi a stampa presenti in alcune biblioteche della Romagna¹.

¹ Sono stati consultati l'archivio storico del comune di Ravenna, da ora in avanti indicato come ASCRa, conservato nella biblioteca comunale Classense di Ravenna, da ora in avanti indicata come BCC e l'archivio di Stato di Ravenna, da ora in avanti indicato come ASRa. Notizie importanti sono state attinte dalle cronache ravennati del tempo: B. FIANDRINI, *Annali ravennati dalla fondazione della città sino alla fine del secolo XVIII*, Ravenna, 1794, tomo III, ms in BCC., A. CORLARI, P. RAISI, *Descrizione della mutazione del Governo di Ravenna, ossia Giornale di quanto è avvenuto di più rimarcabile dopo l'arrivo dei Francesi a Ravenna*, ms in BCC.

Le trasformazioni dell'Ospedale Civile²

La nuova concezione della salute, propria della cultura illuminista, che animava i nuovi “conquistatori” delle armate napoleoniche, prevedeva il superamento dell'assistenza su base filantropico religiosa secondo la quale si assistevano il povero, il mendicante bisognoso, l'ammalato, il pellegrino, l'esposto, visti come incarnazione di Cristo sofferente e come mezzo di redenzione dei peccati.

Le cure in ospedale erano riservate a chi poteva giovarsi delle nuove terapie ed era in situazione di indigenza, e le corsie diventavano una “clinica” dove i medici e i chirurghi potevano guarire i malati e contemporaneamente permettere agli studenti di svolgere il loro tirocinio al letto del paziente.

Nel 1799 nella città di Ravenna risiedevano circa 13.000 abitanti e 27.000 in campagna, per un totale nel comune di 40.000 persone.

Era attivo il solo ospedale di Santa Maria delle Croci, nel centro della città, adiacente alla chiesa di San Francesco, che comprendeva quattro infermerie/corsie: due per gli uomini di 15 letti ciascuna e due per le donne con la stessa dotazione. C'erano poi due stanzette a piano terra con un letto ciascuna per i matti, una per un uomo e una per una donna, e stanze per ricevere e prestare le prime cure agli esposti.

La “rivoluzione” dei francesi si concretizzò nel cambio di “destinazione d'uso” e di gestione dell'ospedale. Fino alla seconda metà del secolo XVIII vi si continuavano

² Documenti e informazioni sull'ospedale sono in R. PASI, *La millenaria storia ospedaliera di Ravenna*, Longo, Ravenna 2006, pp. 201-215, 230, 232, 241, Idem, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, Longo, Ravenna 2011, C. GIOVANNINI, *Un ente assistenziale a Ravenna nel Settecento: l'ospedale di Santa Maria delle Croci*, in *Il Settecento a Ravenna e nelle Legazioni, fabbrica, progetto, società*, a cura di D. BERARDI, P. FABBRI, C. GIOVANNINI, N. PIRAZZOLI, Faenza Ed., Faenza 1979, pp. 198-207, EADEM, *I luoghi dell'assistenza*, in *Storia di Ravenna*, a cura di L. GAMBI, Marsilio, Venezia 1994, pp. 655-677, L. Miserocchi, *Ravenna e ravennati nel secolo XIX. Memorie e notizie*, Società tipo-editrice Ravennate e mutilati, Ravenna 1927, pp. 227-228, M. MIRETTI, P. SORCINELLI, *Epidemie e malattie sociali nella storia di Ravenna*, in *Storia di Ravenna*, vol. V, *L'età risorgimentale e contemporanea*, a cura di L. LOTTI, Marsilio, Venezia 1996, pp. 339-347, U. SAPORETTI, P. SIGHINOLFI, *Gli istituti ravennati nella loro evoluzione*, in *Atti del Primo Convegno europeo di storia ospedaliera, Reggio Emilia, 6-12 giugno 1960*, Cappelli, Rocca San Casciano 1960, pp. 1163-1175.

a svolgere tutte e quattro le funzioni medioevali: ospitare i pellegrini che andavano in visita ai santuari e a Roma (l'antica funzione di xenodochio), i mendicanti (chiamati frustoni), gli esposti e curare gli ammalati poveri con patologie acute non contagiose. L'assistenza prestata agli esposti lasciati nelle "ruote" si limitava alle prime cure e al loro invio il più presto possibile presso le balie in campagna³.

Dal 1786 non vi si ricoverarono più i pellegrini e i derelitti che sopravvivevano elemosinando, per concentrarsi nella cura dei poveri malati provenienti dal Ravennate o dalle città vicine.

Nel 1798 venne ricavata in ospedale una stanza con 6 letti per ospitarvi i poveri con patologie croniche invalidanti, in carico ad un Istituto Elemosiniero laico.

L'organico comprendeva un medico condotto primario, direttore del nosocomio, ed un suo "astante", un chirurgo condotto primario e il suo "astante", un flebotomo, tre infermiere e tre infermieri. Nel 1800 vennero stipendiati anche un dentista, un farmacista capo e un suo aiutante. Nel 1813 fu stabilito un nuovo Regolamento dell'ospedale, al quale pose mano anche il sottoprefetto di Ravenna.

Nel 1808 erano presenti 100 letti e soltanto nel 1813 venne istituito in un locale separato il "sifilocomio" per curarvi le donne luetiche. La divisione dei malati in sezioni separate fu possibile soltanto a partire dalla seconda metà di quel secolo. Durante i primi due decenni dell'Ottocento furono fatti alcuni progetti per spostare l'ospedale in altri monasteri più grandi, come quello di San Vitale, ma la svolta avvenne soltanto nel giugno 1827 quando finalmente venne trasferito nel convento di San Giovanni Evangelista, prima abitato dai canonici regolari di San Salvatore, acquistato nel 1826 e fatto riadattare per quell'utilizzo dall'arcivescovo Antonio Codronchi.

Nel 1798, la gestione dei luoghi di cura e assistenza passò dalla Deputazione di sanità, formata da sei consiglieri e due cittadini eletti dal consiglio e un medico ed

³ D. BOLOGNESI, C. GIOVANNINI, *Gli esposti a Ravenna fr'700 '800*, in *Città e controllo sociale in Italia tra XVIII e XIX secolo*, a cura di E. SORI, Angeli, Milano 1982, pp. 307-328, C. GIOVANNINI, *I bambini abbandonati e la città*, in *Legami nascosti, segni dell'infanzia abbandonata a Ravenna nei secoli XVIII-XIX*, a cura di J. CHANCE, M. MANTANI, Danilo Montanari, Ravenna 2014, pp., 22-27.

un consigliere eletti dal cardinale Legato pontificio, ad un ente laico: il Comitato del Monte di Pietà e dell'ospedale, formato da sei persone che organizzavano le cure ed eseguivano, insieme al vice-prefetto, ispezioni periodiche per accertarsi delle condizioni dei degenti e del luogo. Nel febbraio 1808, venne istituita la Congregazione di carità i cui membri erano designati dal consiglio comunale, scelti soprattutto tra coloro che erano fedeli al nuovo governo filofrancese.

Gli ospedali militari

La necessità di prestare soccorso ai tanti soldati feriti durante le guerre (francesi, italiani, austriaci e inglesi, etc. che passavano da Ravenna, stante l'impossibilità di ricoverarli tutti in una apposita sezione dell'ospedale civile a pianterreno, portò all'apertura di ospedali militari in alcune delle chiese e conventi requisiti.

Inizialmente venne utilizzato l'ex convento dei padri Teatini allo Spirito Santo, poi quello di San Nicolò dei padri agostiniani e infine, nel 1814, anche quello di San Vitale⁴.

Le condotte mediche e chirurgiche

Già nel 1775, per la città di Ravenna e i suoi due borghi erano attivi tre medici condotti, dei quali il primario era anche impegnato in ospedale, e due chirurghi condotti, il primario dei quali operava presso l'ospedale. Nel 1803 venne nominato anche un medico, un "consulente", per i medici condotti.

Nelle «ville» esterne da Ravenna esercitavano medici e chirurghi ivi residenti liberi professionisti, così detti «avventurieri».

⁴ V. PASI, *La millenaria storia ospedaliera di Ravenna*, cit., pp. 241, 252, 261, 267, 270, FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., t. III, p. 334, CORLARI, RAISI, *Gornale di Ravenna*, cit., tomo II, p. 132 e tomo VIII, cc. non numerate, in data 14 dicembre 1813, 3 e 9 gennaio 1814.

Prima del 1798 le nomine dei medici e dei chirurghi comunali erano decise dal Collegio medico cittadino e, con l'arrivo dei francesi, vennero lasciate al consiglio municipale.

L'estensione del servizio medico e chirurgico condotto alle campagne avvenne soltanto nel terzo decennio del 1800, come anche la nomina delle ostetriche condotte⁵.

L'insegnamento della medicina

Nel secolo XVI a Ravenna era attivo il Collegio dei medici che poteva abilitare in libera pratica della medicina studenti che avevano seguito studi specifici sia in città che nelle Università. Il medico e il chirurgo condotto primari dovevano tenere nell'ospedale rispettivamente le letture in corsi triennali di *Istituzioni mediche* e di *Anatomia*⁶.

Con l'arrivo dei francesi, il Collegio dei medici venne soppresso e ci si poteva laureare soltanto nelle università del Regno: dapprima Bologna e Pavia e, dal 1806, anche Padova. La nomina e il rinnovo periodico dei medici e chirurghi condotti erano stabilite dal consiglio municipale.

Nel 1802, a Ravenna si continuarono a mantenere i due insegnamenti di clinica medica e clinica chirurgica, affidati ai medici e ai chirurghi condotti che le svolgevano sempre in ospedale. Nel 1803 si cercò senza successo di spostarle all'interno del Liceo cittadino⁷.

⁵ BCC, ASCRa, *Indice atti consigliari 1801-1870*. 1835. *Mediche condotte di campagna*. Piano approvato.

⁶ S. BERNICOLI, *Le scudole di medicina e di ostetricia in Ravenna*, "Il comune di Ravenna", 1932, S. ARIETI, *L'insegnamento della medicina a Ravenna*, in *Vita brevis ars longa. Il sapere medico a Ravenna attraverso i libri antichi della Biblioteca Classense (1400-1700)*, a cura di S. ARIETI, D. DOMINI, C. GIULIANI, Bononia University Press, Bologna 2010, pp. 23-32.

⁷ BCC, ASCRa, *Sessioni consiglio comunale 1803-1805*, pp. 60-63 e documenti in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1804, tit. XV.

Il controllo della Igiene Pubblica

Con i governi filofrancesi il controllo della sanità pubblica passò dalla gestione della Deputazione di sanità, sotto il controllo del Legato pontificio, a quella della Commissione o Deputazione sanitaria municipale, che dipendeva dall'analoga Deputazione dipartimentale, ed aveva giurisdizione su numerose importanti questioni tra le quali:

- la pulizia delle strade
- la regolazione delle acque e lo smaltimento delle acque paludose o fetide
- il controllo della produzione e vendita degli alimenti
- le misure di profilassi e cura in corso di epidemie e di epizoozie
- il controllo sui professionisti della salute operanti sul territorio comunale (medici, chirurghi, flebotomi, ostetriche, venditori di droghe).
- la produzione e la vendita dei farmaci e dei rimedi, sia "interni" che "esterni", come "cerotti, balsami, unguenti, impiastri, permessi soltanto nelle farmacie.

Le numerose deputazioni succedutesi negli anni emanarono una serie di avvisi contenenti le disposizioni che vertevano soprattutto sul controllo delle acque nei tanti territori paludosi intra ed extracittadini, la pulizia delle vie e piazze e il controllo delle merci⁸.

Oltre alle deputazioni vennero stabiliti nuovi incarichi riguardanti la salvaguardia della salute pubblica. Nel 1801 furono eletti due medici «visitatori di sanità» che controllavano periodicamente le abilitazioni degli esercenti le professioni sanitarie. Nel 1802 venne nominato un medico delegato della sanità marittima che doveva sorvegliare l'esecuzione dei regolamenti per la quarantena e il controllo delle merci. Nel 1804, si istituì una deputazione alle vaccinazioni formata dal chirurgo primario e da un medico. Nel 1806 venne riorganizzata la Deputazione di sanità comunale della quale facevano ora parte il podestà, che era il presidente, e il primo e secondo savio comunali.

⁸ Gli elenchi delle deliberazioni prese dalle commissioni consiliari sono contenuti negli atti del consiglio comunale in BCC, ASCRa.

Il primo cimitero extraurbano (1803-1817)

L'idea di costruire a Ravenna il primo cimitero extraurbano, destinato unicamente a seppellirvi coloro che morivano nell'ospedale cittadino, risale all'aprile del 1798 quando si pensò di edificarlo in un'area adiacente alle mura della rocca cittadina⁹.

Quell'idea non venne realizzata e, nel maggio 1800, l'ingegnere comunale progettò la costruzione di un camposanto di forma rettangolare, con lati di m 93 e m 29, da costruirsi in una zona posta a circa due miglia di distanza dalle mura cittadine, verso il mare, lungo la sponda sinistra del canale Candiano in un lembo sopraelevato della pineta di San Vitale.

Nel febbraio 1801 l'idea venne accantonata per percorrere un proposito, molto più ambizioso, che prevedeva di utilizzare come cappella il Mausoleo di Teodorico, adiacente al monastero di Santa Maria della Rotonda, bisognoso di restauri.

La mancanza di fondi costrinse la magistratura cittadina a cambiare idea e a predisporre un nuovo progetto di camposanto con pianta quadrata, con lati di m 58,4 ciascuno, diviso in quattro "campi", di dimensioni identiche, delimitati dalla linea retta perpendicolare al cancello d'entrata e da quella parallela al lato anteriore posta nella metà esatta del perimetro, al cui centro era posta una cappella di forma circolare. Ogni campo era suddiviso da linee parallele, e a ogni lato erano scavate le fosse per seppellirvi i cadaveri che venivano accostati lateralmente gli uni agli altri. Le sepolture erano conseguenti all'arrivo delle salme e si sarebbe passati alla linea successiva soltanto dopo aver terminato quella precedente. Non vi era nessuna suddivisione per aree dedicate al sesso, all'età o alla condizione sociale, cosicché accanto a un uomo poteva essere seppellita una donna e a un povero morto in ospedale una persona di altra condizione, con massima promiscuità. Le dimensioni delle fosse per calarvi le salme, che quasi sempre erano avvolte da un lenzuolo e senza cassa, erano tutte uguali affinché si potesse poi risalire al luogo di quella

⁹ I documenti riguardanti i cimiteri sono soprattutto in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, tit. XXV e negli atti del consiglio comunale.

particolare inumazione. Per dar modo ai parenti di sapere dove fossero sepolti i loro cari e potere, se necessario, dissotterrarne i cadaveri, era in uso il sistema di mettere dei sassi con le indicazioni utili alla identificazione, dei numeri o, più raramente croci con nome e cognome del defunto. Il cimitero venne realmente edificato tra il 1801 ed il 1802 e inaugurato nel 1803, nonostante la magistratura avesse nel frattempo deciso di erigerne un altro accanto alle mura cittadine affinché fosse più vicino.

Nel 1802 si era deciso che quel luogo dovesse accogliere i cadaveri di tutti i cittadini, ma questo proposito, nonostante la promessa dell'arcivescovo Codronchi di regalare una elevata somma agli eredi del primo sepolto, non si realizzò per le resistenze soprattutto del clero e dei cittadini. Le sepolture si limitarono, fino al 1817, ai deceduti in ospedale e a pochi altri di condizione miserabile che non potevano trovar riposo eterno altrove.

Nel 1808, allo scadere del termine previsto dalla legge del 1806 che obbligava i comuni a costruire idonei cimiteri extraurbani, la situazione era rimasta invariata. Si continuava a seppellire nelle chiese e nei cimiteri ad esse annessi, con l'aggravante che il camposanto in pineta si stava riempiendo. Nel giugno di quell'anno il gonfaloniere, sollecitato dal viceprefetto, commissionò all'ingegnere comunale un nuovo progetto per l'ampliamento del cimitero in pineta che prevedeva uno spazio rettangolare più vasto, una nuova cappella e la casa del custode, progetto che non ebbe seguito.

Nel 1812, un'epidemia di patologie del sistema respiratorio portò a un incremento dei malati e dei morti con saturazione di alcuni cimiteri parrocchiali in città e nei due borghi. Puntualmente, invece di dare esecuzione al progetto di ampliamento del cimitero extraurbano già proposto nel 1808, riprese vigore l'idea del 1801 di costruirne uno nuovo adiacente al mausoleo di Teodorico, supportata dal fatto che oramai quello aperto nel 1803 era quasi saturo.

La cronica mancanza di fondi comunali evitò ancora una volta che per quattro anni si prendessero decisioni concrete in merito e soltanto la grave epidemia di tifo petecchiale che imperversò in città e nelle campagne nell'estate 1817 costrinse le autorità a riprendere in mano la questione per stabilire nel giro di poche settimane dove costruire un camposanto «provvisorio» e uno «definitivo». Per il

provisorio si decise di mantenere quello in pineta, dotandolo di un cappellano e di un custode che risiedevano stabilmente nelle vicinanze, di un becchino capo e due suoi sottoposti. Anche l'arcivescovo scese in campo con un lungo avviso nel quale invitava i cittadini a seppellire i propri defunti in quel luogo.

Per la costruzione del cimitero definitivo, quello più importante, vennero ancora una volta proposte ben quattro soluzioni: un terreno vicino al Mausoleo di Teodorico, un ampliamento di quello in pineta, un terreno vicino alla chiesa di Classe, un altro terreno nei dintorni della città vicino alla «strada detta della chiavica». Il consiglio comunale, seguendo il consiglio dell'ingegnere comunale e della commissione comunale di sanità, approvò a larga maggioranza la scelta di Classe, ma il legato bocciò quella determinazione perché la chiesa che si voleva utilizzare come luogo sacro per il cimitero sarebbe rientrata in possesso di monaci e quindi la regia Camera Apostolica, alla quale apparteneva, non avrebbe potuto dare il permesso per utilizzarla a quei fini. Ordinò quindi di dare esecuzione al progetto di ampliamento del cimitero in pineta, ma seguendo le nuove direttive date dall'ingegnere comunale Nabruzzi. Il consiglio comunale, clamorosamente, si oppose a tale decisione ed egli dovette intervenire d'imperio, delegittimando il gonfaloniere e il consiglio, ribadendo le decisioni prese. Venne così messo in opera l'ampliamento del cimitero inaugurato nel 1803 e i lavori durarono dal 1817 al 1818. Nei decenni successivi ne seguirono altri, sempre nello stesso luogo.

La vaccinazione antivalolosa

Nel 1801, Luigi Sacco, il direttore generale della vaccinazione nella Repubblica Cisalpina, inviò a Ravenna alcuni opuscoli che riguardavano quella nuova pratica sanitaria e il commissario straordinario di governo del dipartimento del Rubicone, del quale la città faceva parte, ordinò ai medici e ai chirurghi cittadini di collaborare

con lui qualora fosse venuto in città, ma del suo arrivo non rimane traccia nei documenti d'archivio¹⁰.

Nel novembre del 1804, Sacco organizzò una campagna vaccinale a Ravenna, coinvolgendo il dottor Giuseppe Miccoli, visitatore di sanità, ed il chirurgo primario condotto Francesco Fuschini, insieme ai quali vaccinarono poco più di 300 bambini nelle parrocchie cittadine di appartenenza.

Dopo quella esperienza, il compito di richiamare gli esposti in ospedale per inocularli con il siero ricavato dalle pustole del vaiolo delle mucche e portarli con sé come fonte di linfa vaccinica toccò a Fuschini. Egli trovò molte difficoltà perché a Ravenna, come nelle altre città della Romagna, quei bambini venivano mandati a balia in campagna poco dopo il loro abbandono e i contadini che li allevavano non volevano che fossero vaccinati, temendo la loro morte e quindi anche la fine del reddito da loro percepito per la loro crescita.

Nel 1806, nel corso di una epidemia di vaiolo, Fuschini e Miccoli, promossi a delegati per la vaccinazione, organizzarono da luglio a ottobre una nuova campagna che coinvolse 652 bambini. Nel 1807 venne organizzata una nuova spedizione, con la collaborazione degli altri medici presenti nel territorio, e si verificarono resistenze da parte di alcuni parroci della campagna che non si presentarono al momento di aprire le chiese dove vaccinare. Nel 1808, le vaccinazioni non si fecero, come scrisse il prefetto, «per mancanza di materia vaccina; la negligenza di alcune delle amministrazioni municipali; e la poca o nessuna persuasione di certi medici e chirurghi sui benefici risultati di questa scoperta» e anche perché: «a fronte degli avvisi fatti, i padri non ricorrono a questo salutare benefizio»¹¹.

In quell'anno a Ravenna e nel suo circondario risiedevano 35.503 persone e vi nacquero 751 bambini. A quel tempo era già evidente che la durata della

¹⁰ I documenti riguardanti la vaccinazione antivaiolosa sono soprattutto in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, tit. XXV e altre notizie si ricavano dalla lettura degli atti del consiglio comunale.

¹¹ Lettere del prefetto del Dipartimento del Rubicone al viceprefetto di Ravenna, Forlì 11 maggio 1809 e del podestà di Ravenna P. Gamba al viceprefetto Bagolini del 22 settembre 1809, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1808 e 1809, tit. XXV.

protezione fornita dal vaccino era limitata. Il viceprefetto chiese ai medici se avessero costatato il vaiolo nei bambini vaccinati, ricevendo da tutti assicurazioni sulla tenuta dell'inoculo e sulla sua sostanziale innocuità. Nel 1809, Fuschini riuscì a vaccinare soltanto 69 bambini perché, come rilevava il viceprefetto di Ravenna, vi era stata «poca sorveglianza della deputazione comunale di sanità e l'ostinata repugnanza dei propri genitori, sovvertiti forse da medici contrari ad una così salutare operazione»¹². Nel luglio 1810 ne vennero vaccinati solo 51 sui 1398 nati nel 1809.

Le cose cambiarono nel 1811, quando furono messe in pratica norme legislative che ribadivano l'obbligo di quella rivoluzionaria procedura sanitaria, sancendo le penalità alle quali sarebbero andati incontro i renitenti e riorganizzandone l'esecuzione. Tra agosto e settembre si mise in opera una campagna a tappeto, parrocchia per parrocchia, coinvolgendo tutti i medici e chirurghi condotti e riuscendo a inoculare ben 3558 bambini. Nel 1812, a medici e chirurghi si unì anche una levatrice; la vaccinazione si tenne tra agosto e ottobre e interessò 968 bambini. Nel maggio e giugno 1813 ne furono vaccinati 458.

Le campagne vaccinali continuarono anche dopo la restaurazione e dovettero superare molti ostacoli, tra i quali la scarsità di pus vaccinico e la sua inefficacia nell'immunizzare contro il vaiolo, la difficoltà a richiamare in città gli esposti da inoculare e da usare come "serbatoio" per la diffusione del siero «da braccio a braccio», la resistenza dei genitori a far vaccinare i figli per timore di gravi effetti collaterali, la contrarietà di alcuni parroci di campagna e, in maniera più limitata, dei medici e chirurghi condotti.

¹² Lettera del viceprefetto Bagolini al podestà di Ravenna, Ravenna 6 ottobre 1809, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1808, tit. XXV.

Medici e chirurghi a Ravenna al tempo dei francesi (1796-1814)

Giancarlo Cerasoli

Giancarlo Cerasoli, Scuola di Storia della Medicina, Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri della provincia di Rimini (giancarlo.cerasoli@libero.it).

Riassunto

L'arrivo dell'esercito napoleonico in Italia nel 1796 e la messa in opera delle direttive propagandate dai nuovi governi filofrancesi, determinò un deciso cambiamento anche delle norme che regolavano l'organizzazione sanitaria. In questo saggio sono prese in esame le vicende biografiche di quattro medici e di un chirurgo, operanti a Ravenna tra gli anni 1798 ed il 1814, che si distinsero per la messa in pratica in campo della salute delle nuove idee provenienti dalla Francia.

Summary

The arrival of the Napoleonic army in Italy in 1796 and the implementation of the directives propagated by the new pro-French governments also led to a decisive change in the rules governing healthcare organisation. This essay examines the biographical stories of four doctors and a surgeon, operating in Ravenna between the years 1798 and 1814, who distinguished themselves for putting new ideas from France into practice in the health field.

Parole chiave

Medici e chirurghi giacobini, Repubblica Cisalpina (1797-1802), Regno d'Italia (1805-1814), Ravenna, Gaspare Baldini, Paolo Baldini, Paolo Bianchini, Gaspare Grassetti, Giuseppe Miccoli.

Keywords

Jacobin doctors and surgeons, Repubblica Cisalpina (1797-1802), Regno d'Italia (1805-1814), Ravenna, Gaspare Baldini, Paolo Baldini, Paolo Bianchini, Gaspare Grassetti, Giuseppe Miccoli.

Introduzione

L'arrivo delle truppe dell'esercito napoleonico a Ravenna nel 1796 e la messa in opera delle direttive propagandate dai nuovi governi filofrancesi, determinò un deciso cambiamento anche delle norme che regolavano l'organizzazione sanitaria comunale.

In questo saggio si prenderanno in esame le vicende biografiche di quattro medici e di un chirurgo operanti in quella città tra gli anni 1796 ed il 1814, che risultano tra i più coinvolti nelle vicende politiche cittadine.¹ Per farlo si sono presi in esame decine di documenti, in gran parte inediti, custoditi presso gli archivi del comune di Ravenna e alcuni manoscritti e testi a stampa presenti in alcune biblioteche della Romagna².

¹ Sulla medicina in Italia in quei tempi v. G. COSMACINI, *Il medico giacobino. La vita ai tempi di Giovanni Rasori*, Laterza, Bari 2002.

² Sono stati consultati l'archivio storico del comune di Ravenna, da ora in avanti indicato come ASCRa, conservato nella biblioteca comunale Classense di Ravenna, da ora in avanti indicata come BCC, l'archivio di Stato di Ravenna, da ora in avanti indicato come ASRa, le raccolte Piancastelli della biblioteca comunale di Forlì, da ora in avanti indicata come BCFo e biblioteca Malatestiana di Cesena, da ora in avanti BCM.

Gaspere Baldini.

Nato a Ravenna, era stato per 18 anni al Cairo come medico personale del conte Niccolò Rigo, console della repubblica di Venezia. In quel luogo aveva fatto fortuna, si era sposato ed aveva avuto il figlio Paolo e una bambina³. Nel 1780 tornò ricco in patria, dandosi al commercio con un socio di Damasco giunto con lui in città⁴. Nel 1796, convinto giacobino, fu mandato dalla magistratura cittadina ad incontrare il comandante delle truppe francesi in Romagna, generale Augerau⁵. Nel 1798 fece parte del consiglio comunitativo⁶. Fu fatto oggetto di feroci satire dove era indicato come «ipocrita e uomo doppio bacchettone, ma di niuna religione»⁷. Nel 1799, al ritorno degli austriaci, venne imprigionato in un'isola di Venezia dalla quale fu liberato nel febbraio dell'anno successivo, ammalato di "idropisia"⁸. Da allora⁹ e fino almeno al 1801 fece nuovamente parte della magistratura cittadina e venne eletto tra i componenti delle deputazioni dell'ospedale, della pubblica amministrazione e dell'annona¹⁰.

³ R. PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, Longo, Ravenna 2011, pp. 199, 221, P. UCCELLINI, *Dizionario storico di Ravenna e di altri luoghi di Romagna*, Tip. Seminario, Ravenna 1855 e ristampa anastatica, Forni, Sala Bolognese 2009, ad vocem Sciavi, p. 438, A. VARNI, 1996, *Ravenna giacobina e napoleonica*, in *Storia di Ravenna*, vol. V, *L'età risorgimentale e contemporanea*, a cura di L. LOTTI, Marsilio, Venezia 1996, pp. 553-596, in part., p. 576, B. VIGNUZZI, *1796 I Francesi in Italia. Memorie di un notaio ravennate del '700 venute in luce nell'archivio notarile di Ravenna*, a cura di L. MATTEUCCI, Ferretti, Lugo 1941, p. 27.

⁴ Vedi ANONIMO, *Pel ritorno in Ravenna sua patria dell'eccellentissimo signore il signor dottor Gaspere Baldini. Sonetto*, Antonio Roveri, Ravenna 1780.

⁵ UCCELLINI, *Dizionario storico di Ravenna*, cit., ad vocem Francesi, p. 185

⁶ B. FIANDRINI, *Annali Ravennati*, ms. in BCC, t. III, p. 364, L. RAVA, *La Romagna nel 1798. Diario del cittadino Diego Guicciardi commissario della Repubblica Cisalpina nei Dipartimenti del Lamone e del Rubicone (Piovoso-Germile: Anno VI)*, Soc. Tip. Modenese, Modena 1933, pp. 136-137,

⁷ FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., pp. 382-384 e S. MURATORI, *Cronistoria. Cartelli minatori e fogli satirici tra il 1796 e il 1799 a Ravenna*, "Diario ravennate per l'anno 1913", XCVI, 1913, pp. 19-27.

⁸ FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., p. 475, P. GHINASSI, *Durante la reazione austriaca nel 1799-1800: i ravennati condannati alla deportazione*, "Diario ravennate per l'anno 1917", XCVIII, 1917, pp. 10-14.

⁹ A. CORLARI, P. RAISI, *Giornale di Ravenna*, ms. in BCC, tomo III, p. 309.

¹⁰ Le cariche sono ricordate in BCC, ASCRA, *Processi verbali e sedute municipalità 1801-1803*, pp. 33-35, 2 piovoso anno X, gennaio-febbraio 1802.

Paolo Baldini

Era figlio di Gaspare e nacque al Cairo nell'ottobre del 1778. Studiò medicina all'Università di Padova dove venne a contatto con le idee dei giacobini alle quali aderì come il padre¹¹. Si abilitò in medicina a Bologna nel 1799¹².

Nell'agosto di quell'anno subì le ritorsioni degli austriaci che lo arrestarono e gli impedirono di tornare in patria¹³. Esercitò la medicina nel comune di Ravenna e nel 1802 venne eletto medico astante dell'ospedale civile, dove rimase per quattro anni¹⁴. Praticò la vaccinazione antivaiolosa e in età adulta si dedicò all'omeopatia realizzando egli stessi i rimedi che utilizzava per la cura dei suoi pazienti. Morì il 17 giugno 1845, a 67 anni, per una cardiopatia complicata da una crisi respiratoria¹⁵.

Paolo Bianchini

Nato a Ravenna il 4 marzo 1770. Era figlio di Domenica della Torre e di Gaetano (1728-1789) che fu chirurgo primario a Ravenna dal 1766 fino alla sua morte e apprese la chirurgia a Firenze all'ospedale di Santa Maria Nuova alla scuola dei

¹¹ PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, cit., p. 221, FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., t. III, pp. 146, 382-384.

¹² Notizie su di lui sono in *Elenco nominativo de' medici e chirurghi condotti ed awenturieri, de' speciali, flebotomi, delle mammane e de' droghieri nello comune di Ravenna*, 1812, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1812, tit. XXV, *Elenco dei medici, dei chirurghi, dei flebotomi, dei dentisti, degli speciali, delle mammane e dei veterinari approvati ed esercenti nella città e provincia di Ravenna*, Roveri, Ravenna 1823, p. 5.

¹³ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo III, pp. 145, 146.

¹⁴ L'elezione a medico astante è in BCC, ASCRa, *Processi verbali e sedute municipalità 1801-1803*, pp. 42-44, 26 piovoso anno X, 15 febbraio 1802.

¹⁵ G. PLACCI, *Necrologia di Paolo Baldini*, "Giornale di Medicina Omiopatica", III, 1845, vol. VII, pp. 253-255.

Nannoni¹⁶. Abitava in via Buon Gesù, davanti al Monte di pietà con sei sorelle. Sposò Palmira Zani, nata nel 1765, dalla quale ebbe Gaetano, nato nel 1797 e Maria Carolina, nata nel 1799¹⁷.

Si abilitò in chirurgia e nel 1794 fu assunto per eseguire le operazioni di «alta chirurgia» nell'abbazia di San Giovanni Evangelista a Ravenna¹⁸. Nella seduta del Consiglio Generale del 23 aprile 1796 venne eletto secondo chirurgo condotto della città e dei borghi, con lo stipendio annuo di 80 scudi. Fu professore di Ostetricia nel Ginnasio cittadino, membro della commissione dell'ospedale e di altri luoghi pii e custode di quello che rimaneva del famoso "Museo Medico-Chirurgico" del frate Ippolito Rondinelli nel monastero di San Vitale¹⁹.

Fu un "fanatico fautore delle massime francesi" e fece parte della municipalità fin dal 1797 con cariche nel consiglio di sanità, comitato degli edili e di polizia²⁰.

Seguace della teoria "dell'immortale celebre Brown", raccomandata in Italia da Rasori e Tommasini, scrisse due interessanti opuscoli che ne rivelano pienamente le convinzioni scientifiche e filosofiche: *Lettera dedicata al singolar merito*

¹⁶ Notizie sui Bianchini in PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, cit., pp. 219-221, 227, UCCELLINI, *Dizionario storico di Ravenna*, cit., p. 55, VARNI, 1996, *Ravenna giacobina e napoleonica*, cit., p. 566, L. MISEROCCHI, *Ravenna e ravennati nel secolo XIX. Memorie e notizie*, Società tipo-editrice Ravennate e mutilati, Ravenna, 1927, pp. 92, 96.

¹⁷ Notizie sulla composizione delle famiglie di Gaetano e di Paolo Bianchini sono negli stati d'anime della parrocchia di san Vincenzo e Anastasio, via Boni Juesu, domus Bianchini, n. 3, dal 1764 al 1803. Ringrazio Andrea Casadio per queste utili informazioni.

¹⁸ S. BERNICOLI, *Le scuole di medicina e di ostetricia in Ravenna*, "Il comune di Ravenna", 1932, G. PORISINI, *Il contenuto economico dei rogiti notarili di Ravenna: le abbazie di S. Vitale, S. Apollinare in Classe, S. Maria in Porto e S. Giovanni Evangelista dagli inizi del secolo XVIII al 1815*, Giuffrè, Milano 1963, p. 275.

¹⁹ Su questa raccolta di strumenti chirurgici v. D. DOMINI, M. ROHLIN SCARLINO, C. GIOVANNINI, *Strumenti di Ippocrate. Il museo medico-chirurgico di S. Vitale di Ravenna*, Longo, Ravenna 1999 e B. GENTILE, scheda su M. SOLDO, *Descrizione degli'istrumenti, delle macchine, e delle suppellettili raccolte ad uso chirurgico e medico dal p. don Ippolito Rondinelli*, Archi, Faenza 1766, in *Vita brevis ars longa. Il sapere medico a Ravenna attraverso i libri antichi della Biblioteca Classense (1400-1700)*, a cura di S. ARIETI, D. DOMINI, C. GIULIANI, Bononia University Press, Bologna 2010, pp. 290-293.

²⁰ La nomina nel consiglio di sanità è in un bando del 1797 del Consiglio di amministrazione della Guardia Nazionale Sedentaria di Ravenna ed è ricordata da CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo I, 3 ottobre 1797.

dell'Eccellentissimo Signor Dottore Ignazio Severi da Paolo Bianchini chirurgo di Ravenna, Faenza, per Lodovico Genestri, 1796 (alla quale seguì la polemica *Risposta alla lettera del signor Paolo Bianchini di Marco Vistoli Studente di Medicina in Ravenna*, Ravenna, Roversi, 1796) e *Ritratto dell'uomo vegetante, sentiente e ragionevole. L'uomo fanciullo giovane virile e vecchio. Opuscoli metafisico-fisiologici di Paolo Bianchini al cittadino Felice Severi medico fisico*, Faenza, Archi, 1797.

Fu oggetto di numerose satire, come quella del 1798 dove lo si descriveva come: "il cachettico Bianchini si distingue trà i più fini li più empî malandrini perfettissimi giacobini"²¹.

Al ritorno degli austriaci, nel luglio 1799, fu costretto a fare una pubblica abiura dei suoi scritti, ammettendo che essi potevano "essere sufficienti a credermi pregiudicato nella Santa Cattolica Religione, nella quale, per divina Misericordia, son nato, e protesto di essere umile, e costante professore degli infallibili suoi Dogmi sino alla Morte"²².

Al ritorno dei francesi venne designato membro del comitato di polizia e fu presidente della municipalità tra il dicembre 1801 e il marzo 1802. Nel 1801 venne nominato delegato centrale di sanità e mise in opera una serie di importanti riforme nel campo della pubblica igiene: la costruzione e inaugurazione del primo cimitero extraurbano (1802-1803), la revisione delle licenze degli esercenti le professioni sanitarie (1801 e 1803), il controllo della pulizia delle strade, l'organizzazione della gestione delle epizoozie e epidemie²³.

Nel 1802 fu delegato nelle commissioni dell'ospedale, della pubblica istruzione e dell'annona e designato medico assistente nell'ospedale civile, dove venne incaricato anche dell'insegnamento di «fisiologia ed operazioni chirurgiche». In quell'anno

²¹ Per le satire contro di lui e gli altri giacobini ravennati vedi: FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., t. III, pp. 382-384, MURATORI, *Cronistoria. Cartelli minatori e fogli satirici tra il 1796 e il 1799 a Ravenna*, cit., pp. 19-27, CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo V, pp. 244-247.

²² Per l'abiura del 1799 vedi FIANDRINI, *Annali Ravennati*, cit., t. III, p. 442, CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo III, p. 107. Il testo a stampa è in ASRa, *Fondo Spreti*, busta 37.

²³ Vedi bandi a stampa Ravenna 16 e 20 germile anno IX Repubblicano, 6 e 10 aprile 1801, in BCC e in ASCRa, *Bandi 1801*.

diede alle stampe un nuovo libretto: *Descrizione dell'uomo. Di Paolo Bianchini medico, e chirurgo di Ravenna. Parte Prima*, stampato probabilmente a Faenza da Archi, che gli procurò un'altra satira nella quale era definito: «lo che sono il più saccente, per ognun [giacobino] prego umilmente, per ognun parlo e peroro, per ognun perdono imploro»²⁴.

Nel 1804 fu nominato delegato centrale di sanità e di sanità marittima per Ravenna e morì improvvisamente in maggio a 34 anni²⁵.

Gaetano Grassetti

Nato a Roma nel 1778, perse i genitori in tenera età e fu allevato dagli zii che lo inviarono a studiare a Bologna dove si laureò e abilitò in medicina il 30 dicembre 1803²⁶.

A Roma, nel 1795, fu tra i fondatori dell'Accademia Esquilina, nella quale recitò poesie e prose²⁷. A Bologna, il 7 e l'8 ottobre 1803, partecipò alla sfortunata esperienza del

²⁴ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo V, pp. 244-247, in data 29 Marzo 1802, questa satira è attribuita a Jacopo Landoni vedi S. MURATORI, *I tempi, la vita e l'opera letteraria di Jacopo Landoni*, in S. MURATORI, *Tutte le opere*, a cura di F. GABICI, Pozzi Ed., Ravenna 2014, vol. 1, pp. 145-147.

²⁵ Notizie sull'attività di Bianchini sono in BCC, ASCRa, *Risoluzioni municipalità 1798-1801*, pp. 51, 93-95, 177, 193-196, *Processi verbali e sedute municipalità 1801-1803*, pp. 33-35, 38-39, 42-44, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna, 1804*, titoli, d'ora in avanti tit., XIII, XV e XXV.

²⁶ Su Grassetti v. D.R. ARMANDO, *ad vocem* G. Grassetti, in "Istituto dell'Enciclopedia Italiana", *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 58, Roma 2002, pp. 581-583, E. DE TIPALDO, *Biografie di italiani illustri*, Alvisopoli, Venezia 1836, vol. 3, pp. 61-62, F. SCALZI, in [G. AMATI] "Ministero agricoltura, industria e commercio", *Bibliografia romana. Notizie della vita e delle opere degli scrittori romani dal secolo XI fino ai nostri giorni*, Eredi Botta, Roma 1871, vol. 1, pp. 138-139, S. DE BIASI, *Gaetano Grassetti*, estratto da "Il Pitagora", Napoli, fasc. 123, 3 marzo 1884, PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, cit., pp. 302-303, VARNI, 1996, *Ravenna giacobina e napoleonica*, cit, p. 595, S. BERNICOLI, *Brogliaccio dello spoglio di cose notabili dai fondi archivistici comunali fino al 1933, con postille bibliografiche aggiornate al 1934*, trascritto e ordinato da U. ZACCARINI, Società di studi ravennati, Ravenna 2015, pp. 58, 62, MISEROCCHI, *Ravenna e ravennati*, cit., p.197. La data di abilitazione è in *Elenco nominativo de'medici e chirurghi condotti ed avventurieri, de'speziali, flebotomi, delle mammane e de'droghieri nello comune di Ravenna*, 1812, cit.

²⁷ V.M. BATTAGLINI, *La Accademia Esquilina: aspetti della vita culturale della Repubblica Romana del 1798*, "Rassegna Storica del Risorgimento", LXXXIV, 1997, n. 3, pp. 322-339.

conte F. Zambecari ossia il primo tentativo di ascensione in pallone aerostatico effettuato in quella città, che si concluse con la drammatica caduta in Adriatico²⁸.

Si sposò con Zaffira Ferretti, nata a Bagnacavallo nel 1785, laureata in medicina, abilitata in chirurgia all'università di Bologna nel 1810 e perfezionatasi in ostetricia, come la madre Maria Petrocini, a Milano e a Parigi²⁹.

Nel 1804 ottenne, per l'interessamento del viceprefetto di Ravenna, l'insegnamento degli "Elementi di fisica generale e sperimentale" nel nuovo Ginnasio cittadino, dove in luglio ebbe l'incarico di costruire l'orto botanico³⁰. Nel marzo di quell'anno, appena giunto in città, venne chiamato dal viceprefetto a far parte insieme ad altri medici e chirurghi "giacobini" (Giuseppe Miccoli, Paolo Bianchini e Francesco Fuschini) della commissione che doveva rispondere ai quesiti dell'inchiesta fatta per ottenere dati statistici delle città del Dipartimento del Rubicone³¹.

Dalle relazioni puntuali che Grasseti scriveva periodicamente al podestà per informarlo degli ammalati da lui curati emerge chiaramente il suo pensiero medico-filosofico incline alle teorie Browniane, modificate da Rasori:

Nella state hanno regnato le [febbri] periodiche. Mi sono sembrate fin ora asteniche nel maggior numero dei casi. Non però della classe delle perniciose, ma ordinariamente benigne. Per tanto il vitto nutriente, il vino e la buona china sono

²⁸ Questa sfortunata ascensione fu ricordata dai giornali e divenne subito oggetto di fogli volanti, come la *Relazione del viaggio aereostatico del cit. Francesco Zambecari di Bologna estratta dalla Gazzetta di Venezia n. 82. Venezia, 15 ottobre 1803*, stampata a Ravenna da Roveri e Casali nell'ottobre 1803 una copia del quale è in CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VI, p. 214, e di incisioni, a stampa come quella realizzata da Pietro Leone Bombelli nello stesso anno *Recupero degli aereonauti Francesco Zambecari, Pasquale Andreoli e Gaetano Grasseti caduti sull'Adriatico*.

²⁹ Su Zaffira Ferretti v. D. VACCOLINI, *ad vocem* Petrocini Ferretti Maria, in E. DE TIPALDO, *Biografie di italiani illustri*, Alvisopoli, Venezia 1836, vol. 3, pp. 367-368 e G. CANONICI FACHINI, *Prospetto biografico delle donne italiane rinomate in letteratura dal secolo decimoquarto fino ai giorni nostri*, Alvisopoli, Venezia 1824, pp. 216-217.

³⁰ La documentazione è in BCC, ASCRa, *Sedute amministrazione municipale-1804*, p. 19, BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1804, tit. XIII.

³¹ La documentazione è in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1804, tit. XIII.

stati, e sono tutt'ora, mezzi valevolissimi a fugarle. Né abbiamo a dolerci di recidive, ove gl'infermi facciano una prudente convalescenza³².

In una relazione, scritta con l'amico e collega Sante Rasi, annotavano di avere curato:

Qualche semplice rosolia, varie dissenterie, di cui sono stati di preferenza attaccati i bambini, qualche affezione reumatica, e poche febbri periodiche sono state le malattie da noi curate, le quali felicemente [h]anno ceduto all'uso appropriato de' rimedi per la maggior parte della classe dei deperimenti³³.

Da altre lettere risulta che egli sia stato favorevole alla vaccinazione antivaiolosa e, nel 1808 all'inchiesta fatta per verificarne la pericolosità e l'efficacia, sosteneva che:

Niuna malattia ho curato nei bambini vaccinati ch'io abbia potuto credere ragionevolmente causata dall'operazione di quell'innesto: Niuno ho assistito che fosse attaccato dal vajuolo umano legittimo, il quale dapprima fosse stato vaccinato con effetto vero, e non spurio: Non ho anzi (nella ristretta mia pratica) veduto più alcuno afflitto dal contagio del vajuolo umano dacchè fra noi s'è introdotta la pratica del vaccino³⁴.

Nell'agosto del 1809 ottenne, per ordine del vicerè d'Italia, il posto di medico condotto per la città, togliendolo al ravennate Antonio Mazzotti che l'aveva vinto

³² Lettera di G. Grassetti al podestà di Ravenna. Ravenna, 25 agosto 1811. In BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1811, tit. XXV.

³³ Lettera di Sante Rasi e Gaetano Grassetti al podestà di Ravenna, ma la scrittura è di Rasi. Ravenna primo settembre 1813, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1813, tit. XV.

³⁴ Lettera di G. Grassetti al podestà di Ravenna. Ravenna li 27 aprile 1808, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1808, tit. XXV, rubrica 7 inoculazione del vaiolo.

tramite concorso pubblico³⁵. In quell'anno aveva pubblicato a Ravenna presso Antonio Roveri l'operetta *Dell'aria ravennate*, nella quale cercava di dimostrare la salubrità del clima di quella città confutandone la taccia di area malarica. Per quel libro aveva ottenuto il plauso dell'arcivescovo cittadino Codronchi e del consigliere di Stato Mejer³⁶.

Esercitò la professione in città diventando il medico di famiglie di rilievo, come i Gamba, ed è ricordato in una lettera di Byron a Teresa Gamba Guiccioli³⁷.

Partecipò alla vita culturale ravennate scrivendo e recitando versi e partecipò allo «Ateneo Ravennate», fondato dall'arcivescovo Codronchi nel 1812³⁸. Nel 1814 aveva pubblicato un sonetto a stampa *Per Teresa Rizzoli che con plauso universale sostiene la parte di prima donna nel Teatro di Ravenna l'autunno 1814 nell'opera intitolata L'italiana in Algeri*, a Ravenna da Roveri³⁹.

Nel febbraio di quell'anno si istituì l'ospedale militare per le truppe austro-britanniche nel convento di San Nicolò, separato da quello civile di S. Maria delle Croci, per volere del generale Nugent, e Grassetti, insieme a Gaspare Martinetti, medico primario dell'ospedale, furono nominati curanti dei soldati infermi, in aiuto ai medici di quei corpi militari⁴⁰.

Dopo il crollo dell'Impero Napoleonico aderì al governo di Gioacchino Murat e alla caduta di quest'ultimo seguì le sue truppe e partì da Ravenna il 18 aprile 1815

³⁵ Documenti in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1809, tit. XV, vedi anche CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VII, cc non numerate, in data 27 marzo e 30 agosto 1809.

³⁶ Le lettere di apprezzamento per Grassetti scritte da Codronchi e da Mejer nell'aprile 1809 e dirette al podestà di Ravenna sono in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1809, tit. XXV.

³⁷ La lettera del 14 dicembre 1823 è trascritta in L.A. MARCHAND, *For freedom's battle. Byron's letters and journals*, Belknap Press, Cambridge 1981, vol. 11 (1823-1824), p. 78.

³⁸ Su questa istituzione, che ebbe vita breve, vedi MURATORI, *Tutte le opere*, cit., vol. 1, nota 151 a p. 163 e *Almanacco per il Dipartimento del Rubicone per l'anno bisestile 1812*, Casali, Forlì s.d. ma 1812, p. 351.

³⁹ Un'altra composizione poetica, dal titolo *La via lattea. Capitolo Estemporaneo*, non datata e forse autografa, si trova manoscritta nella BC Fo, Raccolte Piancastelli, Carte Romagna, 589. 140.

⁴⁰ PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, cit., pp. 302-303, 309, IDEM, *La millenaria storia ospedaliera di Ravenna*, Longo, Ravenna 2006, pp. 277-278.

raggiungendo il porto di Ancona dove prestò le sue cure al patriota e letterato cesenate Eduardo Fabbri.

La sua fuga da Ravenna è raccontata dal cronista Raisi:

Fuga dell'armata italiana di Gioacchino Murat da Ravenna e dei suoi sostenitori.

[Murat chiede cavalli e buoi per trasportare i carri della sua truppa in fuga ma il prefetto di Forlì glieli nega]

Tale annuncio ha messo in iscompiglio li nostri giacobini, molti dei quali hanno abbandonato la città, che si è veduta questo giorno assai desolata, essendo quasi tutti occupati a nascondere, o mandar via le cose migliori delle loro case, sul timore che in occasione del lor ritiro siano per dare un sacco. Si sono vedute ancora pochissime carrozze avendo la maggior parte delle famiglie mandati altrove i loro cavalli per non correre il rischio di perderli alla partenza dei napoletani. [...]

Hanno sloggiato da Ravenna molti partitanti dei Francesi, tra gli altri il signor Cristino Rasponi colla moglie, il signor conte Ruggiero Gamba Ghiselli, che si sono portati a Pesaro. Dopo di essi il signor conte Tommaso Lovatelli, cap. Severi, Agostino Triossi, l'usciera Garavina.

E finalmente alle 8 pomeridiane il comandante Pietro Runcaldier col suo primogenito, e il signor dottor Gaetano Grasseti uno dei nostri medici condotti, tacendo di quei molti che sono di minor conto⁴¹.

Prima di andarsene Grasseti scrisse una lettera accorata al prefetto nella quale esponeva i motivi della sua fuga:

Signor Prefetto

Credo dover mio il parteciparle la mia partenza di qua, perché appoggio il sano suo giudizio sia giustificata la mia condotta anche per questa parte. Eccole i motivi della mia risoluzione. Primieramente assai mi ha turbato l'animo la persecuzione sofferta, non ha molto [tempo], da parecchi amici miei, i quali per altro ebbero a

⁴¹ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit, tomo VIII, cc non numerate, in data 17 aprile 1815.

languire in prigione per nove giorni che per la più nera delle calunnie apposta loro da pessimi cittadini: ed io so, o ad ogni modo debbo credere, che anche la mia persona fosse presa di mira. Inoltre mi atterrisce l'esempio degli arresti già succeduti nei paesi rioccupati dalle armi austriache, e non per altro delitto che quello di un generoso sentimento patrio. Confesso anch'io di essere italiano di cuore, come lo sono per nascita, e solo mi pesa che quei medesimi sentimenti che sedici mesi fa mi vennero risvegliati dai proclami del Generale Nugent, di Lord Bentink, e dal patriottico furore di tutta Europa settentrionale possano ora essere attribuiti a [un] colpo di stato. Comunque sia però l'anima mia si stà tranquilla all'aspetto di una vita innocente e per 36 anni pacifica perché non colpevole. Aggiungo finalmente che la voce del Supremo Magistrato, ove sia accompagnata da non equivoco recapito di sicurezza personale, mi restituirà tosto alle mie occupazioni, dalle quali niuna altra cagione poteva allontanarmi che l'antico proverbio: *Malo periculosam libertatem, quam certum servitium*⁴².
Ho l'onore di essere di Lei Signor Prefetto, umilissimo e devotissimo servitore
Gaetano Grassetti, Professore delle scienze naturali in Ravenna⁴³.

Un'altra lettera molto importante, scritta nel luglio 1815 all'amico Eduardo Fabbri, spiegava il motivo della sua partenza definitiva da Ravenna:

Mio Carissimo

Parto a momenti per Venezia, d'onde, dopo alcuni giorni mi recherò a Trieste: quivi deciderò del luogo di mia dimora stabile. Tu lo saprai per mie lettere. Stà fermo tu così nel tuo proposito come io lo fui, e lo sono nel mio; un giorno, quando che sia!

⁴² La frase significa: «Preferisco una libertà insicura ad una servitù tranquilla», in J.J. ROUSSEAU, *Il contratto sociale*, Rey, Amsterdam 1762, libro III, capitolo 4, e si riferisce a quanto pronunciato da un virtuoso palatino durante la dieta di Polonia.

⁴³ Lettera di G. Grassetti a Federico Rasponi, prefetto del Dipartimento della Pineta. Ravenna 18 aprile 1815, in ASRa, Archivio della Legazione Apostolica di Ravenna, 1815, Archivio segreto di Polizia, busta 1844, fascicolo emigrati.

sarà dolce il riabbracciarti. Non ti sono occulte le molte ragioni che mi hanno indotto a lasciare Ravenna: questa ti sia sopra tutte; che nulla più vi ritrovai del mio! Amici pochi e mal fermi, condotta medica data ad altro soggetto più degno di me; Liceo riserbato, sotto altro titolo, ad altra gente.

Ricordami alla tua Margheritina; dammi tue notizie, e credimi tutto tuo

Aff.mo G. Grassetti⁴⁴.

Un'altra missiva spiega perché partì nel luglio 1815 da Trieste per raggiungere Patrasso:

Che diresti di me se mi partissi d'Italia senza darti un addio; senza farti sapere ove abbia pensato di stabilire il mio primo soggiorno; insomma senza renderti informato di quanto mi riguarda? Ed ecco che lo faccio col mezzo di questa mia letterina che ti prego aver la flemma di leggere.

Ho trovato qui l'amico greco Chilopolo. Egli si mostra desiderosissimo di mia fortuna, e vuole che vada seco a Patrasso. Colà (mi dice) voi avrete una condotta medica di un emolumento fisso di 4/mila franchi, ed altrettanti ne guadagnereste insegnando matematiche, chimica, etc. Avrete pure incerti molti, e potrete contare sopra un avanzo di 2/mila colonnati annui. La mia casa è per voi, io vi troverò quanti amici volete. Che se quel soggiorno non vi piacerà, siete sulla via per recarvi a (...), a Costantinopoli, o dove più vi sarà caro. Amico, a dirti il vero, queste antifone sono assai gradite ai miei orecchi ed ho accettato il partito propostomi, tanto più che sono informato essere il Cairo e tutto l'Egitto infestato dalla peste. Andrò dunque in Peloponneso. Visiterò Corinto, Sparta, Atene, e di là avrai da me una precisa descrizione di quella contrada un tempo tanto famosa. La buona Zaffira Ferretti è compagna della mia fortuna. In intanto starai nei tuoi propositi? Credo che sì. Lo

⁴⁴ Lettera di G. Grassetti «all'ornatissimo signore Eduardo Fabbri». Ravenna 29 luglio 1815, in BCM, mss. cesenati, 2, VIII, 77. «Margheritina» è Margherita, la devota sorella di Eduardo Fabbri. L'amicizia tra Grassetti e Fabbri è testimoniata anche in altre lettere conservate in BCM ed è ricordata in E. FABBRI, *Sei anni e due mesi della mia vita. Memorie e documenti inediti*, a cura di N. TROVANELLI, Bontempelli, Roma 1915, pp. CXXXVIII, CXLIII.

devi primieramente alla tua felicità; poi all'incremento delle buone lettere. Scrivi dunque tragedie; spaziate fra i tuoi libri, e goditi nel silenzio delle amenissime tue collinette. Un giorno (spero!) ricorderemo con piacere le nostre passate vicende. Fra otto o dieci giorni partirò da qui per Patrasso. Addio. Zaffira caramente ti saluta e ti prega di aver memoria di lei. Io poi ti scongiuro di dir mille cose per me alla tua Margheritina.
Credimi tuo amico Gaetano Grassetti⁴⁵.

A Patrasso morì la moglie nel 1817 e nel 1818 egli tornò per breve tempo a Roma. Successivamente si stabilì a Zante dove aprì una scuola di lettere italiane e latine e sposò in seconde nozze Adelaide Karvelà dalla quale ebbe quattro figli. Nel 1824 si trasferì a Corfù per ricoprirvi la cattedra di lingua latina e italiana nella appena inaugurata Università Jonia. Nel 1835 morì la seconda consorte e, ammalatosi di tubercolosi polmonare, compì un breve soggiorno a Napoli per ritemprarsi in quel clima più favorevole. Rientrato a Corfù vi morì di tubercolosi il 19 aprile 1836.

Giuseppe Miccoli.

Nacque a Ravenna nel 1760 da una famiglia nobile che aveva già dato alla città medici importanti che fecero parte del Collegio medico cittadino⁴⁶. Tra loro va

⁴⁵ Lettera di G. Grassetti al Nobile Uomo il Signor Eduardo Fabbri. Trieste 31 agosto 1815, in BCM, mss. cesenati, 2, VIII, 79.

⁴⁶ Su Miccoli vedi PASI, *I medici e la cultura medica a Ravenna*, cit., pp. 231-239, A. VARNI, *L'età giacobina e napoleonica a Ravenna*, in *I "giacobini" nelle Legazioni. Gli anni napoleonici a Bologna e Ravenna. Atti dei convegni di studi svoltisi a Bologna e Ravenna 1996*, a cura di A. VARNI, Costa, Bologna 1997, vol. III, *La società ravennate (1797-1815)*, pp. 7-29, in part., p. 23, L. MISEROCCHI, *Ravenna e ravennati*, cit., p. 15, UCCCELLINI, *Dizionario storico di Ravenna*, cit., p. 157 e *ad vocem* Miccoli p. 301. Una biografia è in REGIA ACCADEMIA D'ITALIA. COMMISSIONE PER GLI ATTI DELLE ASSEMBLEE COSTITUZIONALI ITALIANE, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. III, Parte II, *Notizie biografiche dei deputati. Indici dell'opera*, Zanichelli, Bologna 1940, pp. 83-84. Note biografiche

ricordato Olimpio, il padre di Giuseppe (1731-1807), abilitato in medicina dal Collegio medico di Ravenna nel 1757, che fu medico condotto primario della città esercitando anche nell'ospedale cittadino dal 1760 al 1801⁴⁷.

Giuseppe, dopo avere iniziato gli studi in patria e avere ricevuto dal padre e da Michele Rosa i primi insegnamenti, decise di frequentare l'Università di Napoli, dove giunse nel 1778 a diciotto anni⁴⁸.

Nel 1798, durante la controrivoluzione di Napoli, venne incarcerato per un anno e successivamente esiliato in Provenza dove visse esercitando la professione e dalla quale tornò in Italia, prima a Genova e poi a Milano dove pubblicò nel 1801 l'*Omaggio poetico di un cittadino cisalpino a Bonaparte*, dove ripercorreva, esaltandole in versi, le gesta militari di Napoleone⁴⁹. In quell'anno andò a Bologna e a maggio tornò a Ravenna⁵⁰.

La sua vita travagliata di quegli anni è raccontata da lui stesso in una lettera scritta nel 1801 a Ferdinando Marescalchi:

Ravenna che per desiderio di meglio istruirmi nelle scienze e specialmente nella medica lasciai fino dal 1778, è la mia patria. Il Dottor Olimpio Miccoli, uomo piuttosto facoltoso, e celebre Medico, è mio padre. Nello spazio di diciotto e più anni da me passati in Napoli, in una situazione delle più brillanti, ho sostenuto con decoro l'onore nazionale a fronte dei Serao, dei Cotugni, dei Cirilli, dei Vairo. Sono

sono in F. ERCOLE, *Enciclopedia biografica e bibliografia italiana*, Serie XLII, *Il Risorgimento italiano*, vol. 3, *Gli uomini politici*, vol. 2, Istituto Ed. Italiano B.C. Tosi, Roma 1931, pp. 291-292 e in T. CASINI, *La prima sessione del collegio elettorale dei dotti in Bologna nel 1802*, "Archiginnasio. Bollettino della Biblioteca Comunale di Bologna", 1915, pp. 28-46, in part., p. 33.

⁴⁷ BERNICOLI, *Le scuole di medicina e di ostetricia in Ravenna*, cit., v. anche CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo III, pp. 268-269, 5 gennaio 1800, giubilazione dei dottori Miccoli e Severi, tomo VII, cc non numerate, in data 27 giugno 1807, morte di Olimpio Miccoli.

⁴⁸ Sullo studio della medicina a Napoli in quel periodo vedi F. FRESCHI, *Storia della medicina in aggiunta e continuazione a quella di Curzio Sprengel*, Perelli e Mariani, Milano 1845, tom. VII, parte II, pp. 1096-1122.

⁴⁹ G. Miccoli, *Omaggio poetico di un cittadino cisalpino a Bonaparte*, Milano, Tosi, 1801, in 12°.

⁵⁰ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo V, pp. 301-302, 26 maggio 1801, dottor Giuseppe Miccoli.

mie opere: *L'abuso dei rimedj in medicina*; le *Osservazioni sulla forza dei rimedj nostrali*; *L'Oppio nostrale*; *La Medicina naturale*; *La forza medicamentosa di alcuni dei migliori rimedj stabilita da lunghe ed accurate osservazioni*. Questa ultima opera, avanzo di un lavoro prezioso di 16 anni fatto da me in compagnia del dottor Cirillo, del dottor Sarcone, del dottor Vairo e di altri Medici di sommo nome, riunita alla meglio da me in Marsiglia, si stà attualmente stampando in Milano per disposizione del Governo .

Nell'epoca della spaventevole controrivoluzione di Napoli, i miei domestici, di unita con alcuni dei miei malevoli, per impadronirsi del ricco frutto dei miei sudori mi diedero nelle mani di alcuni Calabresi, i quali mi rinchiusero prima in un granile, poscia in un sotterraneo; finalmente fui balzato insieme con molti altri in cima di uno scoglio entro di un ergastolo. In questo riscontro, oltre gl'inesprimibili strapazzi sofferti, riportai una grave ferita di stilo lungo le ultime coste del lato destro. Dopo undici mesi e giorni di penosissimo carcere, senza aver visto Giudici, od essere ascoltato, fui mandato in Provenza come *nativo Cisalpino*, e *uomo di lettere*. La professione che ho esercitata ognora con felicità mi fornì presto gli aiuti che ripararono la mia nudità, e che mi misero nel caso, dopo un anno circa, di ritornare in Italia. Da Genova, dove restai qualche mese per assistere il Deputato Tassoni ed un Principe Napoletano molto malandati in salute, passai in Milano, ove fui accolto nella maniera la più seducente e per me sempre gloriosa dai Fontana, dagli Uriani, dai Reina, dai Rossi, dal Cardinale Dugnani, dal Presidente Sommariva ai quali ero noto per fama. Mi si fecero dal Governo mille graziose esibizioni, delle quali non ho per altro approfittato [sic]⁵¹.

⁵¹ La lettera, non datata ma probabilmente scritta nell'inverno 1801, che Miccoli spedì al cittadino Ferdinando Marescalchi, deputato della Repubblica Cisalpina presso il Primo Console, si trova nell'archivio privato Marescalchi nella villa di Tizzano, a Casalecchio di Reno, *Lettere di diversi di corrispondenza particolare al Congresso di Lione*, marzo n. I, tomo V, ed è trascritta in REGIA ACCADEMIA D'ITALIA. COMMISSIONE PER GLI ATTI DELLE ASSEMBLEE COSTITUZIONALI ITALIANE, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. I, Zanichelli, Bologna 1934, lettera n. 460 alle pp. 464-465.

Nel gennaio del 1802, dopo la rinuncia di alcuni eletti, venne nominato nel “Collegio dei Dotti” per il Dipartimento del Rubicone e partecipò al Congresso di Lione dove si dovevano porre le basi della nuova Repubblica Italiana⁵². Nel dicembre di quell’anno fu chiamato dal consiglio municipale ravennate a succedere al padre come “primo medico del comune con stipendio 300 scudi e obbligo di prestarsi gratis alla medicatura degli infermi della città e dell’ospitale”⁵³.

Nel gennaio 1803 ottenne che il suo ruolo fosse modificato in “medico consulente”, rifiutandosi di fare visite gratuite ed accettando di “aver soltanto l’obbligo di portarsi gratis a tutti li consulti, nei quali fosse chiamato nelle malattie curate dagli altri medici, tanto della città e borghi, che dell’ospitale”⁵⁴. Durante quell’anno fece parte di commissioni che visitarono l’ospedale civile e la sua spezieria e ne evidenziarono le mancanze⁵⁵. Nel giugno di quell’anno, insieme a Paolo Bianchini, riesaminò le patenti di abilitazione dei professionisti della salute (medici, chirurghi, flebotomi e levatrici) che operavano nel comune⁵⁶.

Nel 1804 venne nominato “delegato di sanità marittima, visitatore di sanità continentale, medico primario della comune”⁵⁷. Nell’ottobre di quell’anno è a lui che si rivolse Luigi Sacco, direttore generale della vaccinazione del Regno d’Italia, per intraprendere la prima campagna di vaccinazione antivaiolosa in città e, a novembre, Miccoli, Sacco e il chirurgo primario Francesco Fuschini eseguirono più

⁵² CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo V, p. 195, Febbraio 1802, Collegio dei dotti.

⁵³ Documenti in BCC, ASCRa, *Processi verbali e sedute municipalità 1801-1803*, 9 dicembre 1802, pp. 13-14. Vedi anche G. MICCOLI, *Discorso apologetico del dottor G. M. a'suoi concittadini*, Roveri e Casali, Ravenna s.d. ma 1806, p. 11, note a e b.

⁵⁴ Verbali in BCC, ASCRa, *Processi verbali e sedute municipalità 1801-1803*, 19 gennaio 1803, p. 26.

⁵⁵ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VI, pp. 99-100, 20 maggio 1803, visita alla spezieria dell’ospitale e p. 113, 12 giugno 1803, visita all’ospitale, p. 114, 22 settembre 1803, direzione dei luoghi pii.

⁵⁶ CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VI, p. 114, 12 giugno 1803. ASRa, *Fondo Spreti. B. 54*. Editti del Governo del 13 giugno 1803. BCC, *Bandi del Comune*, giugno 1803.

⁵⁷ Lettera di G. Miccoli alla Municipalità di Ravenna. Ravenna 21 settembre 1804, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1804, tit. XXV.

di 300 innesti nelle parrocchie cittadine⁵⁸. In quell'anno, Miccoli e Fusconi furono nominati delegati per la vaccinazione per il distretto di Ravenna e di Cervia del comune di Ravenna e il suo impegno convinto in questo versante continuò almeno fino al 1810, sostenuto dalla fiducia in questa nuova pratica, ribadita con realismo in una lettera del 1809 nella quale dichiarava: "Panegirista e promotore della vaccinazione, mi sono fatto e mi farò sempre un dovere di raccomandarne la pratica, a fronte della ripugnanza e della indisposizione che in generale s'incontra nel popolo"⁵⁹.

Nel 1806, un opuscolo da lui pubblicato sulle cure prestate ad una signorina di Ravenna suscitò aspre polemiche da parte di un gruppo di colleghi a lui avversi⁶⁰, mentre altri medici di sentimenti filofrancesi⁶¹ e il poeta Jacopo Landoni presero le sue difese⁶².

⁵⁸ Documentazione in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1804, tit. XXV, rubrica 7 inoculazione del vajolo, BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1805, tit. XV, La vaccinazione è ricordata anche in CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VI, p. 366, in data 8 novembre 1804.

⁵⁹ Lettera di G. Miccoli al podestà. Ravenna 25 marzo 1809, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna*, 1809, tit. XXV.

⁶⁰ G. MARTINETTI, A. MAZZOTTI, *Risposta apologetica dei due medici ravennati G. M. e A. M. sulla storia medica del sig. dott. Giuseppe Miccoli ravennate*, Biasini, Cesena 1806.

⁶¹ Tra questi medici ricordo G. Grasseti, P. Baldini, Sante Rasi, Luigi Malagola e Vincenzo Collina.

⁶² G. MICCOLI, *Storia medica. Con osservazioni e note scritta dal dottor G. M. ravennate*, Roveri e Casali, Ravenna 1806, IDEM, *Discorso apologetico del dottor G. M. a' suoi concittadini*, Roveri e Casali, Ravenna s.d. ma 1806, [L. MALAGOLA], *Supplemento al discorso apologetico scritto da L. M., s.l., ma Ravenna, s.d., ma 1806*, [J. LANDONI], *Agli incogniti oppositori del signor dottor G.M. un galantuomo*, Roveri e Casali, Ravenna 1806. Quella vicenda fu oggetto di cinque sonetti, sei opuscoli, una canzonetta ed altre invettive v. S. MURATORI, *I tempi, la vita e l'opera letteraria di Jacopo Landoni (1772-1855)*, in S. MURATORI, *Tutte le opere*, cit., vol. 1, pp. 153-155. V. anche CORLARI, RAISI, *Giornale di Ravenna*, cit., tomo VII, cc non numerate, alla data 24 agosto 1806, sonetto in favore di Miccoli scritto da Jacopo Landoni.

In una breve biografia si sostiene che egli “attese sino agli ultimi anni all'esercizio della medicina e morì in Ravenna il 10 settembre 1827. Fu sepolto nella chiesa di San Francesco”⁶³.

Miccoli si occupò specialmente di “materia medica” e diede alle stampe numerosi trattati che ebbero un grande successo tanto da garantirgli una vasta fama in tutto il paese⁶⁴.

La sua vasta produzione scientifica di “terapeutica e materia medica” è ricordata nel 1848 da Salvatore De Renzi:

In Napoli un medico ravennate, Giuseppe Miccoli, con un gran numero di scritture cercò di esaminare l'azioni delle principali classi di rimedi, incutere una salutare

⁶³ Regia Accademia d'Italia. Commissione per gli Atti delle Assemblee Costituzionali Italiane, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. III, parte II, *Notizie biografiche dei deputati. Indici dell'opera*, Zanichelli, Bologna 1940, pp. 83-84, dove si cita nella bibliografia: “Documenti in Archivio Parrocchiale di S. Stefano in Ravenna: *Libro dei morti*”. Il suo nome compare anche in *Elenco dei medici, dei chirurghi, dei flebotomi, dei dentisti, degli speciali, delle mammane e dei veterinari approvati ed esercenti nella città e provincia di Ravenna*, Ravenna, Roveri, 1823, p. 6.

⁶⁴ Elenco parziale dei testi editi da G. Miccoli: *Saggio di riflessioni sul pregiudizio che reca alla salute l'abuso de' rimedj i più frequenti in medicina dal dottor G. M. ravennate*, Vincenzo Manfredi, Napoli 1785, ristampato nel 1786 con lo stesso editore, *Saggio di osservazioni sulla forza medica di alcuni rimedj nostrali di G. M. dottore di medicina in Napoli*, Amato Cons, Napoli 1787, *Saggio di riflessioni sul pregiudizio che reca alla salute l'abuso de' rimedj li più frequenti in medicina dal dottor G. M. ravennate, esattamente corretto ed accresciuto di riflessioni utilissime in questa terza edizione*, Amato Cons, Napoli 1788, *Saggio di osservazioni sul pregiudizio che reca alla salute l'abuso de'rimedj li più frequenti in medicina e sulla forza medica di alcuni rimedi nostrali di G. M. dottore in medicina in Napoli*, G. Orlandelli, Venezia 1790, *La medicina naturale illustrata coi fatti dal dottor G.M.*, G. Raimondi, Napoli, parte I, 1792 e II 1793, *Principii di medicina naturale*, Serazzi, Milano 1802, quarta ed. italiana, *Principii di medicina naturale del dottor G. M. uno dei 30 della Società Letteraria e già lettore di medicina pratica in Napoli*, Nobili, a spese del governo, Milano 1819, quinta ed. italiana in tre parti distinte, *Risultato di accurate e lunghe esperienze ed osservazioni dirette a stabilire i mezzi che conducono a conoscere le infermità ed i rimedi da curarle del dottor G. M., al dottor Antonio Laghi, Pietro Conti, Faenza* 1824, e ristampata in ed. riveduta e accresciuta dallo stesso editore nel 1825, *Lettera sull'utilizzo del peperino [pepe nero]*, “Annali Universali di Medicina compilati da Annibale Omodei”, 1824, vol. 19, pp. 269-270.

diffidenza sulle medicine energetiche, e svelare il valore di molti rimedi indigeni, consigliandoli in preferenza ai medici in vantaggio dei poveri, ed in sussidio dell'arte⁶⁵.

I suoi scritti ottennero l'approvazione di molti colleghi dei suoi tempi, tra i quali Domenico Meli e Giuseppe Piolanti, e continuarono ad essere citati per molti decenni⁶⁶. Egli criticò l'abuso del salasso e dei rimedi "energetici" come la china, promuovendo l'utilizzo dei rimedi "indigeni", soprattutto per la cura dei poveri. Questo gli procurò le feroci critiche di Giovanni Rasori che nel 1802 pubblicò una recensione alquanto malevola e ostile dei suoi *Principi di Medicina Naturale* nella quale lo accusava di: "trascrivere squarci sopra squarci d'autori e ammucciare citazioni sopra citazioni, dispensandosi dal mettervi un sol grano di criterio"⁶⁷.

Su di lui aleggiava il pregiudizio di essere stato uno "spirito vario e originale", "esaltato e strano negli atteggiamenti politici", dalla vita dissoluta, sempre attento a chiedere cariche e a ostentare meriti inesistenti⁶⁸.

⁶⁵ S. DE RENZI, *Storia della Medicina in Italia*, Filiatre-Sebezio, Napoli 1848, tomo V, p. 651.

⁶⁶ Vedi G. PIOLANTI, *La distruzione completa della medicina*, Nobili, Pesaro 1835, tomo II, pp. 171-172, D. MELI, *Storia naturale chimica e terapeutica del pepe nero o cubebe*, Andreola, Venezia 1860, G. OROSI, *Manuale dei medicamenti galenici e clinici*, Cammelli Firenze, 1867, p. 698, G. RUSPINI, *Manuale eclettico dei rimedi nuovi*, Marghieri, Napoli 1860, p. 92.]

⁶⁷ G. RASORI, recensione a G. MICCOLI, *Principi di Medicina Naturale*, parte I, quarta ed. italiana, Serazzi, Milano 1802, "Annali di Medicina", 1802, 2 agosto, pp. 34-41, ricordata in G. DEL CHIAPPA, *Della vita di Giovanni Rasori*, Molina, Milano 1838, p. 63 e in G. COSMACINI, *Il medico giacobino. La vita ai tempi di Giovanni Rasori*, Laterza, Bari 2002, pp. 128-129.

⁶⁸ Vedi le note biografiche, i giudizi e le lettere trascritte in MUSEO DEL RISORGIMENTO E RACCOLTE STORICHE DEL COMUNE DI MILANO, *I carteggi di Francesco Melzi d'Eril duca di Lodi. La vicepresidenza della Repubblica Italiana*, vol. II, Milano 1958, pp. 222-223, 330-331, 451-452, IDEM, *I carteggi di Francesco Melzi d'Eril duca di Lodi. La vicepresidenza della Repubblica Italiana*, vol. III, Milano 1959, pp. 25-27, 302, REGIA ACCADEMIA D'ITALIA. COMMISSIONE PER GLI ATTI DELLE ASSEMBLEE COSTITUZIONALI ITALIANE, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. I, Zanichelli, Bologna 1934, pp. 408-420, 464-465, 474, 497, 710, 711, 719, IDEM, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. II, parte I, Zanichelli, Bologna 1935, pp. 245-246, 888-889, IDEM, *I Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana*, a cura di U. DA COMO, vol. II, parte II, Zanichelli, Bologna 1935, p. 590, IDEM, *I*

In una lettera riservata scritta da Francesco Melzi D'Eril, vicepresidente della Repubblica Italiana, nell'agosto del 1802, a Ferdinando Marescalchi, ministro delle relazioni estere, si asseriva che:

Il Miccoli è certamente uomo di talenti ed ha goduto reputazione da letterato durante il suo soggiorno in Napoli, ma vi ha unito qui una pessima riputazione, e la sua nomina alla Consulta di Lione, che sorprese tutto il mondo, fu prodotta dalla volontà di salvarlo dalla cattura in qualità di lenone: accusa data poi nuovamente per nuovi fatti che so io qui⁶⁹.

Nel carteggio di Melzi D'Eril è conservata copia di una lettera inviata da Miccoli a Napoleone Bonaparte nel 1802 nella quale egli chiedeva di essere nominato tra le personalità di spicco che dovevano far parte del costituendo Istituto Nazionale:

Io domando una piazza nell'Istituto Nazionale, e la domando con quella fiducia che m'ispira l'onore fattomi dalle società mediche di Edimburgo, di Gottinga, di Berlino, di Berna, di Napoli nello iscrivermi tra i loro soci, e l'accoglienza fatta costantemente dal pubblico alle mie opere di cui accludo l'elenco; e finalmente la singolare bontà mostratami da voi, generale Primo Console e Presidente in Lione, nell'accogliere il mio omaggio poetico⁷⁰.

Nell'ottobre di quell'anno Melzi D'Eril scriveva inoltre:

Comizi Nazionali di Lione per la costituzione della Repubblica Italiana, a cura di U. DA COMO, vol. III, parte I, Zanichelli, Bologna 1938, a p. 85.

⁶⁹ Lettera di Melzi a F. Marescalchi. Milano 12 agosto 1802. Riservata, in MUSEO DEL RISORGIMENTO E RACCOLTE STORICHE DEL COMUNE DI MILANO, *I carteggi di Francesco Melzi d'Eril duca di Lodi. La vicepresidenza della Repubblica Italiana*, vol. II, Milano 1958, pp. 222-223.

⁷⁰ Copia di lettera non datata in Archivio Marescalchi, cart. 18, trascritta in MUSEO DEL RISORGIMENTO E RACCOLTE STORICHE DEL COMUNE DI MILANO, *I carteggi di Francesco Melzi d'Eril duca di Lodi. La vicepresidenza della Repubblica Italiana*, vol. II, Milano 1958, nota 4, pp. 222-223.

Il Miccoli non è nominato [nell'Istituto Nazionale] sebbene egli abbia mosso cielo e terra e dice con singolare ingenuità di credere di non avere competenti che lo valgano: ma questo uomo ha una sì trista opinione che sola basta ad escluderlo. Quando venne a Lione trovavasi sotto atto di cattura indiziato come lenone. Egual cosa di questo si è pur trovato nei rapporti posteriori di polizia, ch'io lasciai cadere perché non si sfregiasse l'opinione del collegio dei Dotti a cui appartiene⁷¹.

Alcune notizie sembrano avvalorare queste ombre. In una lettera dell'agosto del 1804 egli chiese inutilmente al consiglio comunale un alloggio: "prevedendovi che io ho una moglie, una bambina, un servente ed un domestico, e che avendo io da più mesi lasciato di abitare nella casa di ragione di mia matrigna, la cittadina Amandelli Miccoli"⁷².

Nel 1808, una nota del podestà di Ravenna sui candidati al posto di deputato di sanità marittima lo indicava invece così:

Miccoli Giuseppe, Età 50, Patria: Ravenna, Medico: esercita la professione di medicina, Non è ammogliato, (non sono indicati figli), Quale opinione gode tanto nel morale che nel politico: varie, Osservazioni diverse: medico condotto del comune con un appannamento annuo di lire 1611,70 ed è molto occupato nell'oggetto di sua professione⁷³.

Nel 1822, chiese inutilmente che gli venissero pagati dal comune ulteriori compensi⁷⁴.

⁷¹ Lettera di Melzi a Marescalchi. Milano, 14 ottobre 1802, in MUSEO DEL RISORGIMENTO E RACCOLTE STORICHE DEL COMUNE DI MILANO, *I carteggi di Francesco Melzi d'Eril duca di Lodi. La vicepresidenza della Repubblica Italiana*, vol. II, Milano 1958, pp. 451-452.

⁷² Lettera di G. Miccoli alla Municipalità di Ravenna. Ravenna 26 agosto 1804, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna, 1804*, tit. XXV.

⁷³ Lettera del podestà di Ravenna alla Commissione dipartimentale di sanità del Rubicone. Ravenna 17 agosto 1808, in BCC, ASCRa, *Carteggio amministrativo comune di Ravenna, 1808*, tit. XXV.

⁷⁴ BCC, ASCRa, *Indice atti consiliari 1801-1870*, 1822, Miccoli Giuseppe, primario condotto **antico assegno negato**.

La nascita dell'Oncologia in Italia. Il San Giovanni di Torino

Alessandro Comandone¹, Tiziana Comandone², Lara Mosca³

¹Oncologo SC Oncologia ASL città di Torino. (mariacarla.garbarino@unipv.it), ² Farmacista Farmacia Ospedaliera A.O. Ordine Mauriziano di Torino, ³Infermiera ASL To 4

Riassunto

La scoperta dei Raggi X e della Radiumterapia quasi contemporaneamente alla fine del XIX secolo portò ad una rapida applicazione pratica di queste tecniche nella diagnosi e cura dei tumori. Le Nazioni che per prime si dotarono di Centri per il trattamento dei tumori furono la Francia, la Germania, la Gran Bretagna e gli Stati Uniti. Ma anche in Italia sin dall'inizio del XX secolo soprattutto a Milano, a Torino e a Roma si aprirono Centri per la cura dei tumori. A Torino nel 1927, sotto la generosa iniziativa del Prof Bellom Pescarolo, aprì i battenti il Centro per la Cura del Cancro presso l'antico Ospedale San Giovanni Battista di via Cavour. È molto interessante notare come tale Istituto fu concepito con un approccio multidisciplinare in cui collaboravano Chirurghi, Radiologi e Patologi. La Radioterapia fu per molti anni ritenuta un trattamento palliativo dei tumori e la mancanza di mezzi diagnostici per le sedi profonde limitò l'impiego dei trattamenti ai tumori della cute, del cavo orale e del collo dell'utero. La carenza di mezzi di protezione esponevano inoltre gli operatori a gravissimi rischi di danni da radiazioni. È peraltro

interessante notare come l'Istituto dei tumori di Torino avesse anche finalità formative, promuovendo congressi e riunioni scientifiche e, come prevenzione, favorendo visite gratuite rivolte alla popolazione

Summary

Over the first decades of the twentieth century the discipline of radiation oncology became a fundamental discipline in the care of tumors. The discovery of X rays and Radium at the end of XIX century developed from an experimental application of radiotherapy to a highly sophisticate treatment of cancer. Germany, France, UK and USA were the pioneers of radiation treatment. In Italy mainly in Turin and Milan some interesting approaches were established at the very beginning of XX century. In this article the Authors describes the first advances in radiotherapy and radiumtherapy at the San Giovanni Hospital in Torino.

The cancer institute of Torino was founded in 1927, but the first attempt to treat tumors with radiation therapy date of 1914. Thanks to the generous enthusiasm of the Professor Bellom Pescarolo the Institute was organized following a multidisciplinary approach: Pathologists, Surgeons and Radiologists cooperated for diagnosis and cure of the patients. The most treated tumors were on the superficial areas: lips, chin, mouth, uterus. The dosimetric approach was very simple with a great risk for the operators. At the beginning of this era radiotherapy had a palliative role to reduce pain,, bleeding without significant results on survival. But it is very interesting that since the 1920es the multidisciplinary approach was considered the main strategy in the prevention, early diagnosis and treatment of tumors that was offered for free to the population of Turin.

Parole chiave

Oncologia; radium, Röntgenterapia, Centro tumori

Keywords

Oncology; Radium; X-ray therapy; Cancer Center

Introduzione

La lotta ai tumori non è una disciplina, nata di recente nell'ambito della Medicina. Sin dal 1600, si annoverano importanti studi epidemiologici italiani (Ramazzini, Parma) e britannici (Pott, 1734) sulla insorgenza di particolari tipi di tumore in alcuni settori specifici della popolazione, quali il carcinoma dell'endometrio nelle suore e i carcinomi dello scroto negli spazzacamini.^{1,2}

Ma è solo a fine del XIX secolo, con la diffusione della filosofia positivista e lo sviluppo di quella scienza sociale e medica denominata Igiene che l'interesse per la cura dei tumori diventa sempre più diffuso nel territorio europeo e nordamericano.

Sicuramente la prima branca della Medicina che apre nuove frontiere al trattamento dei tumori è la chirurgia.

La scoperta degli anestetici e la nozione di sterilità del campo operatorio permettono di intraprendere interventi in organi profondi o complessi fino a quel momento inavvicinabili.³ La scoperta degli anestetici e l'applicazione delle norme antisettiche che creano un ambiente sterile nell'ambito degli interventi operatori, permettono di intervenire su organi fino a quel momento inaccessibili⁴.

Ricordiamo brevemente alcuni interventi chirurgici che hanno cambiato la storia della medicina.

1873: laringectomia, totale Christian Albert Theodor Billroth (1829-1894), Prussia.

1885: gastrectomia, Christian Albert Theodor Billroth (1829-1894), Prussia.

1896: mastectomia radicale, William Stewart Halsted (1852–1922), Stati Uniti.

¹ Franco G. A tribute to Bernardino Ramazzini (1633–1714) on the tercentenary of his death. *Occupational Medicine: Volume 64, Issue 1, January 2014, Pages 2–4.*

² Cosmacini G. *Storia della medicina del lavoro. Da Bernardino Ramazzini a Salvatore Maugeri.* Ed. UTET. 2022.

³ Cosmacini G. *La vita nelle mani. Storia della chirurgia.* Ed. Laterza. 2019.

⁴ Cosmacini G. *La vita nelle mani. Storia della chirurgia.* Ed. Laterza. 2019.

1912: isterectomia con linfoadenectomia allargata, Ernst Wertheim (1864–1920), Austria.

1921 amputazione addominoperineale del retto William Ernest Miles (1869-1947), Regno Unito.

Alla fine dell'Ottocento, gli approfonditi studi e le relative conquiste tecniche nell'ambito della fisica e dell'elettromagnetismo permettono importanti progressi nella diagnostica.⁵

Nel 1895, studiando il fenomeno della fluorescenza, il fisico tedesco Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923) scopre l'esistenza dei Raggi X come mezzo per indagare in vivo gli organi profondi.

In realtà, le prime applicazioni della nuova tecnica, che ben presto prende il nome di radiografia, permettono di vedere soprattutto lo scheletro. Solo dopo un lungo periodo d'indagini e di tentativi, si giungerà a studiare gli organi profondi grazie all'impiego dei mezzi di contrasto. Tornando a Röntgen, è interessante notare che appena un anno dopo la scoperta dei Raggi X, lo statunitense Emil Herman Grubbe (1875-1960) intuisce, nel 1897, l'importanza dei raggi X per curare i tumori facendo nascere il processo di cura definita Radioterapia⁶.

Ben presto questa speranza si rivelerà una concezione erronea che non porterà risultati e che anzi causerà danni anche letali nei malati.

Sempre negli ultimi anni del XIX secolo, la Scuola fisica francese scoprì fonti naturali di radioattività con Becquerel che dimostrò la produzione di raggi alfa dall'uranio.

Pierre e Marie Curie dimostrarono poi la cascata di elementi naturalmente radioattivi originati dall'uranio e isolarono dal minerale pechblenda altri elementi naturalmente radioattivi come il radium, il polonio, il thorio fino a giungere, alla fine della catena, all'elemento stabile e non radioattivo che è il piombo.⁴

⁵ Bernier J, Hall EJ, Giaccia A. Radiation oncology: a century of achievements. *Nat Rev Cancer*. 2004 Sep;4(9):737-47.

⁶ Cosmacini G. *La vita nelle mani. Storia della chirurgia*. Ed. Laterza. 2019

I due coniugi compresero immediatamente le potenzialità curative della radioattività nella cura delle malattie tumorali e ne incentivano l'impiego. Purtroppo sperimentarono il pericolo delle radiazioni: Marie morirà di anemia aplastica causata dalla manipolazione del materiale radioattivo e saranno più di trecento i radiologi che moriranno di tumori indotti dalle radiazioni nei primi vent'anni del 1900.

Anche il radium venne utilizzato inizialmente per usi non corretti, pericolosi e sciocamente inutili: si prescrivevano inalazioni di Radon (il gas derivato), per la "cura" della tubercolosi, della fibrosi polmonare, e dell'enfisema. Addirittura, era ritenuto una sostanza disintossicante, se bevuta sciolta in acqua e infine venne commercializzato un cosmetico per la bellezza della pelle mescolato in creme. I danni furono talmente gravi che i vari governi, incominciando da quello francese, ne vietarono l'uso improprio con leggi severissime, ma solo dopo il 1930.

Molto più lento e tardivo fu invece lo sviluppo della terapia medica contro il cancro.⁷

Per quanto il tedesco Paul Ehrlich avesse ideato la chemioterapia in quegli anni, le sue intuizioni portano a scoperte concrete solo nel 1948 quando il primo paziente con linfoma verrà temporaneamente curato in USA con un farmaco chiamato *mostarda azotata* (*mecloretamina*).

Il tedesco Paul Ehrlich usò, per primo, impropriamente il termine "chemioterapia" perché si riferiva ad una cura chimica, sintetizzata in laboratorio, della sifilide.

Nel 1948, si ha notizia della *mostarda azotata*, che da potente arma chimica usata in battaglia fu sperimentata in USA come terapia su di un paziente affetto da linfoma.

Per tutta la prima metà del XX secolo, la cura del cancro viene basata sulla chirurgia e sulla radioterapia.

⁷ DeVita VT Jr, Chu E. A history of cancer chemotherapy. Cancer Res. 2008 Nov 1;68(21):8643-53.

Vorrei rilevare l'importanza di questi studi dato che tutti gli scienziati citati sinora, tranne Emil Grubbe, furono insigniti del Premio Nobel in anni. Già allora si intuiva l'utilità e l'importanza delle radiazioni nella cura del cancro. Già nel 1906, dopo il Congresso Internazionale (cioè mondiale togliere) di Radiologia Medica che si tenne a Milano, (e soprattutto togliere) nell'Italia del Nord e a Roma si aprirono (precocemente togliere) ospedali per la cura dei tumori.

Proprio su questo argomento verte la nostra ricerca ambientata nell'Ospedale San Giovanni di via Cavour a Torino dove un grande numero di medici oncologi si è formato entro le sue vetuste mura (di questo ospedale togliere) sotto la guida di grandi Maestri. Migliaia di Malati oncologici hanno trovato cura, supporto e aiuto nei reparti del san Giovanni "Vecchio".

Il san Giovanni Battista.

L'Ospedale San Giovanni Battista e della Città di Torino antica sede, oggi è un poliambulatorio ma rappresenta anche un importante centro per la prevenzione dei tumori ed è un centro di Radioterapia nell'ambito dei trattamenti antitumorali.

Sulle origini dell'ospedale non esistono documenti. Di sicuro sorge come spontanea opera di solidarietà verso i malati meno abbienti che (trovano) cercavano un rifugio presso piccoli ricoveri annessi alle Chiese. La tradizione fa risalire alla pietà di un (canonico è un tipo di ruolo particolare meglio mettere un religioso) religioso del Duomo di Torino il primo inizio di quest'opera di misericordia. Pare che il sacerdote abbia raccolto per strada un moribondo e lo abbia sistemato in una stanzetta del campanile della Chiesa di San Giovanni. Da qui il nome che, pur con piccole varianti grafiche, è rimasto sostanzialmente immutato. Sicura invece, e documentata è l'attività dell'Ospedale già presente nel XIII secolo.

La gestione dell'Ospedale è stata sempre affidata ai Canonici del Duomo, con il benessere del vescovo di Torino. Così, sotto la protezione dell'autorità ecclesiastica, con una rendita assicurata da lasciti, elemosine di privati cittadini, beni

immobili, sufficienti per le proprie necessità benefiche e assistenziali, l'Ospedale San Giovanni ebbe una vita tranquilla fino ai primi decenni del XVI secolo, quando stragi e ruberie delle soldatesche francesi e spagnole, ma soprattutto la terribile epidemia di peste del 1630, la stessa di cui parla Manzoni nei "Promessi sposi", sconvolse la città di Torino.

Anche l'Ospedale San Giovanni soffrì della crisi economica che aveva investito la città, al punto che il Capitolo del Duomo pensò di appellarsi al Comune per risolvere la drammatica situazione; incamerò quindi i beni di altre dodici confraternite che erano state soppresse. Dopo aver assestato la situazione finanziaria, i Rettori dell'ospedale San Giovanni chiesero d'incorporare l'ospedale di San Lazzaro, un lebbrosario situato fuori le mura della città quasi completamente distrutto. Ne incamerarono i beni e pensarono di creare un nosocomio più grande e moderno.

Nel 1680, a causa della cronica mancanza di spazi, la congregazione decise di accettare il progetto del nuovo ospedale preparato dal Conte Amedeo di Castellamonte, figlio di quel Carlo che aveva progettato piazza S. Carlo. Il progetto dell'edificio presenta una pianta a "croce greca" e una struttura su due piani che si apre su un cortile dove (sorgetogliere) un altare appare ben visibile dalle finestre delle corsie. La crociera divide l'isolato in quattro cortili fiancheggiati da due file di portici ad archi sostenuti da colonne abbinata. (Una piccola curiosità togliere) I lavori di costruzione dell'ospedale durarono otto anni e costarono un milione di lire piemontesi di quel tempo.

L'ospedale, oggi conosciuto come S. Giovanni Antica Sede, mantiene intatta la struttura originale. Nel 1700, (comincia a rivelarsi) nascono, in seno all'amministrazione dell'Ospedale San Giovanni, dei contrasti tra l'autorità ecclesiastica, che sempre ne aveva diretto la gestione, e l'autorità laica, che vuole liberarsi da questa tutela; un terzo pretendente e di maggior peso, il monarca Amedeo II di Savoia, vuole affermare la sua incondizionata autorità anche in questo campo presiedendo il progetto.

(Attentissimi al bilancio sono stati per secoli gli amministratori dell'Ospedale) Per secoli, gli amministratori dell'Ospedale furono molto attenti al bilancio, anche

quando le necessità finanziarie tendevano inevitabilmente ad aumentare. Durante gli ultimi anni del 700, il patrimonio dell'Ospedale San Giovanni, pur ricco di cedole, case, rendite, non bastava comunque a coprire le spese (a causa) per il continuo aumento dei ricoverati e (dell'inaridimento) per la diminuzione (delle fonti) degli introiti di beneficenza pubblica e privata. Con (l'avvento del togliere) il primo governo repubblicano rivoluzionario nel 1796, l'Ospedale cessa di fruire di particolari benefici, crescono i tributi, compare la carestia dei viveri e, al solito grande numero di ricoverati civili, si aggiunge quello straordinario dei militari malati o feriti. Per porre rimedio a questi gravissimi inconvenienti, si sostituisce all'azione caritativa volontaria del privato quella obbligatoria dello Stato.

Nel 1832, il Re Carlo Alberto, dopo aver consultato le autorità ecclesiastiche e laiche, emana un "Regolamento dell'Ospedale di San Giovanni Battista e della Città di Torino" in cui vengono dettate norme per ogni attività dell'Ente.⁸

L'ospedale ormai insufficiente a fronte della di una città in continua crescita, viene affiancato, nel tempo, da altri nosocomi situati nella cinta muraria: il già preesistente Ospedale Mauriziano, voluto nel 1576 da Emanuele Filiberto, il Maria Vittoria su iniziativa del dottor Berruti di Chivasso,⁹ l'Ospedale Pediatrico Regina Margherita entrambi a fine 800, l'Ospedale Molinette nel 1927, l'ospedale femminile Sant'Anna nel 1938, l'ospedale San Giovanni Bosco e il CTO nel 1961, l'ospedale Martini nel 1970.

La nascita del centro tumori torinese si colloca all'inizio del '900 quando, sotto l'iniziativa di clinici torinesi illuminati e di ampie vedute, viene aperta una sezione ad hoc.

Nel 1901, si tiene a Parigi la prima conferenza internazionale sul radium, a cui partecipa in rappresentanza italiana il senatore Pio Foà, che sancisce l'impegno delle Nazioni più evolute ad aprire centri per il trattamento dei tumori basati su

⁶ Caffaratto T.M. L'Ospedale Maggiore San Giovanni Battista Torino. Unità Sanitaria Locale I-23 Torino. 1984.

⁹ Busso G., Ciuffreda L., Comandone A., Mussano P. Fondatore dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino. Ed. Neos. 2022.

un'organizzazione multidisciplinare con reparti di radium, di rontgenterapia e sale di chirurgia (reparti di chirurgia).

In questa fase pioneristica, le indicazioni e le applicazioni del Radium sono di competenza dell'internista: infatti la struttura dei primi centri di radiumterapia in Italia e all'estero è modulata nel contesto delle attività assistenziali delle cliniche mediche o dei reparti ospedalieri di medicina. Solo più tardi viene scorporata dalla specialità medica internistica per divenire una funzione integrata tra patologia, chirurgia, radiologia e medicina.

Il progetto dell'Istituto viene affidato alla direzione al Professore Senatore Bellom Pescarolo, esponente di una delle grandi famiglie ebraiche di Torino.¹⁰

La costruzione del centro è un progetto di largo respiro il cui finanziamento richiede il ricorso ad una sovvenzione pubblica, in cui è ingente oltre al concorso del pubblico, quello delle istituzioni finanziarie.

Generosamente, all'apertura della sottoscrizione, Bellom Pescarolo offre 200 mila lire e, in breve, si raggiunge la cifra di mezzo milione di lire.

L'amministrazione comunale invece decide di sostenere tutte le spese d'impianto, di arredo e dell'organico del nuovo Centro Ospedaliero con laboratori e ambulatori e adeguato numero di letti, assegnati alla direzione di ogni singolo servizio specializzato.¹¹

Il progetto e il disegno per la costruzione dell'edificio vengono affidati al Grand'Ufficiale, ingegnere, conte Salvadori che, rispondendo alle necessità ed esigenze di quei tempi, suddide il Centro in ambulatori, sale degenza per malati in esame e in cura, capaci di 20 letti, laboratorio di chimica, patologia e batteriologia, un nuovo impianto di Röntgenterapia e una sala apposita per le applicazioni di Radium.

¹⁰ Pescarolo B. Riunioni mediche-chirurgiche-radiologiche dimostrative del Piemonte. Centro per lo studio Diagnosi e Terapia dei Tumori. Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della città di Torino. Ed Minerva. 1929.

¹¹ Morpurgo B. Il Cancro: rivista trimestrale del centro per lo studio, diagnosi e cura dei tumori. Laboratori biochimici farmaceutici. Gennaio-Marzo 1930.

L'edificio viene ultimato nel 1927 e completamente attrezzato nel 1928, tuttavia fin dal 1925, in locali provvisori, era già in piena attività morale e materiale, tecnica e scientifica.

È opportuno ricordare prima dell'inaugurazione della nuova ala del San Giovanni prospiciente la via Cavour, le attività di cura dei tumori erano state intraprese nell'ospedale di San Giovanni sin dal 1914 una sezione di radium e di rontgenterapia.

Nel progetto realizzato nel 1927 trovano un perfetto ed armonico assestamento le 5 sezioni di cui è organizzato il Centro:

A - Sezione medica, diretta dal clinico medico Ferdinando Micheli (1872-1937)

B - Sezione chirurgica, diretta dal clinico chirurgo Mario Donati (1879-1946)

C - Sezione radiologica diretta dal primario radiologo Mario Bertolotti (1876-1958)

D - Sezione patologica, diretta dal professore di patologia generale Benedetto Morpurgo (1861-1944)

E - Sezione fisica, diretta dal professore di fisica teorica Alfredo Pochettino (1876-1953)

Si deve aggiungere l'ufficio di Presidenza del Prof. Sen. Pescarolo con annesso l'ufficio di statistica e propaganda diretto dal Prof. Pietra.

Il trattamento dei pazienti affetti da tumori avviene secondo concetti molto moderni di pluridisciplinarietà e con discussioni di casi clinici in modo collegiale, fatto del tutto raro in un periodo in cui in medicina prevale la gestione monocratica del grande clinico.

Sezione chirurgica

La sezione Chirurgica è costituita da un ambulatorio, da camere di degenza per gli ammalati e da una vasta e moderna sala operatoria, commisurata ai tempi.

L'ambulatorio è situato al piano terreno di fronte alla porta d'entrata del Centro.

Una volta alla settimana ha luogo il collegio dei direttori per la consultazione e l'esame collegiale dei malati di nuova diagnosi o dei casi complessi.

Tutte le mattine, viene effettuata la visita e si procede all'accettazione dei malati da parte degli assistenti; le cure ambulatoriali chirurgiche dei malati dimessi sono a carico della sezione di appartenenza.

A questo scopo la sala ambulatoriale è dotata di uno strumentario per piccoli interventi e di uno strumentario speciale per le esigenze diagnostiche (ano-rettoscopia con strumento rigido, esami ginecologici) e per il prelievo biotico di tessuti sospetti superficiali o sottocutanei. La procedura serve a convalidare sistematicamente la diagnosi clinica di neoplasia e per conoscere il tipo morfologico di tumore.

Le sale di degenza degli ammalati suscettibili di cure chirurgiche e radioterapiche sono situate al primo e al secondo piano, suddivise in sezioni maschili e femminili.

In ognuna delle due sezioni, c'erano un'ampia camera a 4 letti, una camera di isolamento ad un letto ed una terza, grande camera blindata a 4 letti, con pareti in piombo, secondo legge, per i malati in cura con il radium. Tutte le camere sono munite di lavabo ad acqua corrente calda e fredda, di un campanello elettrico di chiamata per ogni letto e fornite di mobili a superficie lavabile, secondo i più moderni criteri d'igiene.

La sala operatoria, annessa e direttamente contigua al reparto chirurgico, è collegata con le sale di degenza per mezzo di un ampio ascensore, che consente il rapido trasporto dei malati.

Gli esami generali chimici e funzionali dei malati operandi e di quelli operati vengono eseguiti nel laboratorio del reparto medico e gli esami istologici nel laboratorio di patologia.

Sezione di patologia

La sezione per la diagnosi istologica ha sede nell'ala sinistra dell'edificio ed è costituita da quattro stanze. La prima serve da studio ed in essa sono conservati i protocolli, le procedure e tutti i referti dei casi esaminati.

La seconda veniva utilizzata per la dissezione dei pezzi anatomici e per le operazioni sui piccoli animali utilizzati per studi di oncologia sperimentale, la terza, molto più ampia e luminosa, è destinata alle preparazioni istologiche. Qui vi lavorano le due suore addette alla sezione. Da questa stanza si passa poi nell'ultima, dove si trova il laboratorio del direttore e dell'aiuto, fornito di microscopi con una grande vetrina adibita alla custodia di strumenti e matracci in vetro.

L'organizzazione del servizio diagnostico è semplice.¹²

I pezzi vengono inviati dalle sezioni del centro o da qualsiasi sezione ospedaliera con le indicazioni anagrafiche e anamnestiche necessarie. Sono presi in consegna dalla suora di servizio e da questa depositati negli appositi spazi refrigerati e registrati nel protocollo. Il direttore o l'aiuto esaminano il pezzo intero, scegliendo le parti adatte per la fissazione del tessuto e preparano il campione per l'inclusione.

Il resto della preparazione, cioè sezione, colorazione, fissazione è affidato alle suore.

Nel corso della terza giornata dalla consegna del pezzo, è garantita la diagnosi scritta e firmata dal direttore. I preparati microscopici del centro sono poi inviati all'Istituto di Patologia Generale, dove vengono utilizzati dagli studenti e dei laureati che frequentano l'Istituto per le esercitazioni diagnostiche.

Le richieste degli esami istologici che arrivano al Prof. Morpurgo, provenengono da ogni parte d'Italia tanto è grande la rilevanza scientifica del Centro.

Sezione radiologia

Tale sezione è suddivisa in due reparti: Rontgendiagnostica e Röntgenterapia.

¹². Ascenzi A., Mottura G. Trattato di anatomia patologica per il medico pratico. Ed. UTET. 1992

Sezione di Röntgendiagnostica

Posta al primo piano dell'Istituto, è attrezzata con ogni accessorio indispensabile alla moderna tecnica delle indagini radiografiche, radioscopiche e delle stereografie e seriografie (tavolo toracoscopico, otoscopio e generatore tipo U con doppio raddrizzatore rotante costruito dalla Società Anonima Luigi Gorla di Milano)

Annessa alla sezione di diagnostica vi è un'ampia camera oscura fornita di tutto il materiale necessario per ogni lavoro fotografico.

Nella sezione diagnostica, è presente una sala con l'archivio delle lastre radiografiche e delle relative cartelle cliniche. È disponibile un diafanoscopio con lenti di ingrandimento necessarie per la visione e la lettura dei dettagli più minuti dei radiogrammi.

Sezione di Röntgenterapia

Questa sezione è situata al piano inferiore dell'Istituto, organizzata in tre ambienti, destinati rispettivamente all'apparecchio generatore, alle applicazioni ed al comando.

Nella sala destinata al generatore è installato il convertitore trifase a condensatori, con raddrizzatore meccanico rotante, capace di erogare una corrente continua di altissimo potenziale, atto a far funzionare simultaneamente e continuamente due tubi catodici brevettato dall'ing. Pugno-Vanoni della Società Anonima Luigi Gorla di Milano.⁴

Dai morsetti di utilizzazione di questo apparecchio partono due conduttori tubolari, che portano la corrente nella sala adibita alle applicazioni, ove sono installate due coppe di protezione sospese su apposite incastellature metalliche. In queste coppe sono racchiuse le due ampole generatrici i raggi.

Sotto ogni coppa di protezione è disposto un lettino operatorio imbottito e spostabile in varie direzioni, per permettere il trattamento diretto con raggi Röntgen.

Nel terzo locale, sono installati invece gli apparecchi di manovra; questo locale è costruito con pareti in ferro rivestite in piombo e munito di due finestre protette con vetro anti-raggi X per il controllo degli ammalati durante le cure senza esporre l'operatore alle radiazioni.

L'accuratezza con cui è stato costruito l'apparecchio radiologico, nelle sue parti meccaniche ed elettriche, esclude l'eventualità di una interruzione di corrente durante l'applicazione sul malato. L'isolamento dell'intero impianto è inoltre calcolato per tensioni molto superiori a quelle di funzionamento in modo da evitare qualsiasi pericolo per l'ammalato.

Sezione di radiumterapia

Questa sezione comprende una stanza di applicazione e due camere di degenza per gli ammalati. Nella prima è posta la cassaforte rivestita da pareti in acciaio e internamente da blocchi di piombo dello spessore di 9 cm.

Il Radium è contenuto in cassettoni in piombo tali da proteggere dall'irradiazione il personale anche quando la cassaforte è aperta. La preparazione degli apparecchi radiferi viene effettuata su un apposito tavolino rivestito in piombo.

Vi sono pure disposti tutti i dispositivi necessari per la preparazione degli apparecchi da applicazione modellati in cera, per le applicazioni dirette su organi superficiali e per le applicazioni endouterine e endocavitarie.

Le camere di degenza sono al primo piano per gli uomini e al secondo piano per le donne dotate di 3-4 posti letto ciascuna e rivestite con pareti in piombo.

Gli ammalati abbienti vengono invece ricoverati nelle camere dell'antica sezione Radium, che il Prof. Bellom Pescarolo ha disposto a tale scopo.

Va sottolineato che il Sen. Bellom Pescarolo Illuminato aveva disposto la precedenza all'accesso alle cure ai malati meno abbienti, rispetto ai pazienti paganti.¹³

¹³ Lederman M. The early history of radiotherapy: 1895–1939. International Journal of Radiation Oncology*Biophysics, Volume 7, Issue 5, 1981: 639-648.

Sezione di fisica¹⁴

Nel reparto di fisica vengono eseguite le ricerche sulle azioni biologiche e terapeutiche delle radiazioni di radium. Questa sezione è costituita da tre stanze, due al piano inferiore e una al piano superiore. La progettazione apparentemente irrazionale serve invece ad evitare che i sensibilissimi apparecchi collocati nella stanza al piano superiore, vengano influenzati dalle radiazioni del radium che, nonostante le protezioni di piombo, potevano giungere dal piano inferiore. La prima stanza al piano inferiore è ben ventilata grazie ad una ampia finestra che poteva essere oscurata da tende, per dare la possibilità di seguire al buio l'emanazione luminescente nelle varie fasi di passaggio lungo i tubi di vetro dell'apparecchio di estrazione.

Un'altra robusta cassa forte costruita con pareti di piombo, contiene la soluzione di cloruro di radium. Un cannello a sua volta protetto da piombo unisce il matraccio contenente il cloruro di radium con il resto dell'apparecchio.

Tale apparecchio, costruito dalla ditta "Invernizzi" di Roma, è assemblato con un complesso sistema di tubazioni, analogo a quello usato dal Radium-Belge, tuttavia differisce per il sistema di purificazione dell'emanazione di Radon e per un più comodo e più sicuro travaso dei gas attraverso i vari recipienti necessari per detta purificazione.

Un corridoio unisce questa stanza alla seconda adibita sia a deposito di tutti i tubi di vetro di riserva, che alla preparazione del tubo capillare che raccoglie l'emanazione. Vi è inoltre una cappa e strumentari per la preparazione dei filtri in piombo, di vario spessore, nei quali sono rinchiusi i tubi per l'emanazione.

La stanza al piano superiore è invece adibita a studio. In essa è presente una cappa per chimica e lungo le pareti sono disposti su lastre di vetro i microionometri per la taratura dei tubicini di emanazione.

¹⁴ Failla G. The design of a well-protected radium "pack". Am J. Roentgenol. 26:128-141, 1928.

Con questi ionometri, sono tarati i tubicini di radon e si annota su appositi registri la quantità globale di emanazione estratta, il numero dei tubicini in cui essa è rinchiusa e il potere radioattivo di ogni singolo tubicino.

L'operazione di verifica è eseguita ogni settimana per valutare la dotazione di radio, elemento che la direzione generale di Sanità per il Centro Radium di Torino aveva fissato in 207 mg.

Regolamento del centro tumori ¹⁵

Gli estensori del regolamento dimostrarono una notevole lungimiranza in relazione agli sviluppi della radioterapia e al miglioramento delle conoscenze scientifiche. Infatti, il regolamento che disciplinava le funzioni del Centro esordiva con queste parole: “sapendo per certo che potrebbe subire delle modificazioni in rapporto ai progressi della scienza, poggia e poggerà sempre sui seguenti capisaldi:

1. Collaborazione costante, cordiale nello studio e cura degli ammalati tra medici, chirurghi, radiologi e patologi del Centro.
2. Gratuità degli esami e delle cure di ogni genere, mediche, chirurgiche, radiologiche per i poveri.
3. Precedenza ai malati di cancro poveri e disagiati per le cure con radium e con le emanazioni, come qualunque altro sussidio terapeutico.
4. Collegamento sempre più intimo del Centro con gli altri sanitari di cliniche ed ospedali, nonché con tutti i medici pratici, specie del Piemonte” A tale scopo sono istituite dal Preside e dai direttori del centro le “Riunioni mediche – chirurgiche – radiologiche del Piemonte per lo studio e cura dei tumori” che si tengono periodicamente ogni 2 mesi.

¹⁵ IRCCS Tumori. Regolamento della fondazione IRCCS “Fondazione Nazionale dei Tumori”. 2010

Mi sembra importante, nel contesto dello studio storico del Centro di diagnosi e cura dei tumori di Torino riportarne per esteso il Regolamento (aprile 1929):

Il Centro è costituito da:

Ufficio della presidenza: Prof. Sen. Pescarolo con annesso ufficio di statistica, propaganda ecc. (Prof. Pietra):

Sezione Chirurgica: direttore Prof. Donati, assistenti Dott.ri Antonioli e Villata;

Sezione Medica: direttore Prof. Micheli, assistente Prof. Andrei;

Sezione Radiologica: direttore Prof. Bertolotti, assistente Prof. Carando;

Sezione di Patologia: direttore Prof. Morpurgo, assistente Dott. Milone;

Sezione di Fisica: direttore Prof. Pochettino, assistente Dott. Foà.

I letti del Centro sono 45: 18 nei locali nuovi del Centro per i poveri e *more pauperum*, 12 di suppletiva nelle corsie dell'Ospedale per i poveri e *more pauperum*, 15 per gli agiati nell'antica Sezione Radium al piano terreno di Via Cavour e Via San Massimo. Tutti questi letti devono servire per i malati affetti da tumore e specialmente quelli da tumori maligni.

La scelta dei malati poveri e *more pauperum* si fa nell'ambulatorio del Centro; l'accettazione degli agiati viene fatta direttamente dai dirigenti del Centro. Gli ammalati per essere ospedalizzati devono essere ancora suscettibili di cure.

L'ambulatorio funziona ogni giorno dalle 11 a mezzodì. Al mercoledì è tenuto dai quattro direttori del Centro in modo collettivo e singolarmente per la parte che a ciascuno compete. Al sabato l'ambulatorio è destinato specialmente ai casi soggetti a cure chemioterapiche, sotto la direzione del preside del Centro.

Gli assistenti del Centro devono sempre presenziare all'ambulatorio.

Gli ammalati accettati all'ambulatorio se passibili di cure chirurgiche e metachirurgiche passano alle dipendenze del Prof. Donati; se di spettanza della Clinica interna, passano alle dipendenze del Prof. Micheli.

Nell'esercizio dei letti tanto il Prof. Donati, quanto il Prof. Micheli dispongono del personale del Centro ad essi assegnato.

L'assistente radiologo presterà l'opera sua a richiesta dei suddetti Professori, ma sotto il consiglio e la direzione tecnica del Direttore radiologo dell'Ospedale Prof. Bertolotti, che ne assume la responsabilità. Il servizio delle emanazioni di Radium è diretto dal Prof. Pochettino, direttore del Centro.

La distribuzione dei letti del Centro tra medici e chirurghi avviene secondo le esigenze del momento, sempre tenuto presente il paragrafo 3.

Tutto il materiale di anatomia-patologica deve essere trasmesso al Prof. Morpurgo, secondo le norme che saranno stabilite d'accordo tra il prof. Morpurgo e gli altri Direttori del Centro; e per la grandissima importanza dell'indagine microscopica nella diagnosi precoce del cancro, il reparto di Patologia è aperto alle richieste di ogni qualsiasi sanitario della nostra e di altre provincie.

Il Radium di proprietà dell'Ospedale è di 118 mg. R.E, acquistati nel 1914. Oltre 500mg. R.E. Nel 1928 sono acquisiti a Bruxelles e altri 207,04 mg vengono assegnati all'ospedale di S. Giovanni dal Capo del Governo e dal Ministro dell'Interno. Tutta la dotazione è destinata ai trattamenti e mantenuta in quantità stabile reintegrando le quote utilizzate.

Il Radium non può sotto nessun pretesto essere asportato dall'Ospedale, deve essere adoperato per gli ammalati del Centro.

Ogni sera l'assistente radiologo del Centro deve trasmettere all'Ufficio della Presidenza i bollettini delle applicazioni roentgen e radiumterapiche, il numero e la qualità degli ammalati, se poveri od agiati, trattati nella giornata.

Anche i tubetti di emanazione sono oggetto di apposito regolamento per mantenere la dotazione, evitare perdite o furti. I Direttori del Centro ed i Primari dell'Ospedale S. Giovanni e S. Vito, continueranno a curare i loro ammalati cancerosi, poveri ed agiati, come prima, e per le cure di competenza nosologica del Centro si rivolgeranno al Direttore radiologo del Centro od al suo assistente per combinare caso per caso le cure roentgen e radiumterapiche ritenute necessarie. Tali ammalati, sia poveri che agiati riceveranno le cure dalle infermiere del Centro, dopo di che, ritorneranno al Reparto o Ospedale d'origine.

Così pure, per le indagini anatomo-patologiche i Primari ed assistenti del S. Giovanni e del S. Vito possono rivolgersi al Direttore patologo Prof. Morpurgo, ed

usufruire sotto la sua direzione, del materiale tecnico del Centro per le loro ricerche diagnostiche o sperimentali nel campo della patologia tumorale.

Per mantenere l'unità di indirizzo nell'azione, che deve svolgere il Centro per la lotta contro il cancro, si è stabilito che le storie cliniche degli ammalati di tumore, studiati e curati nel Centro, tanto poveri quanto gli agiati, siano sempre redatte dai Medici, Chirurghi, Radiologi e Patologi in collaborazione e, che sempre rimanendo proprietà scientifica degli Autori, vengano archiviate nel Centro, la cui Presidenza potrà servirsene per la redazione annuale delle statistiche nei loro diversi punti.

I Direttori del centro, ciascuno per quanto li riguarda, proporranno:

i modi e i limiti di esercizio dei propri rapporti con la Direzione dell'Ospedale dal punto di vista amministrativo ed economico;

i modi e i limiti delle tariffe di competenza dell'Ospedale e delle relative applicazioni ed esazioni.

11. Ogni Direttore avrà nella sua sezione la più ampia autonomia scientifica, sempre però nell'ambito delle finalità del Centro.

12. Al Preside del Centro spettano le seguenti mansioni:

provvedere al collegamento ed alla collaborazione delle diverse Direzioni;

mettere il Centro in rapporto con i Centri ed Istituti anticancerosi Italiani ed esteri, per quanto riguarda la parte scientifica;

provvedere ai servizi di statistica, propaganda, biblioteca, archivio ecc., insieme all'incaricato speciale, nominato dalla Direzione dell'Ospedale, ma dipendente dal punto di vista sanitario dalla Presidenza del Centro;

ricevere tutte le proposte per nuovi impianti e nuovi servizi del Centro per discuterle con i singoli Direttori e riferirne all'Amministrazione dell'Ospedale.

13. Il Centro ospedaliero del S. Giovanni per lo studio, diagnosi e terapia dei tumori è Sede del Comitato della Sezione Provinciale di Torino della Lega Italiana contro il cancro; la gestione finanziaria però di tale Sezione è assolutamente separata ed ha niente a che fare con l'Amministrazione del Centro

14. Il Preside, i Direttori e tutto lo staff del Centro non hanno funzioni amministrative, pur avendo rapporti amministrativi di economato con la Direzione dell'Ospedale.

Finì e scopi del centro oncologico di Torino

Primo e necessario compito del Centro è ritenuto quello di creare in Torino e in Piemonte una coscienza medica sul problema del cancro.

Già nel 1925, il Prof. Morpurgo, con conferenze pubbliche in diverse città e capoluoghi di provincia, attirava un pubblico numerosissimo di ogni classe sociale, dimostrando l'importanza della diagnosi precoce dei tumori e dell'esame istologico.

L'attività radiologica nei primi anni di vita del centro

I tumori più trattati e diffusi nella popolazione piemontese^{8 16}.

La Radiumterapia dei tumori maligni come abbiamo visto in precedenza è una pratica complessa e difficile. Chi la esercita, infatti, deve avere una ampia preparazione sia biologica-clinica, che fisica e tecnica; l'operabilità del Centro Tumori richiedeva una disponibilità di apparecchi complessi e delicati e di quantità di Radium rilevante, una collaborazione ed una organizzazione tra esperti molto rigorosa. Nel complesso, tale organizzazione funzionava molto bene a Torino "per la benefica ed illuminata opera del Sen. Prof. Bellom Pescarolo"

Dopo i primi anni dall'apertura, il Centro per lo studio, diagnosi e terapia dei tumori di Torino funzionava a pieno regime.

In una primissima fase, si raccolsero tutti i casi di tumore ed i dati statistici di tutti gli ammalati ricoverati nell'Ospedale, successivamente si passò a curare tali pazienti associando la chirurgia con la radiumterapia.

Ciò che aiutava a diffondere la conoscenza del Centro era proprio l'ampia propaganda diffusa in tutto il Piemonte: molti medici, si persuasero della necessità di non trascurare le lesioni sospette e di ricorrere a colleghi competenti, in grado di applicare le tecniche più moderne di diagnosi e cura. All'ambulatorio del Centro,

¹⁶ Carando Q. Diario Radiologico. Giornale di semeiotica ad uso pratico del medico. Torino, 1926: 161

che era aperto una volta a settimana dalle 10 alle 12, giungevano molte persone con sospetti segni clinici di cancro.

Di ogni ammalato si raccoglieva l'anamnesi e venivano prescritti gli esami per stabilire la natura del tumore e lo stato generale di salute.

In seguito, il chirurgo e il radiologo in riunione collegiale, decidevano la modalità dell'intervento terapeutico.

Se il caso era suscettibile di trattamento chirurgico, si inviava il paziente in clinica chirurgica, se passibile di trattamento radiologico il paziente era instradato nella sezione Radium- Rontgenterapia. Agli ammalati non più trattabili con chirurgia o con radioterapia, invece, veniva data indicazione di presentarsi giornalmente all'ambulatorio per quelle che oggi chiamiamo le cure palliative.

Purtroppo, va tenuto in conto che gli ammalati che giungevano all'ambulatorio in uno stadio di malattia tale da consentire trattamenti con finalità curative erano una minoranza. Nel primo anno di funzionamento del Centro sono state eseguite 2130 applicazioni Roentgen e 153 applicazioni Radium con finalità curative, su circa 8500 pazienti visitati negli ambulatori.

I tumori più trattati, in base ai registri del Centro e ai dati raccolti dal Dott. Carando, tra il 1927 e il 1931, erano il carcinoma dell'utero, della mammella, delle guance - naso - palpebre, della lingua, delle tonsille, della laringe e infine il carcinoma del retto.

Il carcinoma del collo dell'utero, come vedremo in un capitolo interamente dedicato, è uno dei primi ad essere trattato con la radiumterapia per l'alta incidenza della malattia. Le tecniche maggiormente usate dal Centro per curare questa patologia è l'associazione Radium e Röntgenterapia con la tecnica, ancora oggi adottata, di trattare il campo pelvico in toto con la radioterapia esterna (Rontgen) e di effettuare un boost intracavitario sul tumore primitivo con il radium riducendo in tal modo l'eccessiva esposizione alle radiazioni dei tessuti. Nel complesso, i risultati riportati nelle cartelle cliniche del Prof Carando sono stati soddisfacenti, soprattutto se si considera che le forme avviate al trattamento radiante erano state precedentemente considerate inoperabili. In tutte le donne si registra, dopo un mese dal termine dei trattamenti, la scomparsa delle metrorragie ed in otto

soggetti la cicatrizzazione della lesione del collo uterino con un miglioramento temporaneo dello stato generale. Nelle forme più gravi (5 casi) in cui si ha l'invasione completa dei parametri e delle pareti vaginali, si ottengono risultati palliativi con basse dosi di raggi X, piuttosto che con il Radium, con diminuzione delle emorragie e scomparsa dei dolori da infiltrazione neoplastica.

A proposito di queste ammalate, si rileva tramite l'analisi delle cartelle cliniche che sono tutte pluripare e molte hanno già subito un raschiamento uterino od altre operazioni per lesioni infiammatorie dei genitali interni. L'età delle pazienti varia, dai 37 ai 70 anni.

Al secondo posto per frequenza di trattamenti al Centro, troviamo il carcinoma della mammella. Nel 1927-1928, all'ambulatorio torinese annesso al Centro si presentano 17 donne di cui 14 sono trattate con la radioterapia esclusiva: di queste 13 presentano malattia metastatica e contemporanea presenza del tumore primitivo o di recidiva locale. Tutte sono trattate con finalità palliative. Un miglioramento si ottiene in 5 casi in cui la recidiva si manifesta in forma di noduli della parete toracica. Da sottolineare un caso di tumore filloide primitivo localmente avanzato che va in remissione dopo radioterapia esterna. Il Radium sui tumori della mammella, tanto nelle forme primitive quanto in quelle con metastasi cutanee e linfatiche è il cosiddetto *moulage*, che permette l'irradiazione omogenea in superficie e nel sottocutaneo. In tali casi, la distribuzione dei focolai radiferi avviene, anche nei casi iniziali, non solo sul tumore e sulla periferia ma anche sulle linfoghiandole ascellari e sovraclaveari. La durata delle applicazioni nelle lesioni neoplastiche primarie senza metastasi è di 12-15 giorni, mentre nelle forme metastatiche si cerca di dare la dose massima tollerabile dalla cute in un periodo di tempo non superiore ai 7 giorni.

I criteri tecnici adottati nelle ammalate sono comunque personalizzati. Stabilire un unico protocollo terapeutico con la centratura manuale è molto complesso e la terapia con radium va personalizzata con un disegno ad hoc (*moulage*) diverso ovviamente da ammalata ad ammalata a seconda della forma del torace e delle dimensioni del tumore..

Altri tumori, che rappresentano una categoria epidemiologica molto importante per quei tempi, sono il carcinoma delle guance, quello del cavo orale, del naso e delle palpebre. Gli ammalati con questi carcinomi in fase localmente avanzata che si presentano all'ambulatorio, sono solamente irradiati, non potendo essere trattati chirurgicamente per l'estensione della malattia. La totalità dei pazienti trattati nel periodo 1927-1928 è esclusivamente maschile, forti fumatori e bevitori, esposti professionalmente ai raggi solari. Se il tumore è molto superficiale e limitato alla cute, lo si tratta indifferentemente con il Radium o con i raggi X, ottenendo la remissione in tempi brevi. Ovviamente, i casi con peggiori risultati sono quelli molto estesi con invazione ossea.

In questi casi, il trattamento radioterapico ha un significato esclusivamente palliativo e antalgico, e non evita l'exitus del paziente. Se il tumore è fortemente ulcerato, si utilizza preferibilmente il radium con l'applicatore inserito in sede e lasciato in loco per 4 giorni. Finita questa applicazione, detta *intratumorale*, si procede ad un'applicazione di radium con *moulage* della durata di 5-7 giorni. Se invece la malattia è diffusa o metastatica si preferisce una rontgenterapia intensa e concentrata.

Risultati migliori si ottengono invece nel carcinoma della laringe. Tutti gli ammalati sono trattati con piccole dosi quotidiane di RX secondo la tecnica francese del frazionamento. In questo modo, è possibile ottenere delle regressioni rapide con parziale recupero delle funzioni fonatorie.

Molto più complesse sono invece la diagnosi e la terapia del carcinoma del retto. Mancando infatti dei mezzi odierni di stadiazione i clinici del tempo incontrano forti difficoltà a definire l'estensione della malattia e a posizionare correttamente le fonti di radium. Il carcinoma del retto viene trattato principalmente con applicazioni di radium mediante una sonda che viene lasciata in sede per 5-12 giorni. I problemi che si presentano sono la corretta collocazione degli applicatori, il loro dislocamento, l'intenso dolore provocato, il sanguinamento e la difficoltà ad evacuare. Per tali motivi, nel corso degli anni la Radiumterapia viene sostituita dalla Rontgenterapia esterna.

L'attività del Centro Tumori va crescendo negli anni. Il consuntivo delle attività negli anni 1928-1931, riportata dal Prof. Marpurgo sulla rivista "il Cancro" edita dal Centro, alla fine del 1931, conta 810 visite e 542 ricoveri nelle varie sezioni durante lo stesso anno solare.

Strategie per la lotta contro il cancro: assistenza ed educazione sociale. La prevenzione ^{8,9,14,17}

Nel periodo storico a fronte di una povertà di mezzi terapeutici, la medicina contrappone uno sforzo di prevenzione, sia delle malattie tumorali, che di quelle non oncologiche. L'attenzione viene dapprima rivolta alle malattie infettive (tifo, colera) diffuse per gli scarsi livelli di igiene e per l'inquinamento delle falde idriche da parte delle acque reflue. Successivamente viene rivolta l'attenzione all'alimentazione della popolazione urbana spesso non adeguata in qualità e quantità (ipovitaminosi, rachitismo). L'insieme di queste attenzioni sull'assetto igienico globale contribuisce a costruire una coscienza igienico-profilattica nei confronti delle malattie in generale e anche del cancro.

In tempi in cui l'eziopatogenesi delle malattie tumorali è totalmente sconosciuta, si comprende come anche solo il miglioramento della qualità dei posti di lavoro e delle condizioni di vita possano ridurre l'incidenza delle malattie tumorali.

Bellom Pescarolo, vero antesignano della prevenzione dei tumori basa la sua azione su un costante aggiornamento dei medici operanti nel Centro Tumori. In particolare grande rilievo veniva riservato agli aggiornamenti per la prevenzione delle neoplasie genitali femminili, insistendo sulle visite preventive e sulla sensibilizzazione verso sintomi sospetti.

¹⁷ Paterson R, Parker H. A dosage system for gamma ray therapy. 1934. Br J Radiol. 1995 Apr;68(808):H60-100.

La prevenzione sulla popolazione è rivolta in particolar modo a quella femminile fornendo istruzione al significato della comparsa di sintomi sospetti: sanguinamenti, presenza di noduli di nuova insorgenza, lesioni cutanee pigmentate o ulcerate, dolori.

In caso di comparsa di tali segni, la paziente viene invitata a fare riferimento agli ambulatori del Centro per sottoporsi ad una visita. Va ricordato che fino agli anni 1950-1960, non esistono programmi di screening, mancando sia i mezzi tecnici che le basi teoriche per diffonderli.

Poche sono a quel tempo le conoscenze sui fattori di rischio, sia da agenti fisici che chimici; la genetica è agli albori e dunque non è possibile fare una adeguata prevenzione controllando gli stili di vita.

Ciononostante, le campagne di prevenzione secondaria erano perseguite con impegno e ottenevano discreti successi.

Purtroppo, in gran parte, non si trattava di diagnosi di precancerosi, ma di lesioni già conclamate e invasive. Ecco perché i benefici di tali campagne sono state al tempo alquanto limitate.

Conclusioni

In questa lettura si è voluto porre in evidenza come l'Italia, e Torino in particolare, hanno rivestito il ruolo di pionieri a livello mondiale nella lotta contro i tumori.

Nei primi anni del 1900, si realizzano nella città subalpina alcune strutture per la diagnosi e la cura dei tumori: abbiamo posto l'accento soprattutto sulla radioterapia che, applicata nei primi anni del '900, sia come rontgen che, come radiumterapia, divenne rapidamente una delle armi fondamentali della terapia oncologica.

Abbiamo descritto l'evoluzione e i limiti delle terapie di quegli anni. Solo l'avvento della terapia medica, dagli anni 1950, associata in modo pluridisciplinare alla chirurgia e alla terapia radiante, cambia la prognosi dei tumori in modo significativo. Ma è soprattutto l'avvento dei nuovi mezzi diagnostici (TAC, RM, PET, Endoscopia) che consente di rivoluzionare positivamente la diagnosi, permettendo la pianificazione degli screening e l'anticipo diagnostico di fondamentale importanza

per la prognosi. L' immunisto chimica e l'analisi biomolecolare hanno infine aggiunto un grande valore nella precisione della diagnosi.

L'insieme di questi progressi hanno permesso un cambio radicale nella prognosi delle malattie tumorali, facendo passare la percentuale di cura, dal 5% prima della Seconda guerra mondiale, all'attuale 70%.

Torino è stata all'avanguardia della lotta al cancro nei primi anni del XX secolo con il Centro Tumori di via Cavour. Ci auguriamo possa avere un ruolo di primaria importanza anche nelle conquiste che oggi attendiamo dalla biomedicina per arrivare alla guarigione completa della malattia tumorale.

Comunità e Identità: una prima mappatura dei patrimoni storici degli ospedali piemontesi

Paola Cosola¹, Antonio Maconi², Franco Ripa³

¹ Centro Documentazione Storia dell'Assistenza e della Sanità Piemontese presso Azienda Ospedaliero-Universitaria

² Direttore DAIRI – AOU AL (DAIRI-R Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Regionale)

³ Dirigente Settore Programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari - Sanità e Welfare Regione Piemonte (sasp@ospedale.al.it)

Riassunto

Molti presidi ospedalieri piemontesi nel corso dei secoli hanno accumulato beni di valore artistico, biblioteche e archivi, quadrerie, strumenti scientifici, oggetti di culto, legati e donazioni che testimoniano la secolare attività di assistenza sociale e sanitaria nelle loro comunità. La maggior parte di essi operano tuttora in edifici storici che hanno subito adattamenti e ampliamenti per rispondere alle esigenze moderne, meritevoli tuttavia di essere censiti e valorizzati. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di realizzare un primo censimento dei beni delle aziende sanitarie piemontesi con lo scopo di realizzare in sinergia progetti di promozione, valorizzazione, recupero, conservazione, tutela, gestione e incremento del patrimonio culturale materiale e immateriale ospedaliero.

Summary

Many hospitals in Piedmont over the centuries have accumulated assets of artistic value, libraries and archives, quadraries, scientific instruments, religious objects, legacies and donations that testify to the secular social and health care activities in their communities. Most of these institutions still operate in historic buildings which have been adapted and enlarged to meet modern needs, worthy however to be surveyed and valued. The objective of this work was to carry out a first census of the assets of the Piedmont healthcare institutions with the aim of creating synergy projects for promotion, valorization, recovery, conservation, protection, manage and enhancement of the hospital's tangible and intangible cultural heritage.

Parole chiave

Comunità, Identità, Ospedale, Patrimonio storico

Keywords

Community, identity, hospital, historical heritage

Introduzione

Il Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio all'art. 1 enuncia che "la tutela e la valorizzazione del patrimonio culturale concorrono a preservare la memoria della comunità nazionale e del suo territorio e a promuovere lo sviluppo della cultura". Pertanto, gli enti pubblici, nello svolgimento della loro attività, devono garantire la conservazione e la fruizione del proprio patrimonio.¹ I beni culturali intesi come "testimonianza avente valore di civiltà", sono testimoni di un contesto e di un'epoca che li rendono produttori di identità, destinati alla fruizione della collettività.

¹ Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n.42 - Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio.

In questo senso i presidi ospedalieri che si sono insediati nel corso dei secoli sul nostro territorio costituiscono un ingente patrimonio storico-culturale, vasto e articolato, simbolo della storia dell'assistenza nella società.

In ottica *Medical Humanities*, si rivela forte l'integrazione tra la dimensione tecnica dell'approccio medico tradizionale e la dimensione relazionale fornita dalle discipline umanistiche e dalla bellezza artistica, da sempre motivo di contemplazione, quasi catarsi, contro le malattie per i ricoverati, che fa dei luoghi di cura anche luoghi di cultura.

Occorre quindi valorizzare la tradizione per sviluppare l'innovazione clinica e sanitaria, tenendo presente che la proiezione verso il futuro rappresentata dalla ricerca e dalla tecnologia deve sempre reggersi sulle solide basi della storia passata.

L'accesso all'ingente patrimonio storico sanitario e la conoscenza del passato sono certamente importanti mezzi per favorire il coinvolgimento della cittadinanza, sensibilizzarla sulle attuali attività sanitarie e di cura, rafforzare il legame con i benefattori, promuovere il volontariato e la raccolta di fondi per la ricerca.

In questo senso l'ospedale diventa un luogo identitario non solo per la sua precipua finalità di cura e assistenza ma anche per il suo valore storico (fig.1).

Nell'ambito delle attività del DAIRI - R (Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione - R) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria, come definite dalla Deliberazione della Giunta Regionale 18 marzo 2022, n. 40-4801, è stato istituito un Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e Sanità Piemontese (SASP), quale ambito di progettazione di eventi legati alla tutela, conservazione e valorizzazione dei patrimoni storici della Sanità della Regione Piemonte. Il Centro di Documentazione è un'articolazione della SC IRFI – Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione – che afferisce funzionalmente al Centro Studi *Medical Humanities* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria e ha sede operativa presso il Centro Documentazione – Biblioteca Biomedica della stessa.

Partendo dalla consapevolezza che le Aziende Sanitarie piemontesi possiedono un patrimonio storico e artistico di valore, in alcuni casi non censito, il Centro

Documentazione SASP rappresenta un'istituzione che promuove attività e progetti la cui realizzazione rischia di rimanere priva di un interlocutore adeguato.

Finalità principale è quindi rendere consapevoli le istituzioni sanitarie del loro patrimonio storico (sia librario che archivistico, documentario o artistico) per la maggior parte sconosciuto e per il quale non esistono figure professionali, normative e finanziamenti tali da garantire l'adempimento di adeguati progetti di ricognizione, conservazione, tutela e valorizzazione. Scopo del Centro è realizzare progetti condivisi tra le Aziende Sanitarie piemontesi, creando una rete di referenti che in modo sinergico lavorano per realizzarli.

L'ebook

Primo risultato di questa "sinergia" è stata la realizzazione dell'ebook "Comunità e Identità: una prima mappatura dei patrimoni storici degli ospedali piemontesi", presentato nel mese di settembre 2023 nel Salone di Rappresentanza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria all'interno del convegno "Comunità e Identità: l'evoluzione dell'Ospedale tra passato, presente e futuro" (fig.2).

Si tratta di un lavoro metodico e puntuale che offre una visione complessiva del patrimonio storico e artistico degli ospedali piemontesi, frutto di un lavoro condiviso tra le diciotto aziende sanitarie regionali che hanno fornito il materiale e le indicazioni bibliografiche utili per la schedatura dei propri presidi.

L'ebook che è stato elaborato non è certamente esaustivo dell'argomento bensì costituisce un primo passo per conoscere il patrimonio storico degli ospedali. Vuole essere essenzialmente una mappatura e catalogazione del patrimonio storico afferente alle ASR e pubblicato sui rispettivi siti aziendali.

Già nel passato erano stati realizzati censimenti e schedature degli ospedali piemontesi, certamente utili per conoscere l'argomento: l'importante ricognizione a cura di Umberto Levra edita dalla Regione Piemonte² e il lavoro di censimento

² U.LEVRA, *Il Catasto della beneficenza: IPAB e ospedali in Piemonte 1861-1985*, Regione Piemonte, Torino s.d., 15 volumi.

di Fulvia Zina Vignotto e Marco Galloni, pubblicato dal Giornale della Accademia di Medicina di Torino nel 1995 e nel 2004³.

La mappatura degli ospedali storici effettuata, frutto di un lavoro condiviso con le altre Aziende Sanitarie, costituisce un ulteriore tassello per conoscere l'argomento: certamente non è scevra di spunti che meriterebbero di essere trattati in modo più approfondito e tali da essere presi in considerazione per progetti futuri.

Metodo e struttura

La stesura dell'ebook ha richiesto due anni di lavoro circa: dopo una ricognizione del materiale già edito, è succeduta la stesura delle schede per ciascun presidio ospedaliero cui ha fatto seguito una prima mappatura delle aziende sanitarie regionali; successivamente è stato chiesto a ciascun referente l'invio di documentazione relativa alla storia dei presidi ospedalieri afferenti (fig.3). Dopo un'accurata analisi del materiale pervenuto, si è proceduto a un censimento e a una raccolta strutturata del materiale al fine di armonizzarlo in modo da predisporre singole schede informative per ogni realtà sanitaria. All'interno della sezione dedicata alla singola azienda, sono state dedicate schede autonome per ciascun presidio ospedaliero afferente.

Ciascuna scheda segue una struttura ben definita e viene dato particolare rilievo alla storia di ciascun presidio.

Complessivamente, sono stati schedati settantasei ospedali, alcuni ormai dismessi, altri destinati ad altro uso, molti tuttora attivi e funzionanti.

³ F.ZINA, VIGNOTTO, M.GALLONI, *Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali piemontesi*, parte prima in Giornale della Accademia di Medicina di Torino, Anno CLVIII, Torino 1995; F.ZINA, VIGNOTTO, M.GALLONI, *Beni culturali in ambiente medico chirurgico. Censimento presso gli ospedali piemontesi*, parte seconda, Giornale della Accademia di Medicina di Torino, Anno CLXII, Torino 2004.

Conclusione

È importante essere consapevoli della ricchezza dei beni mobili e immobili che costituiscono il patrimonio della cura piemontese e che questo vada portato all'attenzione non solo di chi lavora nei presidi ospedalieri ma soprattutto della comunità intera.

L' ebook, consultabile sui siti delle singole aziende, costituisce un mezzo per avvicinare la comunità al mondo della sanità in modo diverso e soprattutto a considerare l'ospedale come una presenza fondamentale del territorio, perdurante nei secoli, protagonista e testimone degli eventi sociali e dei fatti storici che lo hanno caratterizzato. L'ospedale diventa quindi un luogo identitario non solo per la sua precipua finalità di cura e assistenza, ma anche per il suo valore storico che contribuisce a consolidare l'identità di una comunità: in questo senso la conoscenza del passato diventa un importante mezzo per favorire il coinvolgimento della cittadinanza e uno strumento per progettare gli ospedali futuri.

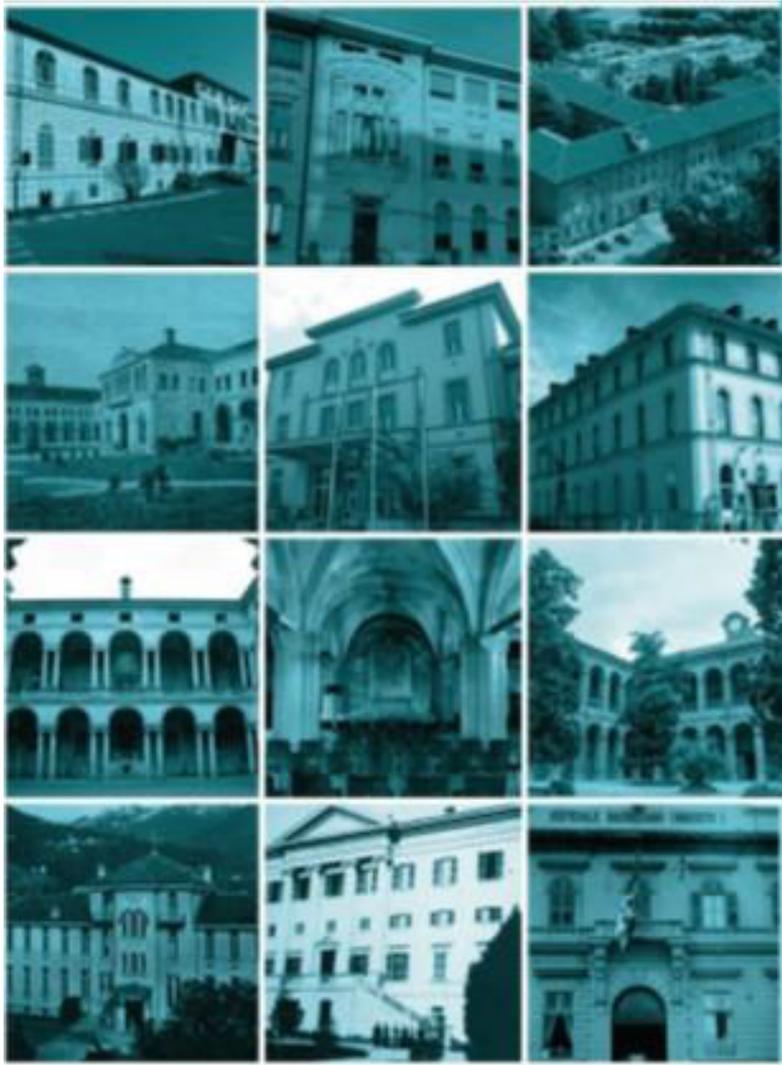


Fig. 1 Immagini di alcuni ospedali piemontesi



Fig. 2 Frontespizio e-book



Fig. 3 Mappa Aziende Sanitarie in Piemonte

Cesare Taruffi, scienziato e patriota

Tiziano Dall'Osso

Pediatra di Famiglia, ASL Bologna città (tdallosso@gmail.com).

Riassunto

Cesare Taruffi nasce a Bologna il 27 marzo del 1821 e qui si laurea, prima in Chirurgia nel 1842 e poi in Medicina due anni dopo. La sua passione è proprio la Chirurgia e il suo primo lavoro è come assistente del prof. Francesco Rizzoli presso l'ospedale del Ricovero di mendicizia. Il suo amor patrio lo porta ad arruolarsi nel primo battaglione civico in occasione dei moti del 1848 e lì viene nominato chirurgo maggiore della legione bolognese, impegnata nella difesa di Venezia e l'anno successivo in quella di Roma. Nel 1859, accetta la cattedra di Anatomia Patologica presso l'Università di Bologna. Vi rimane per 35 anni, nei quali diventerà uno scienziato di fama mondiale. È autore di numerose pubblicazioni ma il lavoro che gli dà la fama di scienziato a livello internazionale è senz'altro la sua *Storia della Teratologia*: un'opera monumentale, scritta nel corso degli anni che vanno dal 1881 al 1894 e composta da otto volumi. Mostra riconoscenza anche alla Società Medico-Chirurgica, di cui è il socio più anziano e della quale ricopre anche la carica di Presidente nel 1897 e 1898, lasciando i suoi averi allo scopo di migliorare la qualità delle pubblicazioni scientifiche della Società. Si spegne l'8 luglio del 1902.

Summary

Cesare Taruffi was born in Bologna on March 27, 1821, where he graduated first in Surgery in 1842 and then in Medicine two years later. His passion was precisely Surgery, and his first job was as an assistant to Professor Francesco Rizzoli at the Ricovero di Mendicità hospital. His patriotic spirit led him to enlist in the first civic battalion during the 1848 uprisings, and he was appointed chief surgeon of the Bolognese legion, engaged in the defense of Venice and the following year in that of Rome. In 1859, he accepted the chair of Pathological Anatomy at the University of Bologna. He remained there for 35 years, during which he became a world-renowned scientist. He is the author of numerous publications, but the work that gave him international fame is undoubtedly his "History of Teratology". A monumental work, written over the years from 1881 to 1894 and consisting of eight volumes. He also expressed gratitude to the Medica-Chirurgical Society, of which he was the oldest member and of which he also held the position of President in 1897 and 1898, leaving his assets with the aim of improving the quality of the Society's scientific publications. He passed away on July 8, 1902.

Parole chiave

Storia, Teratologia, chirurgo, patriota

Keywords

History, teratology, surgery, patriot

Cesare Taruffi (Fig.1) nasce a Bologna il 27 marzo del 1821 e qui si laurea, prima in Chirurgia nel 1842 e poi in Medicina due anni dopo. La sua passione è proprio la Chirurgia e il suo primo lavoro è come assistente del prof. Francesco Rizzoli presso l'ospedale del Ricovero di mendicità. Il suo amor patrio lo porta ad arruolarsi nel primo battaglione civico in occasione dei moti del 1848 e lì viene nominato chirurgo maggiore della legione bolognese, impegnata nella difesa di Venezia e l'anno successivo in quella di Roma. Gli insuccessi militari non

affievoliscono il suo patriottismo e, tornato a Bologna, stringe amicizie con scienziati e uomini politici come Giambattista Ercolani e Marco Minghetti, contribuendo al raggiungimento dell'indipendenza che avverrà un decennio dopo. Il suo spirito irredentista si ripercuote sulla sua carriera, quando il Governo pontificio si oppone alla sua nomina a primario chirurgo; infatti, il suo sogno di giovane medico era quello di approcciarsi alla disciplina chirurgica. Non si lascia comunque avvilire dalle difficoltà e, nel 1859, accetta la cattedra di Anatomia Patologica presso l'Università di Bologna. Vi rimarrà per 35 anni, nei quali diventerà uno scienziato di fama mondiale. Quando Taruffi assume la cattedra, nel 1859, esisteva già un museo con reperti di materiale anatomopatologico che si chiamava Museo di Patologia. Lui ha il merito di renderlo grande. La sua fama era tale che da tutta Italia e anche dall'estero gli venivano inviati feti malformati da analizzare. Il reperto forse più conosciuto del Museo è il busto dell'acromegalico, dietro al quale vi è una storia curiosa: si tratta di un bottaio vissuto a Bologna nel Settecento. In epoca napoleonica, Moreschi, Professore di Anatomia giunto da Milano, fece riesumare il bottaio e donò lo scheletro e lo stomaco essiccato oltre al busto in cera modellato da Pietro Sandri al Museo. Nel 1879, Taruffi studiò il reperto, affetto da un'iperproduzione di ormone dell'accrescimento, dovuta ad una neoplasia dell'Ipofisi non ancora conosciuta, ma non si accorse del segno tipico della neoplasia, la deformazione a palla della sella turcica. Sottopose il caso al noto patologo Rudolf Virchow ma anche lui non seppe diagnosticare la patologia!

Taruffi si appassiona alla materia tanto da considerare l'Anatomia patologica come essenza del sapere medico. Sostiene che: "I patologi non vedono semplici modificazioni dei tessuti ma le malattie; i medici pratici debbono apprendere l'anatomia patologica e portarla con sé nella professione"

Le sue lezioni di Anatomia patologica sono apprezzate dagli studenti che Taruffi coinvolge nello studio dei preparati attraverso la discussione e l'esposizione di figure e tabelle e in ciò si differenzia da chi lo aveva preceduto che si limitava alla lettura dei testi. Nel 1858 fonda un'importante rivista, la "Bibliografia Italiana delle Scienze Mediche", coadiuvato dai professori Giovanni Brugnoli e Alfonso Corradi. Si tratta di una rassegna dei lavori pubblicati da studiosi italiani corredata da analisi

critica. Nel portare avanti questo progetto probabilmente è stimolato dalla ricca biblioteca della Società Medica Chirurgica di cui era socio già dal 1851. È autore di numerose pubblicazioni ma il lavoro che gli dà la fama di scienziato a livello internazionale è senz'altro la sua *Storia della Teratologia*: un'opera monumentale, scritta nel corso degli anni che vanno dal 1881 al 1894 e composta da otto volumi. Cesare Taruffi la dedica all'amico e collega Alfonso Corradi e, il testo, nonostante il titolo che potrebbe far pensare ad un'opera sulla storia della Medicina, consiste invece in un vero e proprio trattato sulle "mostruosità", il termine, che adesso verrebbe considerato perlomeno inopportuno. Per l'autore invece è di uso comune per identificare il grande tema delle malformazioni, partendo dalle anomalie embrionali, fetali e della placenta per includere poi tutte le età della vita. Per apprezzare in pieno il valore dell'opera dobbiamo considerare che, fino a quel momento, le uniche opere sull'argomento erano quelle di Liceto, il *De monstrorum causis, natura et differentiis*, stampato a Padova nel 1611 e il volume che Bartolomeo Ambrosini pubblicò nel 1641 a Bologna, il *De monstrorum historia*, composto in gran parte dai manoscritti lasciati da Ulisse Aldrovandi. Taruffi mantiene l'insegnamento fino al 1893, quando, su sua richiesta, viene collocato a riposo con il titolo di Professore emerito. Da studioso quale era, possiede una biblioteca ricchissima di libri italiani e stranieri, che dona alla Università di Bologna. Mostra riconoscenza anche alla Società Medico-Chirurgica, di cui è il socio più anziano e della quale ricopre anche la carica di Presidente nel 1897 e 1898, lasciando i suoi averi allo scopo di migliorare la qualità delle pubblicazioni scientifiche della Società. Si spegne l'8 luglio del 1902.



P. Scarani, *Cesare Taruffi: un teratologo dimenticato*, Edizioni Centauro, Milano 2003, vol. 16

Bibliografia

- S. Arieti, *Taruffi Cesare* in "Dizionario Biografico degli Italiani", Vol. 95, 2019
- R. A. Bernabeo, *Il Sant'Orsola di Bologna 1592/1992*, Nuova Alfa Editoriale, Bologna 1992
- T. Dall'Osso, *Sanità e Infanzia a Bologna, cinque secoli di storia*, Edizioni Pendragon, Bologna 2023
- L. Mazzotti, *Necrologia di Cesare Taruffi*, in "Bull.Sc.Med." Ed. Gamberini e Parmeggiani, Bologna 1902

Il controllo dei nevi attraverso la storia: dalla nevomanzia all'intelligenza artificiale

Antonio Del Sorbo

Dermatologo (antoniodelsorbo@gmail.com)

Riassunto

L'osservazione dei nei ha origini molto lontane, risalenti almeno al V secolo a.C. Durante questo periodo, le persone osservavano la pelle per predire serenità o sventura a seconda dell'aspetto e della localizzazione dei nevi. I romani chiamavano questa pratica divinatoria nevomanzia, espressione derivante dall'unione del termine latino *naevus*, che significa nevo, e del termine greco *μαντεία*, che significa profezia. In seguito, questa tecnica prese il nome di moleosofia o moleomanza, derivato dalla parola inglese *mole*, che significa nevo. Il nevomante prediceva prosperità o sfortuna a seconda delle dimensioni, del colore o della posizione dei nevi sulla pelle. In questa pubblicazione descriverò il significato storico dell'osservazione dei nevi nelle varie epoche storiche, fino ai giorni nostri, dove un'entità non umana (intelligenza artificiale) per la prima volta nella Storia guiderà il dermatologo per predire il grado di tranquillità dei nevi (dermatoscopia assistita dall'intelligenza artificiale).

Summary

Mole mapping has a distant history, dating back to the 5th century BC. During this time, people watched moles to predict serenity and misfortune based on their appearance. The Romans referred to this divinatory practice as moleomancy, derived from the Latin term *naevus* (meaning 'mole') and the Greek term *μαντεία* (meaning 'prophecy'). Later, it became known as moleosophy or moleomancy derived from the English word 'mole'. Mole teller would predict prosperity or misfortune based on the size, color, and position of moles. In this publication, we

explore the historical significance of moles observation across various eras, leading up to the present day, where artificial intelligence, a non-human entity, guides the study of moles for the first time (artificial intelligence assisted dermoscopy).

Parole chiave

Nevomanzia, nevosofia, nevoscopia, dermatoscopia, intelligenza artificiale, mappatura dei nevi

Keywords

Moleomancy, moleosophy, nevoscology, dermoscopy, artificial intelligence, mole mapping

Lo studio sistematico dei nevi è già presente nell'antica tradizione popolare cinese. Nel Tong Shu, antico calendario cinese, i nevi venivano associati a precisi significati sul passato, presente e futuro della persona esaminata, a seconda della posizione dei nevi sulla mappa, e se i nevi ricadevano in punti considerati fortunati o meno fortunati. L'arte di dipingersi o tatuarsi i nevi nasceva proprio come esigenza di esorcizzare future sventure, o di augurarsi una buona sorte dipingendo qualche neo in punti della mappa considerati fortunati. I nevi nascosti erano associati a fortuna e prosperità. Nel 1260 il medico inglese Ruggero Bacone descrisse l'analogia tra i nevi della pelle e le stelle del cielo. Nel 1558, il medico pavese Girolamo Cardano associò i nevi al profilo caratteriale dell'individuo, e con le sue conoscenze in astrologia, classificò i nevi sulla base del segno zodiacale dell'individuo (per esempio i nevi del viso erano associati alla personalità estroversa del segno dell'Ariete, così come i nevi sui piedi venivano associati al carattere più introverso dei Pesci). Infatti, considerava i nevi, le stelle della pelle, e chiamava costellazioni il tipo di distribuzione dei nevi sulla superficie cutanea. Cardano raffigurò circa 800

volti umani, associando le 7 rughe della fronte ai 7 pianeti all'epoca conosciuti (Luna, Marte, Mercurio, Giove, Venere, Saturno e Sole) e chiamò metoposcopia la sua arte di interpretare le rughe (dal greco μετωπο = fronte e σκόπος = esame). È curioso osservare come già nel 1558 il suffisso -scopia fosse presente nella pratica medica. Cardano fu anche il primo medico a usare l'espressione "mappa dei nei", tuttora in uso, sebbene con un paradigma totalmente diverso. Erano gli anni in cui i medici erano anche esperti in astrologia (pratica antesignana della moderna astronomia) e in alchimia (pratica antesignana della moderna chimica). Il suo volume intitolato *Metoposcopia, ovvero commisurazione delle rughe della fronte* aveva come sottotitolo *Trattato dei nei e dell'indole della persona*, e conteneva un vasto capitolo intitolato *Delli nei della faccia*.

Nel 1586, Papa Sisto V vietò la metoposcopia (esame della fronte), sul suggerimento del demonologo francese Jean Bodin che la declassò a metopomanzia, un'arte divinatoria, e quindi da bandire. Invece lo studio dei nei era ancora consentito. Infatti, proprio quell'anno, l'alchimista campano Giovanni Battista Della Porta, originario di Vico Equense (NA), pubblicò nel libro quinto della sua opera *Della Celeste fisonomia* un vasto capitolo sui nei, associandoli a seconda del distretto corporeo alla personalità di ciascuno dei 12 segni zodiacali. Per Della Porta i nei situati nel lato destro del corpo erano portatori di speranza, mentre quelli sul lato sinistro non annunciavano cose buone. In seguito, i tribunali dell'inquisizione vietarono la lettura dei nei per predire il futuro. Per cui si passò dalla vietata nevomanzia (arte di prevedere il futuro mediante lo studio dei nei) alla nevologia (studio della personalità dell'individuo sulla base della distribuzione dei suoi nei). Con la nascita della fisiognomica, la nevologia iniziò il suo periodo d'oro, e così, a seconda della loro posizione, i nei venivano associati a determinati tratti della personalità dell'individuo esaminato.

La nevomanzia tornò di moda in Inghilterra agli inizi del Settecento, solo che stavolta non veniva più praticata dai medici, ma dagli indovini. Un nevo rotondeggiante e peloso, ad esempio, veniva considerato come segno di prosperità. Un nevo presente nel sopracciglio destro prediceva fortuna nella vita amorosa, mentre nel sopracciglio sinistro era associato a future delusioni. Così

come un neo sul mento o sul naso erano associati a prosperità, mentre un neo all'angolo esterno degli occhi era associato a sfortuna. Da qui nasceva anche il dogma che i nei non vanno asportati "I nei non si toccano", in quanto togliere un neo significava stravolgere il proprio destino e cancellare una parte della propria personalità.

Dall'Ottocento in poi, nei trattati medici, i nei furono descritti unicamente sulla base delle loro caratteristiche cliniche e del loro aspetto istologico, svincolati da ogni significato esoterico, psicologico e sociologico. Espressioni medioevali come "fortuna" e "sfortuna" furono rimpiazzate da termini scientifici come "benigno" e "maligno". Nel 1920, il dermatologo tedesco Johann Saphier affiancò una sorgente di luce non polarizzata al microscopio binoculare che utilizzava per osservare la pelle da vicino, e introdusse il concetto di microscopia di superficie.

Negli anni Cinquanta del secolo scorso i nei divennero un marchio di bellezza (la star hollywoodiana Marilyn Monroe ne aveva uno sulla guancia sinistra) tanto che molte donne se ne dipingevano uno con il make-up (nei lenticolari o grani di bellezza). In alcune tradizioni orientali (per esempio il Feng shui taoista praticato sull'isola di Taiwan) la nevomanzia serviva a distinguere i nei buoni da quelli cattivi, in senso divinatorio. In oltre 2000 anni di storia si è passati dall'arte divinatoria di giudicare i nei con una branca dell'astrologia (nevomanzia), alla pratica di associare i nei dell'individuo alla sua personalità, con una branca della fisiognomica (nevologia), e infine all'attuale branca della dermatologia, chiamata nevoscopia o dermatoscopia.

Nel 1951, il dermatologo americano Leon Goldman introdusse il termine dermatoscopia per indicare la metodica da lui impiegata per la valutazione non invasiva delle lesioni pigmentate, ed è tuttora considerato il padre della dermatoscopia. Dalla fine del XX secolo fino a oggi, la dermatoscopia a epiluminescenza (nota anche come dermoscopia, stereomicroscopia, nevoscopia, videodermatoscopia o mappatura dei nei) è utilizzata da tutti i dermatologi per l'analisi microscopica dei nei in tempo reale. Gli attuali software dermatologici di intelligenza artificiale consentono con pochi click di memorizzare immagini cliniche

e dermatoscopiche, di confrontarle tra loro nel tempo e di effettuare misurazioni direttamente in digitale (per esempio, calcolo dei bordi della lesione, lunghezza dei contorni, colorimetria, etc.). In questo modo, si costruisce un database di immagini dermatologiche che va a integrare quanto già disponibile di default in molti programmi di dermatoscopia. Le macchine sono così in grado di “apprendere” il giudizio del medico espresso attraverso un punteggio (score) e di prenderlo in considerazione davanti a situazioni simili per eventuali valutazioni future. Molte applicazioni dermatologiche sono attualmente disponibili anche su piattaforme mobili (come ad esempio tablet, smartphone), offrendo un’ottima user experience grazie a nuovi modelli di interaction design, health gamification, iperlocalizzazione, motori di risposta automatica (answer engines), riconoscimento e analisi di immagini, cibernetica, visori di realtà aumentata e realtà estesa mediante oggetti ipernaturali. Gli obiettivi della ricerca tecnologica in dermatologia sperimentale non sostituiranno la visita dermatologica, ma potranno integrarla e arricchirla con strumenti che talora possono fornire al dermatologo informazioni davvero preziose. Le informazioni digitali sono molto utili sia al medico che al paziente perché per definizione hanno un carattere numerico e quindi obiettivo e riproducibile.



Tab. 1 – Dal primo dermatoscopio degli anni Cinquanta all’attuale intelligenza artificiale (dal sito web: www.ildermatologorisponde.it)

Indicazioni bibliografiche

P. Cavallo, MC. Proto, C. Patruno, A. Del Sorbo, M. Bifulco. *The first cosmetic treatise of history. A female point of view*, “Int J Cosm Sci”, 30, 2008, pp. 79-86

A. Del Sorbo. *Ascoltando la pelle*, Edizioni Macro, Cesena 2018, pp 188-190

A. Del Sorbo. *Intelligenza artificiale in medicina*, “Scienza e Conoscenza”, 71, 2020, pp. 76-80

A. Del Sorbo, *Il controllo dei nei attraverso la Storia. Dalla nevomanzia all’intelligenza artificiale*, Atti del 54° Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina, Torino, 2024

Comunicare per conoscere. L'impegno di Carlo Morelli dal 1837 al 1870

Roberto Diddi

Società Italiana di Storia della Medicina (rodiddi@icloud.com)

Riassunto

Comunicare per conoscere. Il migliore strumento per ottenere la collaborazione tra i medici e al contempo educare e istruire il popolo alle nuove scoperte dell'arte salutare. L'impegno di Carlo Morelli dal 1837 al 1870.

Dal 1837 al 1870. Carlo Morelli, fulgido esempio dei promotori della scienza igienica, discepolo di Pietro Betti, Maurizio Bufalini e Francesco Puccinotti, fin dal suo passaggio da Campiglia Marittima a Pisa per studiare Medicina all'Università, riteneva che la sete di conoscenza non potesse essere placata se non grazie agli studi e allo scambio di opinioni attraverso tutte le diverse forme di comunicazione a disposizione. Creare rapporti e contraddittori sia con i cultori della scienza medica ma anche di tutte le altre, dalla botanica alla chimica con Pietro Savi e Damiano Casanti, alla matematica e alla ingegneria, senza disdegnare di conoscere i punti di vista di coloro che niente avevano a che fare con tali scienze, come ad esempio Cesare de Laugier ufficiale napoleonico, Pasquale Villari filosofo e umanista, e gli stessi pazienti. Dalle lettere del periodo universitario alla costituzione della società medica di reciproca istruzione, per poi giungere al Congresso Medico in Firenze nel

1848 e alla Direzione e Collaborazione di riviste mediche quali: Il Tempo, Cronaca Medica, Annali Universali di Medicina.

Combatté fieramente la fiacchezza di molti medici e le epidemie di ciarlatani e imbonitori, favoriti dalla confusione regnante nell'ambito della cultura medica ma tendente a ridursi proprio grazie allo sviluppo della comunicazione tra medici e tra medici e il popolo.

Autore di importanti saggi sulla Pellagra, sui Morbi cronici della pelle e tante altre pubblicazioni che rendono bene l'idea della sua poliedricità, dedicò tutta la sua vita a cercare di avvicinarsi il più possibile ad ottenere il più bel risultato che un essere umano possa ottenere: agire in modo tale da rendere ogni vita degna di essere vissuta.

Summary

Communicate to learn. The best tool for obtaining collaboration between doctors and at the same time educating and instructing people in new discoveries in the art of health. Carlo Morelli's commitment from 1837 to 1870.

From 1837 to 1870. Carlo Morelli, shining example of the promoters of hygienic science, disciple of Pietro Betti, Maurizio Bufalini and Francesco Puccinotti, since his move from Campiglia Marittima to Pisa to study Medicine at the University, believed that the thirst for knowledge does not could be appeased if not thanks to studies and the exchange of opinions through all the different forms of communication available. Create and contradictory relationships both with the experts of medical science but also of all the others, from botany to chemistry with Pietro Savi and Damiano Casanti, to mathematics and engineering, without disdaining to know the points of view of those who had nothing to do deal with such sciences, such as Cesare de Laugier, a Napoleonic official, Pasquale Villari, a philosopher and humanist, and the patients themselves. From the letters of the university period to the establishment of the mutual education medical society, to then reach the Medical Congress in Florence in 1848 and the direction and collaboration of medical journals such as: Il Tempo, Cronaca Medica, Annali Universali di Medicina.

He fiercely fought the weakness of many doctors and the epidemics of charlatans and hucksters, favored by the confusion reigning within medical culture but tending to be reduced thanks to the development of communication between doctors and between doctors and the people.

Author of important essays on Pellagra, chronic skin diseases and many other publications that give a good idea of his versatility, he dedicated his entire life to trying to get as close as possible to obtaining the best result that a human being can achieve: to act in a way that makes every life worth living.

Parole chiave

Morelli, Comunicazione, Santa Maria Nuova Firenze, Cronaca Medica, Filippo Pacini

Keywords

Morelli, Communication, Santa Maria Nuova, Firenze, Cronaca Medica
Filippo Pacini

Il presente contributo trae spunto dalla analisi e commento di alcuni documenti contenuti nell'archivio Carlo Morelli (www.archiviocarlomorelli.it).

Carlo Morelli, discepolo di un triumvirato composto da Pietro Betti, Maurizio Bufalini e Francesco Puccinotti, combinando gli insegnamenti ricevuti con la sua notevole forza interiore, impostò la vita professionale come una vera e propria missione volta, da un lato a rendere più importante la scienza medica e dall'altro ad adoperarsi fedele al dogma che "compito di noi medici è quello di rendere ogni vita degna di essere vissuta", dedicandosi anima e corpo allo sviluppo e al consolidamento della scienza igienica.

Oggi, la parola comunicazione è usata e abusata, spesso rimane nell'aria per poi volare via senza lasciare niente di concreto, mentre invece rappresenta l'aspetto fondamentale per la creazione di rapporti volti ad implementare la conoscenza nel suo più vasto significato.

In tutte le scienze e quindi anche in quella medica, la comunicazione e la divulgazione hanno lo scopo di accelerare il progresso e gli effetti delle scoperte, nonché di dare un nuovo assetto e collocazione a coloro che esercitano l'arte medica. I tipi di comunicazione non si differenziano a seconda degli interlocutori e dei nemici da combattere: cambiano gli approcci ma i principi sono gli stessi.

Schematicamente, essi possono essere suddivisi nei seguenti insiemi:

- a) Comunicazione verbale;
- b) Comunicazione tramite scambi epistolari;
- c) Comunicazione tramite la pubblicazione di articoli e opere.

Individuati gli insiemi, ecco i sottoinsiemi:

- a) Comunicazione tra medici;
- b) Comunicazione tra medici e la popolazione;
- c) Comunicazione tra medici e chi rappresenta le altre branche di scienze.

Carlo Morelli, appena terminati gli studi di medicina all'Università di Pisa nel 1840, prima ancora di ottenere l'abilitazione al S.M. Nuova in Firenze, insieme ad un manipolo di altri otto suoi colleghi di studi universitari, Gabriele Masini di Certaldo, Pedano Pedani di Castelfiorentino, Luigi Frioli di Rimini, Giuseppe Salletti di Arezzo, Antonio Marcacci di Vicarello, Achille Nardini di Livorno, Crescenzo Vannini di Siena e Francesco Chiappelli di Pistoia, costituì la Società Medica di reciproca istruzione medica¹ che come oggetto aveva: " tutto ciò che può essere utile al medico pratico nel più esteso e filosofico senso di questa parola forma soggetto degli studi della Società".

Contravvenendo alla norma statutaria che indicava in nove il numero massimo dei soci, essi un anno dopo divennero quattordici con l'aggiunta di Beniamino Sadun di Siena, Francesco Comandoli di Pisa, Antonio Balducci di Pistoia, Francesco Sforzi di Arezzo ed Enrico Sambellino di Firenze. In tal numero proseguirono fino alla chiusura della Società, avvenuta per la confluenza di tutti loro nel Collegio Medico Fiorentino.

¹ Archivio Carlo Morelli Livorno: Pubblicazioni. Fascicolo 34 grande n. 35.

Secondo le norme statutarie, ogni socio doveva proporre un tema di carattere medico che sarebbe stato discusso nel corso dell'incontro settimanale, con l'impegno di prendere in considerazione gli eventuali spunti e critiche offerti dagli altri soci. A seguito del risultato della discussione, il relatore avrebbe dovuto approfondire il tema considerando quanto emerso e provvedere alla redazione di una relazione scritta.

Le riunioni si tenevano a rotazione nelle abitazioni dei soci. Veniva nominato un presidente per la durata di un mese, con il compito di sollecitare le proposte e moderare le discussioni che dovevano essere tenute seguendo un determinato protocollo con il mantenimento della massima educazione. L'articolo 23 disponeva che i suggerimenti ricevuti dai colleghi divenissero di proprietà di colui che aveva preparato la relazione. Questa norma non influenzò minimamente lo spirito di collaborazione e la bramosia di imparare e migliorare, forti del motto che l'unione fa la forza.

Associazionismo, voglia di migliorarsi anche attraverso le critiche degli altri, no concorrenza ma colleganza, forme imprescindibili che i giovani medici usciti dalla Società di reciproca istruzione medica continuarono a sostenere con forza e veemenza anche negli anni successivi, nonostante che in Toscana si andasse manifestando un cambiamento di rotta che Carlo Morelli esplicitamente evidenziò in una sua relazione scritta in occasione del Congresso Medico Chirurgico e Farmaceutico tenuto in Firenze nel mese di agosto 1848:

Le loro lagnanze fino ad ora sarebbero state forse menzogne? I medici sarebbero forse così umiliati nella servitù da non sentire la propria di pietà, nemmeno come cittadini? Troppo gravi queste dimande e ci appariscono perché noi ci sentiamo forti per risolverle, diremo bensì che la prima prova che noi abbiamo fatto nell'esercizio di quei diritti che sembravano atti ad esercitare, ha disvelato la nostra morale incapacità, e fatta eccezione dei medici condotti che o direttamente o per mezzo dei loro rappresentanti, sono concorsi in numero assai soddisfacente e con la prestanza di savi consigli, il ceto medico chirurgo e farmaceutico, ha dimostrato

chiaramente che il soave frutto delle libertà non è per noi pregustato nella sua vera squisitezza. L'indifferenza nostra sarà oggimai proverbiale, saremo ricordati per la memoria della nostra nullità, e per noi averassi il detto di Rousseau che onorare si deve la medicina: medicina purché senza medico.

E sopra di noi medici della Capitale più grave e più meritata scenderà la rampogna, sopra di noi che da meno ostacolo impediti ci mostrammo più stupidamente indifferenti, sopra di noi che mentre molti dei nostri animosi colleghi dividevano con prodi campioni dell'Italiana indipendenza, le angosce e i pericoli della pugna, mostravamo ad essi di essere non solo inetti ad impugnare come loro la spada in difesa della Patria, ma immeritevoli ancora di indossare la toga di cittadino per difendere i diritti più soavi dell'umanità quali sono quelli della salute fisica e con essi i diritti nostri, e dei nostri valorosi colleghi.

Oramai il disinganno è compiuto e l'obbrobrio nostro è palese. Distruggeremo noi stessi il lievissimo grado di estimazione che per noi tuttora la società serbava, ci mostrammo incapaci a soddisfare, inetti a sentire i bisogni del pubblico verso la scienza nostra, ci fu possibile di mondarci mondi e detersi da quel maledetto istinto d'individualismo e di misantropia, che ci spinge nell'abiezione, né mai più ci permetterà di risorgere.

Le riunioni del Collegio Medico Fiorentino, l'organizzazione dei Congressi degli Scienziati e dei Medici, non dovevano mettere in bella mostra le medaglie dei vecchi docenti, ma essere di sprone per la progressiva affermazione delle nuove leve, tutte seguaci del Positivismo e unite a combattere i ciarlatani e gli imbonitori.

Quindi, il carattere endogeno scaturente dal dibattito verbale tra due o più medici, riuniti in capannello sia ufficialmente che ufficiosamente e quello esogeno verso cultori delle altre scienze o con il popolo.

Non esiste scienza che viva senza intersecarsi con le altre. Come poter pensare che la medicina non abbia a che fare con la chimica, l'ingegneria, la fisica, la matematica?

Ed ecco che tramite l'amico Cesare Studiati, compagno di studi all'Università di Pisa, riuscì a collaborare con il botanico Pietro Savi,²

Morelli carissimo,

Scusi se prima d'ora non ho risposto alla grata sua del 17 luglio ma prima d'ora non sono tornato da un viaggetto nella Lombardia per il quale partii il 17 dello scorso. E solo ieri ebbi cognizione della sua lettera.

Mi fa molto piacere il vedere che Ella continua nello studio della Botanica, sarà per me un dovere, e una compiacenza il darle quelli schiarimenti che desidera.

La specie inviatemi è il *Delphinium Consolida Polyanolium tryginia* di Linneo. Eccole la definizione, giacché nel Botanico Etrusco manca.

Delph. Consolida. Linneo sp. 748. Ovaria s, petala es in nomen coalita; calcom internum petalum, caule erecto subglabro divaricatium ramoso floribus paucis laxe racemosis, pedicellis braeter longioribus, cappulis glabris et segetibus.

Il non averne Ella potuto trovare il genere è difetto del sistema di Linneo, e non suo. Infatti, i caratteri dell'ordine in cui questa specie è le mancano.

Perseveri nella buona volontà che mostra, e continui a scrivermi che senza complimento alcuno la mi fa un vero piacere.

Gradirei delli esemplari secchi di piante di codeste campagne, in particolare di Ombrellati. Le sarò obbligatissimo se me li invierà. Nel prepararmeli avverta che presentino tutti i loro caratteri che sieno cioè in fiore e in frutto, e che vi sia oltre alle foglie cauline ancora qualche foglia radicale.

Già ella sa come si preparino, ad ogni esemplare aggiunga un cartello notandovi esattamente la località, e il tempo nel quale lo ha raccolto.

Onde la cultura della Robbia riesca veramente utile l'avverto essere necessario praticarla in grande e con esattezza di metodo.

Riceva i saluti di Babbo. Stia bene, continui a preoccuparsi di me e mi creda sempre, affezionato amico.

² Archivio Carlo Morelli. Corrispondenza. Fascicolo 14. Lettera di Pietro Savi a Carlo Morelli. Pisa 15 agosto 1837.

mentre per sviluppare l'ematologia, il medico Carlo Morelli si confrontò negli anni successivi con il chimico Damiano Casanti il quale, sulla scia di Gioacchino Taddei, dimostrò e illustrò il metodo per distinguere il sangue umano da quello degli altri animali³.

Lettera all'Illustrissimo Sig. Cav. Prof. Bufalini⁴

Se l'importanza dell'argomento del quale intendo a darle contezza queste mie poche parole, non meno che la cognizione che io ritengo dell'amore che Ella mai sempre grandissimo per ogni maniera di studio, specialmente delle cose naturali, non avessero avvalorato l'animo mio nell'incertezza dubbioso, io giammai avrei osato esortarla a porgere ascolto ai miei detti, temendo di allontanarla anco per solo istanti, dalle sue gravi e tanto proficue elucubrazioni.

L'indirizzamento che ha preso per seguire la chimica organica tanto di frequente e per sì lunga pezza invocata da lei in soccorso delli studi della medica scienza, ha fatto sì che per la medesima sia oggimai pervenuta a tale da farla apparire infino dal suo bel principio promettitrice non lusinghiera di risultati molto favorevoli per la medicina, e se a quei fiori dei quali si va onerando l'albero di questa scienza novella, sieno per succederne ubertosi del paro i frutti, certi egli è che la medicina finalmente potrà esser tolta dall'impero infelice di quelle così molteplici e svariate dottrine, dalle quali fu di continuo dominata ed oppressa.

Ma è cagione puranco di molto compiacimento per noi il sapere che grande efficacia ad opera siffatta e molta parte a questo costituirsi in tal modo di scienza della Chimica Organica, siasi derivato appunto dall'opera ingegnosa e solerte dell'illustre nostro chimico Taddei, il quale sedendo con Ella Illustrissima nella medesima palestra scientifica, seco lei coopera tanto all'avanzamento di ambedue queste scienze.

³ Archivio Carlo Morelli. Pubblicazioni. Fascicolo 4 n. 16. Lettera di Carlo Morelli a Maurizio Bufalini riguardo gli studi di Damiano Casanti sulla discriminazione del sangue umano. Firenze 1847. Manoscritto.

⁴ Pubblicata nella Gazzetta delle Scienze Medico Fisiche di Firenze il dì 17 7bre 1847.

Fra le molte ed utili cose che il medesimo effettuò in pro della Chimica organica, una certamente delle più sublimi e meritevole quindi di somma lode, quella si è a lei d'altronde notissima, delle serie numerosa di esperimenti istituiti intorno alla maniera di discriminazione del sangue dell'uomo da quello di altri animali, che pubblicati sotto il titolo di Ematalloscopia, ottenne ben a ragione la lode unanime di molti ed illustri sapienti. Ed era appunto che intorno a quei suoi ritrovati egregi rivolti essendosi alcuni chimici per ripetere e convalidarne l'importanza, alcuno di essi perveniva a ricavarne risultati diversi da quelli che il nostro chimico fiorentino aveva dai suoi sperimenti ottenuto. Questo faceva sì che nel Congresso di Genova siccome è a lei notissimo, da savi componenti la sezione di chimica, si prendesse la deliberazione di esortare i chimici Italiani a ripetere nuovi ed iterati sperimenti in delucidamento di tale controversia. Perciò dal sig. Casanti, qui in Firenze, ponendosi mano all'opera ed attenuavansi non solo piena conferma dei risultati dell'esperienze dell'illustre Taddei, ma ritraeva eziandio da questi suoi studi sperimentali, la cognizione di un nuovo metodo d'investigare nel sangue quei caratteri che sono atti a differenziarlo se d'uomo, ovvero appartenenti ad animali delle altre classi. Ed era appunto di questo che io osava renderla consapevole adesso, perché ne giudicasse quale ne è la sua importanza che a me sembra moltissima.

Istrutto pertanto dal ridetto Sig. Casanti, delle resultanze di questi suoi sperimenti, e come ei fosse pervenuto a distinguere con metodo diverso da quello del Taddei il sangue tolto dall'uomo da quello che agli altri animali pervenne, escluso solamente il sangue del cane, perchè con quello l'uomo ritiene le stesse proprietà anco secondo il metodo del sig. Casanti, onde essere certi ambedue della veridicità di questi suoi risultati sperimentali, assunsi l'incarico di fare ad esse pervenire per mano, il sangue di diversi animali eccetto quello di cane, non escluso però quello d'uomo, perché ignorando il Casanti, quale si fosse fra quelli questo ultimo ne lo scomponesse per mezzo del suo nuovo metodo. Laonde raccolto sopra toppe di varia grandezza il sangue che spiccava dalle giugulari recise di un bove, di un Cavallo e di un coniglio, e quello pure che usciva dalla vena di un uomo, le inviai al ridetto Casanti frammiste tutte in confuso nel numero di sette e solo distinte con le lettere dell'alfabeto appiccatevi sopra senza ordine e in questa guisa: O, R, L, T, V, D, C,

cioè (O) sangue di bove, (R,L,) coniglio, (T) cavallo, (V,D,C) uomo, acciò ei mi dicesse quale fra quelli si fosse il sangue dell'uomo. Dopo pochi giorni ei mi dava completa soluzione del problema riferendomi che il sangue delle toppe segnate con le lettere C, D,V, era quello dell'uomo. Ne solo ci si compiacque di darmi risoluto il problema, ma volle eziandio che io conoscessi il risultato e le ragioni per cui ei così lo risolveva. Il sangue, infatti, che inviato io gli aveva nelle toppe intrise, ei mi mostrava raccolto in tanti vetri da orologio, nei quali vedevansi consolidato in varie e molte diverse maniere. Imperocchè mentre quello dell'uomo o quello delle toppe segnate con le lettere C.D.V. offrivansi sotto l'apparenza di un pastello di figura regolare nero semilucido, duttile, inodoro ed informemente denso, quelli invece degli altri animali apparivano consolidati è vero, ma in tanti piccoli grumi distinti e separati, e che per i loro contatti reciproci formavano un corpo areolato di colore quasi nero resistente ed inodoro. Ma perché sempre più io mi confermassi nella certezza dei suoi esperimenti, il Casanti istituì alla mia presenza l'operazione discriminatrice e per essa potei rimanere appieno persuaso che unendo il sangue dell'uomo non meno che quello di altri animali, con la medesima sostanza, in condizioni uguali e con la stessa manovra si perviene ad ottenere, con il primo, il suddetto pastello, il quale va sempre più riunendosi e si fa più fitto, e tenace quanto prolungasi maggiormente sopra di esso l'operazione della miscela dell'anzidetta sostanza, in quella vece che con gli altri sangui ottengansi grumetti di varia grandezza, e che sempre più rimpiccoliscono, e si dividono, e si distaccano quanto più si prolunga sopra di essi l'operazione discriminatrice della miscela.

È questo il fatto che a me urgeva di non lasciare in oblio, e che bramai di rendere palese a Lei Signor Professore perché giudicasse quale è l'importanza che in sé contiene ciò se altresì posso osservarle, si è che nelle molte e ripetute esperienze che il Casanti istituì fino ad ora, giammai venne a minersi la evidenza del risultato suspresso.

Donde questa diversità di effetto per l'azione della medesima sostanza sopra il liquido medesimo, di diversi animali. Perché tanta coesione nelle particelle del sangue d'uomo, e tanto poca in quello degli altri animali uniti tutti con la medesima sostanza, e perché mentre nel primo con le operazioni che tendono a ravvicinarle

le particelle si perviene a sempre più manifesto risultato in proporzione che si prolungano, mentre nel sangue degli altri animali avviene invece un effetto del tutto contrario? È forse dipendente questo diverso effetto dalla varia proporzione degli elementi componenti questo fluido meraviglioso, ovvero è quello un semplice fenomeno di Isomeria? A tali importanti problemi di speculazione scientifica non so se sia possibile una soluzione adeguata, e quale sarebbe questo, bensì mi sembra di poter concludere che siccome adoperando un'altra maniera di esperimento diverso da quello del Taddei, giunse il Casanti ancora nel rinvenire nel sangue d'uomo caratteri ben diversi e distinti da quelli del sangue degli altri animali, dubbio non avvi che questo risultato dell'esperienza emani dall' intrinseco molecolare composto di ciascun sangue.

Per il che oltre all'importantissimo ufficio che tali risultati dell'esperienza si apparecchiano ad apprestare alla medicina forense, includono altresì, siccome mi sembra, una ragione fondata che possa in seguito, quando tali sperimenti sieno ripetuti ed estesi ad una molto lunga serie d'animali il criterio della classazione degli esseri di questo regno anziché essere tolto dalle qualifiche loro esteriori, e meno intrinseche, ricavarsi invece dalle qualità molecolari del composto di quell'umore medesimo per il quale ogni animale svolgendosi, esistendo, ed accrescendo si trovasi a così dire entro a quello preesistente in potenza, e nelle sue elementari condizioni. Qualunque sia l'insufficienza di questi miei pensieri, mentre la prego a ritenermi per discusato pel tedio arrecatogli con essi, mi dichiaro con tutto il rispetto

Di voi Ill.ma

Firenze 27bre 1847

Carlo Morelli

Oppure, che per valutare le condizioni igieniche dei reclusi nel Penitenziario di Volterra, il Morelli non esitò a chiedere all'amico Antonio Cozzi perché ricevesse lumi dal padre Andrea su come costruire un igrometro⁵.

⁵ Archivio Carlo Morelli. Corrispondenza. Fascicolo 12. Lettera di Antonio Cozzi a Carlo Morelli. Firenze 16 novembre 1854.

Fin qui, tra alti e bassi, non sempre andando verso la medesima direzione, la questione della comunicazione verbale era comunque sufficientemente organizzabile e organizzata. Permetteva di ridurre i tempi e gli errori nella giornaliera sperimentazione, perché come scriveva Morelli nel dicembre 1841 all'età di venticinque anni⁶:

La scienza si fonda sulle cognizioni, le cognizioni emergono dalla certezza, la certezza esclude la possibilità di un contrario. Colle scoperte dei moderni, si mostra forse nelle scienze maggior raffinamento dei sensi e se è vero che il secolo nostro è ferace di macchine ed istrumenti atti a perfezionare l'esercizio dei sensi, è però poco produttore dell'esercizio dei primi, incapace poi ad elaborarli, si da in braccio a loro come suoi padroni.

Le matematiche sono più felici in quanto non si accusano che del rapporto di una sola qualità dei corpi che è la quantità.

Per negare l'esistenza di una cosa, non basta il non averla potuta trovare, ma bisogna ancora dimostrare l'impossibilità della sua esistenza, cosicché non ci si debba arrestare a dire impegnandola, non esiste perché non la trovo ma perché non può esistere. Ora, nelle cose naturali questa impossibilità d'esistenza, non la possiamo sostenere fino a che non sia esaurita tutta la serie delle ricerche che devono a dimostrarsi, troviamo nell'assoluta impossibilità di impugnarla la possibilità dell'esistenza di cose incognite.

A veder bene, le parole appena citate possono rappresentare un condensato del manifesto del positivismo.

Alla immediatezza delle risposte e all'assimilazione quasi in tempo reale delle idee dei colleghi, conseguenti ai risultati del contraddittorio, si contrapponeva il rischio di rimanere ancorati al proprio circondario senza poter godere dei risultati ottenuti dai medici e da cultori di altre discipline collegate alla medica, nelle altre nazioni.

⁶ Archivio Carlo Morelli: Pubblicazioni: Pensieri Propri dicembre 1841. Fascicolo 2 n. 6. Manoscritto.

Pur non avendo a disposizione le moderne tecnologie di comunicazione, gli scambi epistolari rappresentarono la chiave per aprire orizzonti nuovi a ricerche e a sperimentazioni.

Non esistevano problemi se al cosiddetto luminare le istanze venivano proposte da “semplici medici condotti”⁷, oppure accompagnare il malato dalle periferie alla capitale unitamente alla lettera che descriveva minuziosamente le cure praticate sulla scorta della diagnosi del medico curante⁸.

L’insieme dei risultati ottenuti dai metodi di comunicazione appena descritti trovò il suo completamento nella pubblicazione di studi in varie riviste mediche: Il Tempo, la Cronaca Medica e gli Annali Universali di Medicina curati da Romolo Griffini, sono solo alcuni degli esempi che hanno visto Carlo Morelli contemporaneamente protagonista e promotore, come associato o direttore.

La Cronaca Medica, in particolare, nacque da un’idea di Gabriele Masini e Carlo Morelli, a distanza di oltre venti anni dalla costituzione della Società Medica di reciproca istruzione già descritta precedentemente. Per le prime tre annate, dal 24 ottobre 1863 al 30 dicembre 1866, fu diretta dallo stesso Carlo Morelli unitamente ad Amerigo Borgiotti, Cesare Bottari, Scipione Banti e Francesco Fusi.

Usciva ogni dieci giorni. Il primo anno furono sette uscite, il secondo trentasei e il terzo trentacinque.

La scelta degli articoli da pubblicare veniva stabilita dal Comitato di redazione che era rappresentato dai già citati medici. Indicativamente, ogni numero comprendeva dai tre ai cinque articoli e veniva dato risalto, in appositi spazi incorniciati e intitolati, alle riviste bibliografiche e ad altri giornali, alla enunciazione delle nuove norme di carattere sanitario, alle condotte vacanti e alle onorificenze ottenute dai medici.

Nei tre anni presi in considerazione, la linea guida di massimizzare il numero degli articoli condusse alla pubblicazione di oltre trecentoquaranta relazioni a firma di una settantina di corrispondenti.

⁷ Archivio Carlo Morelli: Corrispondenza. Andrea Vaccà e Antonio Morelli. Pisa 9 febbraio 1818.

⁸ Archivio Carlo Morelli: Pubblicazioni. Fascicolo 19. Francesco Mancini a Vincenzo Chiarugi. Scarperia 23 maggio 1807.

Gli argomenti abbracciavano l'intero ambito della scienza medica, ad esempio nel numero 8 del III anno, fu pubblicato uno studio dal titolo: *Cronaca retrospettiva nella pianta chiamata COCA* compilata dal dott. Bargellini; nel numero 18 del III anno *Storia di una febbre miliare puerperale* del dott. Lorenzo Sarti e nel numero 20 sempre del III anno il 20 luglio 1866, *I medici estinti e feriti nella giornata del 24 giugno 1866*.⁹

Quest'ultimo trattava della battaglia di Custoza “[...] orgoglio per i medici e amarezza per il rifiuto dell’Austria alla convenzione di neutralità dei feriti [...]”. Argomento ritrovabile anche in una lettera di Cesare De Laugier a Carlo Morelli.¹⁰ Gli articoli così pubblicati, nella maggior parte dei casi venivano poi assemblati sotto forma di opuscoli mentre per le opere di caratura maggiore, sia per quanto attiene il lasso temporale degli studi che avevano condotto alla loro realizzazione e alla portata dei medesimi che si potevano estendere ben oltre i limitati confini ove normalmente operavano i vari medici.

Sia gli opuscoli che le opere, normalmente venivano distribuite direttamente dai tipografi, i quali, a tutti gli effetti, potevano essere considerati vere e proprie case editrici. Quasi sempre condotti da imprenditori che operavano non solo a scopo di lucro, ma anch’essi permeati da quello spirito risorgimentale che ovunque aleggiava, spirito ben presente nella lettera che Gaspare Barbera scrisse a Carlo Morelli:¹¹

Mio caro Dottore, un giovane letterato mio amico, il signor Pasquale Villari, sapendo che io conosco lei e le voglio bene, mi ha pregato che a di lui nome le ponessi innanzi l’opuscolo che mando insieme a questa. Il Villari gradirebbe poi fare la personale di lei conoscenza, volendo forse in seguito discorrere con lei di quella parte della Scienza medica che ha affinità colla Filosofia. Il soggetto sul capo è quasi

⁹ Archivio Carlo Morelli: Pubblicazioni. Fascicolo 27 grande. Cronaca Medica terzo anno. Testo a stampa.

¹⁰ Archivio Carlo Morelli: Corrispondenza. Cesare De Laugier a Carlo Morelli. 7 luglio 1866.

¹¹ Archivio Carlo Morelli: Corrispondenza. In Pasquale Villari. Gaspare Barbera a Carlo Morelli.

livellato. Dal giorno 30 giugno sono alla Granducale con mia soddisfazione. Mi conservi fresca la sua amicizia, e mi creda [...]

Chi erano i più grandi nemici della categoria medica? Si distinguevano in nemici interni ed esterni. Gli interni erano gli stessi medici, spesso privi della necessaria moralizzazione e deontologia. Gli esterni, i ciarlatani e gli imbonitori, che trovavano terreno fertile nella scarsa educazione dei pazienti e dei loro familiari, in parte indotta dai difetti appena descritti per i medici. Come combattere queste piaghe? Entrambe nei modi proposti da Morelli sempre nel Congresso Medico Chirurgico e Farmaceutico tenuto in Firenze nel mese di agosto 1848, prima con il titolo *Sulla concorrenza e moralità dei medici*:

Temesi la concorrenza perché le male arti degli accorti, le esagerazioni dei ciarlatani, la piccolezza delle mercedi, sarebbero a danno dei buoni medici. Ma di tutto ciò, di chi sarebbe la colpa se non dei medici stessi.

Tocca a questi moralizzarsi, a rendersi stimati e ammirati dal pubblico invece di farsi adesso argomento di scandalo e di disprezzo. Si moralizzino e per moralizzarsi, si associno e la concorrenza produrrà i suoi buoni frutti. Un'osservazione credo necessaria a farsi sulla proposizione del Dr. Torracchi, riguardo alla cura medica dei Poveri nelle condotte in cui eleggesi il medico e di quella degli Spedali nei quali viene loro imposto. Prima che il governo si arrogasse il diritto d'amministrare li stabilimenti sanitari d'origine municipale, anco in molti Spedali il medico era eletto dal municipio e le più volte appunto era il medico condotto della comune, il curante di quelli. Solo al cambiarsi dell'amministratori, si mutò questa scelta, e quando furono pareggiati quelli di data regia, il governo se ne fece l'elettore in quanto ne divenne il padrone.

E poi per i ciarlatani:

Non restando in conto alcuno impedita ai cittadini la libertà della scelta del medico che loro soddisfa, né venendo ad alcuno impedito di sottoporre il caso all'esperimentum canis di un segretista, la società deve vigilare anco questi osceni

vampiri non operino pubblicamente impuniti coi misteri dei loro segreti, colla empia malvagità delle bugiarde loro promesse, facendo sozzo guadagno dell'altrui vita con il mezzo della volgare credulità. E ciò la società è in debito di effettuare perché lasciandoli impuniti mostra di riconoscerne tantamente la utilità, ne autorizza erroneamente l'esercizio e fa credere al volgo (e molti son volgo in cosiffatte credenze) che le promesse loro sono vere, utili i loro farmaci e quando se non dannosi, sono certamente nocivi per la loro inutilità.

Impedisca adunque la società e per essa chi governa, che si faccia mai più mercimonio della credulità della salute, e dei tesori dei buoni cittadini, impedendo l'esercizio pubblicamente scellerato della medicina, mentre se in segreto rimarravi chi voglia persistere in tale stoltezza, non sarà dato a noi d'impedirlo mentre è quasi colpa impedire di precipitarsi a chi ostinatamente il vuole farlo.

Necessario è quindi che, provveduto al modo di ottenere dagli esercenti l'arte medica il criterio che ne assicuri la necessaria abilità, non si scenda giammai ad alcuna transazione intorno a questo modo di tutela dell'ordine sanitario per distinzione di fama, di cittadinanza, di età, tutti devono assoggettarsi al giudizio di questo tribunale, il quale quanto più sarà severo nelle sue perizie, tanto più riuscirà benemerito per la società. E quel che diciamo dell'esercizio della medicina e della chirurgia, vogliamo pure che si intenda per la farmacia.

Si bandiscano per sempre le licenziose permissioni e tolleranze di vendita di medicine segrete, e di specifici: la salute umana non deve essere fidata al segreto: la luce della scienza penetri a rischiarare queste miscele misteriose, delle quali il fare da qui innanzi un mezzo di speculazione e di lucro, sarebbe vituperevole e obbrobrioso per la società come il ritenere la fede nelle streghe, negli spiriti e nei malefici diabolici. Tolgasi, pertanto, alla scienza salutare l'onta dei segreti dei ciarlatani e delli specifinisti, nei quali tanto è l'ardimento e la perversa inclinazione che si attentano a dimostrarsi al pari degli scienziati lodevoli, spacciandosi per potenti fattori di civiltà, e, obbrobrio indicibile, di nazionale indipendenza. Noi non saremmo discesi in così simile arena, ed avremmo sdegnato dignitosamente di inquinarci in così sozza melma, se alla bassezza dell'argomento dei ciarlatani e delli specifinisti, non fosse stato di fronte l'importanza e la gravezza del pericolo che per infinite e

vilissime loro promesse, all'umana famiglia minaccioso sovrasta, in quanto è nostra persuasione che se molte promesse della scienza medica non sono sempre attenuate, né può la vera medicina ritenersi apportatrice costante e immanchevole dell'utilità che teoreticamente offrirebbe; certi incontestabili, sono i danni, i pericoli che all'umana specie derivano dall'esercizio di un medico inabile per le malefiche arti di un segretista e dall'uso di rimedi segreti, che sono almeno dannosi per essere inattivi.

Quindi, per i medici, impegno a modificare il proprio approccio verso la popolazione, in Toscana per la maggior parte agricola e contadina, attaccando e non limitandosi a difendere. Sviluppo della scienza igienica, sia fisica che mentale: convincere al cambiamento delle abitudini alimentari, miglioramento delle condizioni di vita del popolo, istruzione e educazione. Bei concetti che potevano divenire realtà solamente grazie all'opera congiunta dei medici e del governo della sanità. Riforma delle condotte e creazione di ospedali, alcune delle idee promosse dai giovani medici risorgimentali.

Come avvicinarsi e superare le diffidenze delle menti semplici che vedevano nei ciarlatani coloro che promettevano la serenità senza soffrire? Attraverso la comunicazione e l'esempio.

I ciarlatani e gli imbonitori, veri e propri parassiti e furfanti, tra mille difetti, avevano certamente il pregio della dialettica che toccava le corde giuste per convincere i pazienti a seguire le loro orme e indicazioni proponendo rimedi miracolosi, di facile assunzione e di presunto immediato effetto.

Tra i medici, gli unici che avevano la possibilità di invertire la rotta a favore della scienza medica e quindi dei pazienti, erano i medici condotti.

Essi, per poter riuscire nell'intento, dovevano guadagnarsi la fiducia non solo del malato ma anche del capofamiglia. Lo potevano fare attraverso il dialogo e una volta aperta la breccia insinuarsi anche grazie al passa parola dei successi ottenuti. Il principio fondamentale era che non potevano fallire il primo approccio; conseguentemente, le tanto vituperate e poco considerate condotte,

rappresentavano il campo d'azione più rilevante per riuscire a dare a tutto il ceto medico la considerazione e l'importanza che meritava.

Essere i primi ad inocularsi il vaccino dimostrando agli scettici che la differenza tra i medici e i malfattori stava nella propria cultura, che i pazienti e i loro familiari potevano e dovevano fidarsi di chi non dichiarava essere infallibile ma che attraverso il dolore e i lutti poteva essere combattuto qualsiasi male.

La comunicazione verso il popolo avveniva su due scale diverse tra loro. La prima era di inserire articoli senza roboanti parole, in modo tale da essere facilmente comprese anche da coloro che a mala pena sapevano scrivere e leggere, in pubblicazioni che gli agricoltori credevano ciecamente, quali ad esempio il Sesto Cajo Baccelli, pubblicato fin dalla prima metà del settecento e l'Almanacco Lunario per gli Agricoltori che non potevano non averne una copia. Carlo Morelli medico figlio di medico condotto di Campiglia Marittima in piena Maremma Toscana, così pubblicava nel 1846 proprio nell'Almanacco appena citato¹²:

Fra i ricordi di medicina domestica lasciati da un vecchio medico di campagna, morto da poco tempo fu trovato un involto di carta sul quale era scritto appunti per un Calendario medico, ovvero per un trattatelo d'Igiene delle Stagioni, ove sembra che fosse intendimento dell'autori di accennare l'avvertenze principali e di proporre i più utili consigli perché il popolo imparasse il modo di tutelarsi dall'azione dannosa dell'agenti esterni e delle loro vicissitudini, e fosse altresì istruito delle pratiche indispensabili a seguirsi per mantenersi sano al ricorrere di ciascuna stagione. Pensammo subito di darli alla luce e di pubblicarle in questo calendario popolare, nel quale però non è stato possibile di inserirvi da parte di essi che sembra fosse destinata a scrivere di prefazione.

Prefazione

Quanto è utile ammaestrare il popolo intorno alle principali regole necessarie per la conservazione della salute altrettanto riescono nocivi per esse i libri di medicina

¹² Archivio Carlo Morelli: Pubblicazioni. Fascicolo 14 numero 6. Testo a stampa e fascicolo 18, numero22, manoscritto. Nepote del Sesto Cajo Baccelli Anno 1846. *Poche parole di un medico di campagna.*

domestica e familiare. E voglia il vero essendo presentata per mezzo loro siccome facile e certa un'arte difficile e incerta come la medicina avverrà frequentemente che il medesimo allettato da questa apparente facilità intraprendendo da per se la cura delle malattie si nocchia grandemente sia per avere errato il giudizio della natura e del grado di queste, sia perché adoprando mezzi di cura lievissimi lasci correre il tempo e l'occasione sfuggevole dell'opportunità della cura loro. E quando non vogliasi mettere sulla via di nuocersi e di rivolgere a proprio danno l'istrumenti appositamente per il suo benessere apparecchiati si bandiscano dalle sue mani libri siffatti e lo pensi che non per utilizzare in sulle affezioni dagli uomini si sono predicati da medici savi, siccome grandemente pericolosi, imperocchè istruire il popolo nell'arte del conoscere, e curare l'infermità fisiche, non è cosa agevole e sicura quanto l'educarlo alla corruzione dei diritti, e dei suoi doveri. Ma se andiamo a giudicare così per la minuta tal cose che d'altronde sono derivanti da sincere e lodevoli intenzioni che diremo della tolleranza dei ciarlatani? Converterà che a questa domanda replichi con il massimo laconismo altrimenti andando per le lunghe dovrei forse tanto da sembrare stravagante perché davvero la bile mi affumicherebbe la mente. Non so invero conciliare tante premure che meritamente si spendono per l'istituzione e la direzione degli Asili Infantili, e delle Casse di Risparmio con la tolleranza e la autorizzazione dei ciarlatani, di questi giocolatori della salute del popolo che spesso esitano a prezzo carissimo. Vedonsi tutta di questi ribaldi esposti sulle piazze alla pubblica vista circondati da documenti che con disdoro della medicina servir devono a dimostrare la loro idoneità in quest'arte in mezzo ad affollata udienza di popolo e redenzione, al quale attraggono denaro in premio della burla e della direzione, con le quali il di lui costo lo tengono a bada, adoprano ogni arte, e mezzi d'ogni maniera per accertarlo della sicura infallibile utilità del loro segreto contro ogni sorta di malanni, e mentre essi lo dicono, burlando l'infelice, la moltitudine se ne persuade tanto più perché leale, vitale in testimonio di ciò ed invocati i santi.

Estimansi fortunata di possederlo a qualunque costo, e non appena gravi o miti malori né sia qualcuno assalita, che con mano franca e con animo pieno di fiducia pone in opera lo specifico del ciurmadore, il quale risultando d'altronde di inutili

sostanze e cagione che non vincendo la malattia sotto posta alla cura conveniente in tempo debito, siane ricercata la medica aspettanza quando già è divenuta gravissima. E altri danni ancora mi è convenuto osservare nel mio lungo esercizio dell'arte medica dalla nequizia del ciarlatanismo prodotti, ed ho creduto per esempio per il servizio, l'Elixir del ciurmadore, aggravata la malattia infiammatoria di chi inconsideratamente li ebbe usati perché essendo sostanze stimolanti e risaldanti. Né è da rimproverarsi l'essere posti in uso dalla moltitudine che li adopera, ma chi permette al ciarlatano di spacciarli come medicamenti di malattie d'ogni specie. Ma qual ribrezzo ci assalirebbe se andassimo a riuscire scrupolosamente le vittime mietute dai ciarlatani infra i fanciulli, i quali per qualunque malattia sono indistintamente dalle affettuose, e credule madri, sollecitamente abbeverati con i malaugurati segreti di questi ciurmadori? Vi è stato fra loro chi ha perfino vantarsi di un rimedio preservativo della rabbia canina; vedete se può immaginarsi più scellerata ribalderia, mentre sappiamo non esservi che la sola ustione della parte morsicata dall'animale rabbioso, o sospetto d'esserlo, atta a preservare dallo sviluppo della rabbia sull'uomo e tanto è ciò vero che mentre ho dovuto vedere perire orribilmente vittime di questa malattia infelici, i quali per essergli stata persuasa l'efficacia di qualche segreto preservativo, furono distolti dall'abbruciarsi la parte infetta, mai non ha veduto perire per questo morbo spaventevole, che ricorsero sollecitamente ad abbruciare la parte morsicata dall'animale rabbioso o sospetto.

La gola, l'ustione dunque impedisce lo sviluppo dell'Idrofobia nell'Uomo né va creduto alle lusinghe dei ciarlatani che asseriscono il contrario, e quando si abbia in animo di preservare il bene del popolo è necessario impedire che lo vadano spacciando, e costringerli a tacere in quanto che nessuna fede meritano dai governi i ciarlatani ed il popolo molto ha da temere le ciance loro e se è vero che la penna di un medico è più pericolosa della spada d'un generale, la lingua del ciarlatano è più micidiale di una pestilenza.

Carlo Morelli

L'altra possibilità era di convincere gli editori dei quotidiani di ridurre le pubblicità dei ciarlatani, che promettevano rimedi miracolosi con l'utilizzo di creme o sciroppi per curare malattie completamente diverse tra loro, incrementando quelle delle farmacie, dando così un concreto impulso ad un'altra forma di scienza medica. Contestualmente, all'interno dei medesimi quotidiani, accettare sempre più articoli che riguardassero sia le nuove scoperte nel campo medico ma anche una vera e propria cronaca degli avvenimenti che coinvolgevano i medici, esortando la popolazione a partecipare alle loro riunioni e a tenere in debita considerazione le deduzioni e conclusioni indicate negli articoli pubblicati.

Tornando al titolo di questa relazione, credo si possa affermare che l'importanza della Comunicazione non fosse indirizzata verso un solo oggetto, ma che abbracciasse tutta la sfera di competenza dei nuovi soldati della scienza medica.

Sollecitare i giovani medici ad esprimere le proprie idee sorte dall'Illuminismo e cresciute nel Risorgimento associandosi remando all'unisono, coinvolgendo le forze politiche abbattendo tutti i confini e le barricate, non avere il timore della censura per le lettere "franco frontiera", combattendo per la libertà instaurando un dialogo diretto con il popolo in modo tale da potergli garantire il diritto dell'assistenza, aiutandolo a crearsi il diritto alla salute che dipendeva sia dalla capacità dei medici e delle istituzioni ma anche dalla presa di coscienza del popolo stesso.

All'Università prima, nella Società medica di reciproca istruzione e nella Cronaca Medica poi, il manipolo di giovani medici non si disunì ma crebbe in numero e in forza contribuendo certamente alla formazione del Regno d'Italia, ma soprattutto, a rendere possibile il dogma stabilito sui banchi di scuola già espresso in premessa: cercare di rendere ogni vita degna di essere vissuta.

Il “Fondo Foà” quale preziosa fonte di documentazione storico-medica dell’Anatomia Patologica tra XIX e XX secolo

L. Ferrari¹, A. Bargoni²

¹ Università di Torino (luisa_ferrari@libero.it), ²Università di Torino (alessandro.bargoni@unito.it)

Riassunto

Il Fondo Foà è costituito da una raccolta di circa 12000 pubblicazioni scientifiche originali mandate al Professor Pio Foà dai colleghi della comunità scientifica nazionale ed internazionale nel periodo a cavallo tra la fine del XIX e i primi due decenni del XX secolo. Nel 2020, è stato avviato un intervento di recupero conservativo e di inventario che l'ha reso ora fruibile presso i locali della biblioteca dell'Accademia di Medicina di Torino.

Summary

The Foà Fund consists of a collection of some 12000 original scientific publications sent to Professor Pio Foà by colleagues from the national and international scientific community between the end of the 19th century and the first two decades of the 20th century. In 2020, a conservation and inventory recovery operation was completed that has now made it available at the library of the Turin Academy of Medicine.

Parole chiave

Pio Foà, storia della medicina, storia dell'anatomia patologica, paleopatologia

Keywords

Pio Foà, history of medicine, history of pathology, paleopathology

Il Professor Pio Foà, nato a Sabbioneta nel 1848, prese la direzione dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Torino nel 1894.

Negli studi dimostrò uno spirito particolarmente innovativo, testimoniato anche dal gran numero di reperti di patologia neoplastica allestiti in liquido per il Museo di Anatomia Patologica dell'Istituto. Questo Museo, che ebbe inizio nel 1818, conobbe proprio durante il periodo della direzione del Professor Foà il suo massimo splendore.

Quanto rimane dei reperti museali dopo vari eventi avversi che si sono verificati nel corso degli anni è tutt'ora conservato presso l'Istituto universitario di Anatomia Patologica dell'Università di Torino. Oltre alla patologia neoplastica, che in quegli anni iniziava ad essere approfondita in senso moderno, il prof. Foà rivolse il suo interesse alla patologia infettiva ed in particolare allo studio delle polmoniti che, ora come allora, rappresentavano una delle principali cause di decesso.

Oltre ai reperti museali appartengono alla sua eredità scientifica anche i cataloghi autoptici originali, sempre conservati presso l'Istituto e la raccolta di pubblicazioni scientifiche che costituisce il Fondo Foà.

Tale raccolta è presente presso la biblioteca dell'Accademia di Medicina di Torino, storica istituzione fondata nel 1819 di cui Foà fu membro.

Stante la precarietà delle sue condizioni, nel 2020, è stata oggetto di recupero conservativo ed inventario. Sono presenti circa 12000 articoli originali inviati al Professor Foà dai colleghi della società scientifica anatomopatologica e non solo, alcuni autografati con dedica.

Gli articoli risultavano già in origine suddivisi in base agli argomenti e tale forma di inventario è stata rispettata, ponendoli in raccoglitori nuovi, idonei a conservarli in condizioni ottimali. Nel corso dell'intervento di recupero si è provveduto anche alla digitalizzazione di parte delle pubblicazioni risulta ora consultabile nel catalogo OPAC SBN.

L'importanza del Fondo Foà è rilevante per la storia della medicina e dell'anatomia patologica in quanto sono presenti aspetti non sempre noti di un periodo storico molto fecondo in termini di sperimentazione scientifica; in tale periodo si ebbe la pandemia di Influenza Spagnola e numerosi sono gli articoli presenti sull'argomento; inoltre, si ebbe quel fenomeno ancora non del tutto chiarito dell'epidemia di Encefalite Letargica. La possibilità di poter arricchire la conoscenza bibliografica dell'epoca con articoli non ancora ben conosciuti è quindi preziosa e offre nuovi orizzonti di studio.

Bibliografia

Biblioteca dell'Accademia di Medicina di Torino, *Fondo Foà*.

Stati patologici comuni in epoca medioevale secondo le parole di frate Jacopone da Todi

L.Ferrari¹, F. Zampieri²

¹ Anatomia Patologica, Ospedale Cardinal Massaia, Asti (luisa_ferrari@libero.it); ² Unità di Storia della Medicina, Dipartimento di Scienze Cardio-toraco-vascolari e di Sanità Pubblica, Università di Padova

Riassunto

La Laude "O Signor, per cortesia" scritta da frate Jacopone da Todi (1230/1236 – 1306) è un'invocazione a Dio per poter ricevere svariate malattie come mortificazione del corpo. L'elenco accurato di queste malattie rende il testo rilevante fonte di documentazione paleopatologica delle malattie più comuni nel periodo medioevale in cui visse Jacopone da Todi.

Summary

The Laude "O Signor, per cortesia" written by friar Jacopone da Todi (1230/1236 - 1306) is an invocation to God to receive various diseases as mortification of the body. The accurate list of these diseases makes the text a relevant source for paleopathological documentation of the most common diseases in the medieval period when Jacopone da Todi lived.

Parole chiave

Paleopatologia, storia medioevale

Keywords

Paleopathology, medieval history

Brevi note biografiche sulla vita di Frate Jacopone da Todi

Stante che le notizie sulla vita di Frate Jacopone da Todi sono purtroppo limitate, si pone la sua nascita con il nome di famiglia di Jacopo de' Benedetti tra il 1230 e il 1236.

Nel 1268, in seguito alla tragica morte della moglie Vanna di Bernardino di Guidone, lasciò la sua vita benestante e gaudente, vagando e affidandosi alle elemosine del prossimo fino al 1278 quando divenne frate laico a Pantanelli vicino a Terni. La corrente cui aderì era quella degli spirituali, improntata ad un maggior rigore secondo la Regola Francescana in opposizione alla corrente moderata dei conventuali. Riconosciuti ufficialmente da Papa Celestino V nel 1294, gli spirituali vennero avversati dal suo successore Bonifacio VIII e lo stesso Jacopone aderì al Manifesto di Lunghezza con cui si dichiarava la nullità dell'abdicazione di Celestino V e di conseguenza l'ascesa di Bonifacio VIII. Il Papa replicò con la scomunica dei firmatari e, in seguito alla caduta di Palestrina nel 1298, Jacopone venne processato e rimase imprigionato fino al 1303, quando venne liberato da Benedetto XI, successore di Bonifacio VIII. Morì la notte di Natale del 1306 ed è venerato come Beato della Chiesa cattolica. I suoi resti riposano presso la Chiesa di San Fortunato a Todi.

La Laude "O Signor per cortesia"

L'opera letteraria di Jacopone da Todi si distingue per la composizione delle Laudi, nelle quali spicca in modo costante la sua condanna all'inutile vanità umana. Tra le oltre trecento Laudi che gli vennero attribuite nel corso dei secoli, poi ridotte a circa un centinaio in seguito a revisioni storiche più recenti, appare rilevante per la documentazione paleopatologica la Laude 81 "O Signor per cortesia". In essa compare una veemente richiesta di mortificazione corporale che si esplica in un elenco meticoloso degli stati patologici più comuni dell'epoca. Le alterazioni patologiche che vengono nominate sono complessivamente trentasei, passando da stati ben noti e riconoscibili come la "malsania" ovvero la lebbra o il "mal caduco" ovvero l'epilessia ad altri meno caratterizzati come un aggravato male ai testicoli "mal de cóglia sì me agrava" o un, peraltro, non meglio indagabile "feter fetente" probabilmente invocato come pura mortificazione corporale.

Il testo, estremamente evocativo per un uso sapiente del linguaggio, rispecchia quindi fedelmente quelle che erano le patologie più comuni dell'epoca di Jacopone. L'invocazione di mali non immediatamente letali trova spiegazione nella necessità spirituale di un martirio protratto che non porti al subitaneo decesso. La morte viene nominata come conclusiva di tale doloroso percorso senza specificarne la causa, ne è rilevante infatti solo che sia "dura morte", senza risparmio di sofferenza.

Considerazioni

La documentazione scritta è materiale paleopatologico complementare allo studio dei resti umani biologici. I maggiori eventi infettivi di portata epidemica, ad esempio, hanno una precisa documentazione letteraria o storica, come la pestilenza di Atene del 429 a.C. descritta da Tucidide o la peste milanese del 1630 narrata da Alessandro Manzoni nel romanzo I Promessi Sposi. Fa curiosa eccezione a questo la pandemia di Influenza Spagnola che si diffuse a livello mondiale tra il 1918 e 1920, per la quale le testimonianze scritte risultano eccezionalmente scarse rispetto alla drammatica portata dell'evento ed in genere di carattere scientifico.

La documentazione di patologie comuni in epoca antica è ben più rara e in questo risiede il valore storico e paleopatologico del testo poetico di Jacopone da Todi.

Bibliografia

JACOPONE DA TODI, *Opere di Jacopone da Todi*, Edizioni La Biblioteca Digitale, 2013.

P. MAFFEO, *Jacopone da Todi*, Edizioni Ancora, 2014.

L'eredità scientifica di Pio Foà quale patrimonio museale anatomopatologico

L. Ferrari¹ M. Papotti²

¹Università di Torino (luisa_ferrari@libero.it); ²Direttore Anatomia patologica Università di Torino

Riassunto

Durante la Direzione del Professor Pio Foà, dal 1885 al 1923, il Museo di Anatomia Patologica dell'Università di Torino si arricchì di reperti in liquido caratterizzati da un maggiore interesse scientifico per patologie sia infettive che neoplastiche spesso con minore impatto per l'osservatore. Tale collezione è ancora in parte presente presso l'Istituto di Anatomia Patologica ed è stato recentemente oggetto di intervento conservativo e rivalutazione. L'eredità scientifica di Pio Foà si riflette quindi in questo archivio biologico dalle potenzialità di studio ancora poco indagate.

Summary

During the Direction of Professor Pio Foà, From 1885 to 1923, the Museum of Pathological Anatomy of the University of Turin was enriched with liquid finds characterized by a greater scientific interest for both infectious and neoplastic pathologies often with less impact for the observer. This collection is still partly present at the Institute of Pathological Anatomy and has recently been subject to conservative intervention and re-evaluation. The scientific legacy of Pio Foà is therefore reflected in this biological archive with little yet investigated study potential.

Parole chiave

Museo di anatomia patologica, storia dell'anatomia patologica, paleopatologia

Keywords

Pathology museum, history of pathology, paleopathology

Il Professor Pio Foà (Sabbioneta 1848-Torino 1923) assunse la direzione dell'Istituto di Anatomia Patologica di Torino nel 1884, succedendo a Vittorio Colomiatti (1848-1883) scomparso prematuramente.

Presso l'Istituto torinese era presente un Museo di Anatomia Patologica fondato nel 1815 da Giovanni Pietro Gallo (1785-1862). Con l'arrivo di Pio Foà la collezione venne arricchita di reperti allestiti in liquido che testimoniano il suo interesse sia per le patologie infettive più comuni all'epoca come tubercolosi e sifilide che per quelle neoplastiche. Queste ultime rappresentano un aspetto peculiare nella musealizzazione anatomopatologica perché spesso non presentano quel carattere di spettacolarità che era proprio di quelli che si possono considerare i predecessori dei musei anatomopatologici, ovvero le Wunderkammern. I casi neoplastici allestiti in liquido sono spesso poco significativi per l'osservatore mentre hanno un notevole valore scientifico e questo sottolinea la modernità di Pio Foà nell'attività museale.

I reperti allestiti durante il periodo della sua direzione sono tutt'ora individuabili in base dell'etichetta originale presente sui reperti, che riporta, sebbene non in modo costante, la diagnosi originale dell'epoca, la data, il numero di referto autoptico e la serie, ovvero se durante la direzione di Pio Foà o del suo successore Ferruccio Vanzetti (1873-1942). Il Museo di Anatomia Patologica venne infatti arricchito ulteriormente dall'opera del Professor Vanzetti, piombando negli anni successivi in uno stato progressivo di abbandono.

Nell'anno 1997, è iniziato un progetto di recupero e valorizzazione dei reperti, circa un migliaio, ancora presenti nel locale dell'Istituto adibito a museo. Tale progetto è poi proseguito nel corso degli anni, durante i quali si è avuta anche la perdita di un'ingente quantità di reperti a causa di un allagamento.

Attualmente, i casi della collezione superstite appartenenti alla Serie Foà sono 110 su un totale di 283 reperti in stato originale. Questi reperti sono conservati in liquidi la cui composizione chimico-fisica è in fase di studio presso il Dipartimento di Chimica dell'Università di Torino. La conservazione in liquido ha permesso il mantenimento delle caratteristiche istomorfologiche dei reperti che possono così essere studiati con le tecniche moderne dell'Anatomia Patologica, sia standard che con adattamenti in casi peculiari.

È quindi possibile lo studio di patologie espresse nella loro storia naturale in era preantibiotica e spesso senza alcun intervento medico o chirurgico. L'interesse per tale studio è sia paleopatologico che storico-medico stante la potenzialità di questo archivio biologico.

L'eredità di Pio Foà non è dunque solo legata ai suoi scritti ma rimane in forma tangibile come patrimonio scientifico da salvaguardare con assoluta attenzione.

Bibliografia

L.FERRARI, *From body preservation to Pathology Museums in Italy: conservation and modern value of a historical and biological archive* "Medicina nei secoli" 33/3 (2021) 441-482.

E.FULCHERI, *I musei di anatomia patologica: un settore troppo trascurato della museologia scientifica, degno di riconsiderazione*, "Pathologica", 88/4, 1996, pp. 291-296.

Il Museo Teratologico di Medicina Legale ed Anatomia Patologica dell'Università di Genova: fasi preliminari di conservazione e studio di una preziosa collezione paleopatologica feto-perinatale

¹L. Ferrari, ²A. Bonsignore, ³F. Buffelli, ²E. Fulcheri,
⁴G. Minetti

¹ASL Asti (luisa_ferrari@libero.it); ² Università di Genova, ³ Istituto Giannina Gaslini Genova, ⁴ ASL Alessandria

Riassunto

Presso l'Università di Genova è presente una collezione di preparati composta da 19 casi di feti a termine, verosimilmente appartenenti allo storico Museo di Medicina. La recente catalogazione ha consentito di identificare le patologie come malformative e prevalentemente appartenenti ai Difetti del Tubo Neurale. I casi disseccati per evaporazione del liquido sono stati sottoposti ad indagine TAC per l'approfondimento diagnostico mirato alla futura esposizione museale.

Summary

At the University of Genoa there is a collection of wet specimens composed of 19 cases of foetuses, probably belonging to the historical Museum of Forensic Medicine. The recent cataloguing has allowed to identify the pathologies as malformative and mainly belonging to the Neural Tube Defects. The cases dissected by evaporation

of the liquid were examined with the TAC for the diagnostic investigation aimed at the future museum exhibition.

Parole chiave

Museo di anatomia patologica, museo di medicina legale, teratologia, paleopatologia

Keywords

Pathology museum, museum of forensic medicine, teratology, paleopathology

Le collezioni museali antiche rappresentano un patrimonio storico e biologico unico in quanto permettono lo studio di reperti che esprimono la storia naturale delle malattie, senza intervento terapeutico e diagnostico.

Questo valore generale delle collezioni è ancora maggiore per le raccolte fetali di reperti teratologici, dando la possibilità di approfondire aspetti non altrimenti conoscibili della patologia malformativa.

Una collezione di recente scoperta è conservata presso l'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Genova; si tratta complessivamente di 19 reperti in barattoli di vetro la cui fattura era tipica nei primi decenni del secolo XIX. Seppure in assenza di documentazione in grado di attestarlo con certezza, pare del tutto verosimile che i feti appartenessero alla collezione del Museo di Medicina Legale, ora dismesso.

Questi reperti erano stati allestiti in liquido, quindi inizialmente fissati e poi riposti nei barattoli con un liquido di dimora a composizione al momento sconosciuta, ma che sarà oggetto di indagini chimico fisiche successive.

La catalogazione preliminare ha evidenziato che si tratta di una collezione accentrata sui Difetti del Tubo Neurale e questo ne accentua la peculiarità.

Quattro di questi reperti si presentano completamente privi di liquido di dimora per progressiva evaporazione e la loro consistenza attuale appare paragonabile a quella dei reperti mummificati sebbene la tipologia di allestimento sia differente.

Il loro eccellente stato di conservazione ne ha consentito lo studio TAC per verificarne la morfologia interna con autopsia virtuale. L'indagine TAC ha consentito anche di apprezzare con precisione la struttura scheletrica, che in passato era possibile studiare solo con la macerazione del reperto e la conseguente perdita delle parti molli. L'esposizione museale, meno informativa se limitata al solo aspetto macroscopico, risulterà quindi completa e consentirà di conoscere maggiormente aspetti di patologie meno conosciute negli stati finali di sviluppo fetale.

Bibliografia

L.FERRARI, S.MICALIZIO, O.CAVALLO, G.DAZZO, E.FULCHERI, *Rivalutazione biologica delle collezioni naturalistiche di teratologia*, "Journal of Biological Research", vol.79, No1, 2003, pp. 79-95.

E.FULCHERI, *I musei di anatomia patologica: un settore troppo trascurato della museologia scientifica, degno di riconsiderazione*, "Pathologica", 88/4, 1996, pp. 291-296.

E.FULCHERI, F.BUFFELLI, *Patologia dell'embrione e del feto* in Manuale di Anatomia Patologica Funzionale, Edizioni Minerva Medica, 2022.

Malaria e Insula Caprulense

Pietro Formentini

Società Italiana di Storia della Medicina (pietro.formentini@alice.it)

Riassunto

Questo lavoro tratta della più importante bonifica eseguita in Italia da privati, la bonifica di Cà Corniani. La malaria fu vinta per l'opera sinergica dei medici e dei bonificatori. Viene evidenziato come una zona fertile diventa paludosa per l'intervento antropico. Viene evidenziato il ruolo del regime fascista ed il ruolo della borghesia di origine ebraica e di antifascisti, quali Silvio Trentin nella realizzazione della bonifica di Cà Corniani.

Summary

This work speaks about the most important italian private reclamation, the reclamation of Cà Corniani.

Malaria was won by doctors and reclamators. Is highlighted that a fertile area becomes a swamp for the intervention of man. Is highlighted the role of the fascist regim and the role of Jewish bourgeoisie and of antifascist as Silvio Trentin to realize the reclamation of Cà Corniani

Parole chiave

Malaria, zanzara, bonifica, fascismo

Keywords

Malaria, mosquito, reclamation, fascist regim

La malaria (mal aria) o paludismo è una malattia dell'ecosistema in cui si sviluppa, Fino agli esordi del 900 si riteneva che la malaria fosse provocata dai miasmi delle paludi; invece è provocata da un parassita il plasmodio. Il plasmodio necessita di un vettore, la zanzara anofele. La prima descrizione del quadro clinico della malaria risale a Ippocrate che negli Aforismi descrive la tipica febbre intermittente. La malaria era una patologia assai frequente nell'antica Grecia. Giovanni Maria Lancisi (Roma 26 ottobre 1654 – Roma 20 gennaio 1720) intuì la possibilità della trasmissione della malaria per mezzo delle zanzare, egli affermò che la malaria fosse un'infezione trasmessa attraverso il contagio. Alphonse Laveran (Parigi 18 giugno 1845 – Parigi 18 maggio 1922) scoprì il microorganismo responsabile della malaria. Camillo Golgi nel 1889 dimostrò che gli attacchi febbrili si verificavano nel momento in cui gli sporozoit (stadio del ciclo del plasmodio) rompevano i globuli rossi e si liberavano nel circolo sanguigno. Ettore Marchiafava, Angelo Celli, Amico Bignami e Giuseppe Bastianelli a Roma, diedero importanti contributi allo studio del plasmodio. Nel 1894, Patrick Manson in Cina ipotizzò che il *Plasmodium* fosse trasmesso all'uomo da una zanzara. Ronald Ross trovò il parassita della malaria all'interno dello stomaco della zanzara *anopheles*. Nel 1898, Giovanni Battista Grassi, a Roma, identificò il vettore della malaria, e ottenne la prima trasmissione sperimentale. Nel 1899, descrisse il ciclo completo delle varie specie di plasmodium. Ross e Grassi si contesero aspramente la scoperta del vettore del Plasmodium. Per quanto attiene alla terapia furono i missionari gesuiti (attorno al 1630) che introdussero in Europa la polvere ottenuta dalla corteccia dell'albero della china che gli indigeni peruviani conoscevano per i potenti effetti antifebbrili

La malaria fu il più grave problema sanitario nel 1800 in tutto il nostro paese. In particolare, tutto il territorio che va da Ravenna all' Istria fu interessato da malaria grave. Questo lavoro tratta della lotta alla malaria nell'isola di Caorle, e più precisamente in una sua parte, la tenuta di Ca' Corniani che vide la prima e la maggiore bonifica integrale eseguita da privati in Italia. Caorle (isola delle capre) è un'isola che fu abitata già dai paleoveneti. Fu un centro prospero: colture di frutta, olivi, aveva numerosi porti e quindi commerci di legname (sylva) sale pesce. Nel 1038, fu edificata la cattedrale di Santo Stefano simbolo di una comunità ricca e, dopo lo scisma tricapitolino (VI VII secolo), divenne sede vescovile. Si fa risalire alla guerra di Chioggia (1378 – 1381) la decadenza della città e della diocesi. Caorle viene conquistata dai genovesi nel 1379. Il colpo di grazia venne dal fatto che (metà del 600), il doge Francesco Foscari deviò la foce del Piave al fine di tutelare le proprie bocche di porto; questo determinò l'interramento della laguna di Caorle e l'abbandono della terra da parte della gran parte degli abitanti. La palude era lasciata ai popolani per la pesca e la caccia (Privilegio delle Acque). Per combattere la malaria bisogna agire su due piani, la bonifica e le cure mediche. Come vivevano gli abitanti di questa landa fatta di palude, laguna e specchi vallivi? Vivevano assieme ai topi, in strutture di canne, nella sporcizia, analfabeti, denutriti, dediti alla raccolta di canne, alla caccia, alla pesca e a piccoli furti; non vi era acqua corrente e quindi, oltre alla malaria, imperversavano il tifo, il colera, la pellagra, il vaiolo, gli abitanti erano difficilmente raggiungibili.

I fiumi trasportano i detriti e ciò crea un imbonimento dei terreni, (bonifica per colmata). Questo fu un pretesto per la repubblica che nel 1642 divise l'intera palude in 20 prese (lotti) e le mise all'asta. Nel 1718, sette prese, fra la Livenza viva e la Livenza morta, furono acquistate da Domenico e Nicolò Cottoni di origine greca. Per Livenza vecchia si intende il corso rimasto vuoto della Livenza dopo la deviazione effettuata dai veneziani (Livenza nuova). I Cottoni eseguirono, nel 1720, qualche piccola opera di bonifica. Ai Cottoni subentrano nobili famiglie veneziane, fra cui menzioniamo prima i Corniani che vendono nel 1846 e cedono la terra ai Lattes che erano ebrei e volevano farvi delle risaie. Gerolamo Lattes vende nel 1851. A questo punto, al patriziato subentra la ricchezza dell'imprenditoria

mercantile e incontriamo le figure di Samuele della Vida, di origini ebraiche, direttore delle Assicurazioni Generali di Venezia e del segretario delle stesse, l'ingegnere Daniele Francesconi. All'epoca, la buona borghesia investì molto nell'acquisto di beni fondiari; fra questa, molte famiglie di origine ebraiche come i Sullan che incontreremo poi. Durante il primo secolo di attività, le Assicurazioni Generali si erano consolidate ed espansero anche grazie alla presenza determinante di azionisti e dirigenti di origine ebraica, dai Morpurgo ai Maurogonato, dai Levi Della Vida ai Treves de' Bonfili. In generale, l'imprenditoria finanziaria e assicurativa ebraica fu importante a Trieste e nell'impero austroungarico, nella prima metà dell'800, in parallelo alla prima industrializzazione e allo sviluppo delle bonifiche. Fu costruito un moderno centro agricolo dove i Corniani avevano la loro casa domenicale che fu chiamata Ca' Corniani. Furono costruite case in muratura per le famiglie che avevano ottenuto la mezzadria. Iniziarono grandi opere di bonifica dirette dall'ingegnere Attilio Spada: un impianto idrovoro come potenziamento delle arginature, nuovi canali di scolo, e lo spianamento dei terreni agricoli. La regina della bonifica è l'idrovora. Qui l'idrovora entrò in funzione nel 1839; era alimentata dal vapore, prodotto dalla combustione delle canne. Le pompe aspiravano l'acqua e, tramite un apposito canale, gettavano l'acqua aspirata nella Livenza vecchia.

La Prima guerra mondiale fu un punto di cesura e vi fu un notevole aumento di casi di malaria. Molte opere di bonifica furono distrutte, mentre i contadini soldati abbandonarono la cura dei campi. Il Veneto divenne un campo di battaglia e i soldati della terza armata crearono un addensamento di popolazione in zona malarica. Le trincee avevano sul fondo un ristagno di acqua. Dopo Caporetto, gli Italiani in fuga verso il Piave allagarono la tenuta; poi vennero gli austriaci che occuperanno per un anno il territorio.

Nel primo dopoguerra, vi fu un grande impulso delle bonifiche.

Nel marzo 1922, si tenne a San Donà di Piave il Congresso Nazionale delle Bonifiche in cui venne fissato il concetto di "bonifica integrale", allargandone la visione (e poi l'azione), dall'aspetto meramente idraulico e agricolo anche a quello umano, (bonifica integrale) soprattutto per merito di Silvio Trentin che fu un leader della resistenza nel Veneto. Chiese che i proprietari terrieri mettessero a

disposizione gratuitamente il chinino per i braccianti, installassero le zanzariere alle finestre dei lavoratori e avessero maggiore attenzione nell'evitare i ristagni d'acqua, la cosiddetta "piccola bonifica". Lo scontro con i proprietari terrieri fu molto aspro, soprattutto con la famiglia Sullan, che abbiamo visto era ebrea, ma Trentin vinse la sua battaglia, sostenuto anche da don Luigi Sturzo, fondatore del Partito popolare. Trentin era convinto che la mancanza di educazione dovuta alla povertà poteva essere superata dalla classe contadina qualora avesse la possibilità di progredire e di crescere dal punto di vista culturale ed economico. Vale a dire che per vincere la malaria occorreva la crescita dell'educazione dei lavoratori. Per vincere l'emergenza si costituì in Veneto, nel 1921, un comitato di medici malariologi che, in sintonia con altri enti e consorzi di bonifica, fu l'embrione dell'Istituto Autonomo per la lotta Antimalarica Delle Venezie, che fu riconosciuto nel 1923. Tale istituto provvide alla cura dei malati e alla profilassi tramite la capillare distribuzione di ambulatori antimalarici, di asili per bambini, di campagne antianofeliche mediante larvicidi (verde di Parigi) e insetticidi (petroli bidistillati prima dell'avvento del DDT) In palude fu introdotta la scardola, un pesce che vive bene in palude e si nutre di larve di zanzara. Furono allevati pipistrelli. L'Istituto si dedicò all'istruzione antimalarica presso le scuole e le comunità agricole e allo studio della distribuzione e delle caratteristiche delle specie vettrici; tenne corsi di formazione per infermiere e si fornì di ambulanze dedicate. Questo fu un unicum, dato che erano dotate di nursing e di un tecnico microscopista. Un problema era rappresentato dall'inadeguatezza delle strade. I corsi di formazione erano per giovani donne, di solito maestre, che impararono a collaborare con i medici: portavano il chinino agli ammalati. Il chinino non era molto gradito dato che aveva un gusto cattivo e provocava spesso disturbi dopo l'assunzione. Bisognava convincere i bambini, oltre agli adulti, ad assumerlo, cosa non era facile in un ambiente ignorante e fatalista. Le giovani monitoravano la situazione e riferivano al medico, facevano gli strisci che poi erano esaminati a Venezia da Pietro Sepulcri.

Pietro Sepulcri (1899 – 1980) che fu il più significativo dei malariologi veneti, aveva una sede di lavoro presso l'ospedale San Clemente a Venezia, ospedale psichiatrico, perché praticava la malarioterapia nella *tabe dorsale luetica*.

Durante il fascismo, con la battaglia del grano e l'autarchia, Cà Corniani raggiunse il massimo della produzione cerealicola ed ebbe finanziamenti statali che consentirono il completamento della bonifica. Vi è forse ancora il mito che il fascismo fece le bonifiche. Durante il fascismo, si investì in opere già iniziate, si affermò l'importanza di appoderare i terreni prosciugati, di predisporre sistemi di irrigazione moderni.

Il fascismo ereditò l'idea della bonifica integrale già nata e sviluppata in età liberale, anche per l'impegno dei socialisti. Il partito socialista era maggioritario a Caorle in epoca prefascista. Dopo la crisi economica del 1929, prima e dopo l'inizio della campagna d'Etiopia, quando le risorse cominciarono a scarseggiare, il regime concentrò queste risorse vicino a Roma, nell'Agro Pontino, perché la redenzione di quelle terre gli avrebbe dato sicuramente maggiore visibilità in patria e all'estero. Il fascismo autorizzò due medici, Giacomo Peroni e Onofrio Cirillo ad una ampia ed iniqua sperimentazione, che però non avvenne in Veneto, per realizzare il chinino autarchico, a base di mercurio, inefficace e dannoso.

Quindi il fascismo diede un contributo alla realizzazione della bonifica, non fece la bonifica. Vediamo cosa c'era nella tenuta.

Nel 900 fu costruita l'abitazione del medico con l'ambulatorio antimalarico. Vi erano la chiesa, la cantina per la produzione del vino, il caseificio, i gelsi per l'allevamento dei bachi da seta, il forno, la bottega di alimentari, l'ufficio postale e del telegrafo, l'asilo, la scuola elementare, la scuola serale, la scuola di bachicoltura, la scuola di taglio e cucito.

L'organizzazione delle case dei mezzadri e l'attrezzatura agricola erano all'avanguardia. Costanti erano la manutenzione e le opere migliorative. Vi erano il dopolavoro aziendale, il gruppo folcloristico e il cinematografo. Durante l'estate, i bambini andavano alla colonia marina di Caorle. Dal 1913, fu medico Ezio Mario Carlotto, molto apprezzato dalla popolazione. Nel 1950 morì e fu sostituito dal dr Filottimo D'Ambra. Il fascismo aveva ampio consenso. Quindi, molti erano i servizi e le condizioni dei contadini erano migliorate. La famiglia contadina veneta era molto numerosa, tutti i suoi membri lavoravano la terra, era cattolica e matriarcale. Piccole controversie potevano essere risolte con l'aiuto del parroco. Nel secondo

dopoguerra, quando ancora la metà dei lavoratori italiani era formata da contadini, le bonifiche ripresero, anche grazie alle risorse del Piano Marshall.

Nel 1946, gli americani portarono il DDT un insetticida ad azione residua che funziona bene in un ecosistema come l'Italia. Il DDT diede il colpo di grazia alle zanzare. Successivamente con la riforma agraria (riforma Segni) e con lo sviluppo del turismo marino di massa, la mezzadria andò in crisi. Le Generali assunsero direttamente la gestione della tenuta. In conclusione, a Caorle fu possibile debellare la malaria per l'azione sinergica dei medici e dei bonificatori. Nel territorio preso in esame, grazie alle Assicurazioni Generali.

Bibliografia essenziale

P. Tolentino, *Malaria* in "U. Teodori, trattato di patologia medica" SEU 1977, Vol I pp. 197-203

F. Benvegnù, L. Merzagora *Mal aere e acque meschizze: malaria e bonifica nel Veneto dal passato al presente*, Mazzanti Libri, Venezia 2000

P. F. Gusso *Cà Corniani Le terre delle Assicurazioni Generali tra Livenza viva e Livenza morta tra secoli di storia e trasformazioni*, Centro Ufficio S.R.L. Pasiano di Pordenone 2020

G. Corbellini *Storia della malaria in Italia*, Carrocci editore 2022

G. Musolino *Storia di Caorle*, La Tipografia Venezia 1967

Curare: voci del mondo antico

Stefania Fortuna

Università Politecnica delle Marche (s.fortuna@univpm.it)

Riassunto

Il presente contributo riguarda la cura nel mondo antico e mira a rispondere alle seguenti domande: chi cura, chi è curato, qual è il rapporto tra medico e paziente e come si evolve nel tempo? Particolare attenzione è riservata al ruolo delle donne come protagoniste della cura e dell'assistenza, come pure sono trattati i seguenti temi, l'interruzione di gravidanza e il fine vita.

Summary

This contribution concerns care in the ancient world and aims to answer the following questions: who cures, who is cured, what is the relationship between doctor and patient and how does it evolve over time? Particular attention is given to the role of women as protagonists of care and assistance, as well as the following bioethical issues, the termination of pregnancy and the end of life.

Parole chiave

Cura, Mondo antico, Donne, Medico, Paziente, Interruzione di gravidanza, Fine vita

Keywords

Care, Ancient world, Women, Doctor, Patient, Termination of pregnancy, End of life

La medicina antica presenta molteplici aspetti di interesse, dalle teorie della salute e della malattia alle pratiche terapeutiche, ma tra tutti si segnala il rapporto di cura, che offre un confronto particolarmente stimolante per i temi di grande attualità che coinvolge. A questo è dunque dedicato il contributo che qui si propone, articolato in tre parti che mirano a definire 1) chi cura, 2) chi è curato, 3) il rapporto che si stabilisce tra loro, ricostruendone l'evoluzione nel tempo e toccando questioni come il fine vita e l'interruzione di gravidanza.

Chi cura? Il ruolo delle donne e l'interruzione di gravidanza

Nelle civiltà antiche, compresa quella greco-romana, nonostante i grandi cambiamenti politici e istituzionali che nel tempo si verificano – dalla monarchia all'oligarchia e dalla democrazia ai regni ellenistici in Grecia, a Roma dalla monarchia alla repubblica e poi all'impero – i ruoli sociali rimangono pressoché gli stessi, con una forte differenza tra uomini e donne e una netta dipendenza o subordinazione delle seconde rispetto ai primi.

Agli uomini compete una vita attiva nella politica, nella gestione dello stato e nella sua difesa o nell'esercito, come pure nel lavoro o nelle iniziative economiche, produttive e commerciali. Le donne, invece, sono in genere relegate in casa, dove si occupano di tutte le attività utili alla famiglia, compresa la cura di chi si trova in casa perché sta crescendo, o perché si è ritirato, o perché si è dovuto fermare, ossia neonati, bambini, anziani e malati. La cura o l'assistenza è dunque sempre femminile nel mondo antico, come anche in seguito, senza godere di nessun riconoscimento sociale, perché non esce dall'ambito familiare.

La donna non partecipa, se non marginalmente, alla professionalizzazione della cura e della medicina che decolla in Grecia intorno al V sec. a.C., e ancor meno alla medicina colta che riguarda una piccola élite di chi si occupa professionalmente della cura. Infatti, tutte le opere di medicina sono scritte da uomini, medici o anche filosofi, comprese quelle che riguardano le donne, dal mondo antico in poi, per

tutta l'età moderna fino a quella contemporanea. Perché le donne abbiano una qualche visibilità nel mondo della medicina, bisogna aspettare la fine dell'Ottocento in tutta l'Europa.

Tra le grandi mediche pioniere, si segnala in Italia Maria Montessori (1870-1952), laureata in medicina nel 1896 e affermatasi per il famoso metodo pedagogico, oggi praticato in tutto il mondo, da lei elaborato a partire dall'esperienza con i bambini nel manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma. Da allora le donne hanno fatto un percorso virtuoso che le ha portate fino ai traguardi più ambiti, come dimostra il premio Nobel per la medicina assegnato nel 2023 a Katalin Karikò, una straordinaria scienziata ungherese emigrata negli Stati Uniti nel 1985, negli anni della guerra fredda, dove è riuscita con tenacia a sviluppare le sue ricerche sulla molecola dell'RNA messaggero (RNAm), che hanno permesso la messa a punto di vaccini innovativi; il più importante quello contro il Covid, essenziale nel superamento della recente pandemia.

Quanto all'Italia, è stata insignita del premio Nobel per la medicina nel 1986 una grandissima scienziata, Rita Levi Montalcini (1909-2012), nata e cresciuta a Torino, dove si è laureata nel 1936 e dove ha intrapreso le ricerche sul sistema nervoso, portate da lei avanti anche durante il periodo delle leggi razziali e dell'occupazione tedesca che l'hanno colpita in quanto ebrea. Andata negli Stati Uniti per un breve soggiorno, vi è rimasta per oltre trent'anni, arrivando qui, nei primi anni Cinquanta, alla scoperta del fattore di crescita della fibra nervosa che le è valso il premio Nobel. In quanto promotrice non solo della ricerca scientifica, ma anche di molteplici iniziative umanitarie e pacifiste, nel 2001 è stata nominata senatrice a vita. Questo e gli altri esempi citati mostrano l'affermazione delle donne in medicina, ma c'è ancora molto da fare. Non a caso, se si considerano i premi Nobel assegnati in medicina, il divario è netto e non colmabile in tempi brevi: ne sono andati 13 alle donne, 208 agli uomini.

Per quanto riguarda il mondo antico, testimonianze sulla centralità delle donne nella cura ci vengono dai miti, innanzi tutto, che sono paradigmi del comportamento. Si ricorda l'episodio del riconoscimento di Ulisse, ritornato a Itaca, da parte della nutrice Euriclea nell'*Odissea* XIX 349-472: avviene attraverso

la cicatrice alla gamba, esito di una ferita che Ulisse si era procurato da giovane nella caccia al cinghiale sul monte Parnaso e che la nutrice a suo tempo aveva curato.

Quando Edipo, che era stato re di Tebe, è ormai vecchio e malato, è assistito dalle figlie Antigone e Ismene. In particolare, è Antigone che lo accompagna ad Atene, dove Edipo conclude la sua vita nel bosco sacro di Colono, secondo il mito raccontato da Sofocle nell'omonima tragedia.

Quando Telemaco, figlio di Ulisse, giunge alla corte di Sparta per avere notizie del padre dal re Menelao, suscitando commozione e tristezza in tutti i presenti, è la regina Elena che versa subito nel vino un farmaco capace di placare ogni dolore, νηπενθές (dove νη- esprime la negazione e πένθος significa dolore), insomma capace di opporsi al dolore (*Odissea* IV 220-232). In quest'ultimo passo, si afferma anche che Elena aveva ricevuto il farmaco tanto efficace da realizzare quello che sarà poi definito come lo scopo principale della medicina, eliminare o placare il dolore, da una donna egizia, Polidamna, moglie di Tone, discendente in ultimo di Peone, il dio che cura gli dèi in epoca omerica, prima del decollo del culto di Asclepio.

Nella mitologia greca, dunque, ci sono figure femminili che conoscono farmaci e una tradizione di trasmissione femminile di conoscenze farmacologiche. Oltre a Elena, si possono citare Medea e Circe, due maghe tra loro imparentate, capaci di preparare farmaci potenti e di utilizzarli in modo poco rassicurante, evidentemente perché donne che possedevano competenze di questo tipo erano temibili.

Nel mondo antico, alle donne è riconosciuto un ruolo soprattutto nell'ambito dell'ostetricia, della ginecologia, puericultura e pediatria, quindi nella cura delle altre donne, dei neonati e dei bambini di cui queste si occupavano, e nell'assistenza al parto, il cui valore centrale nella vita della donna, era soprattutto legato alla riproduzione, come pure in quella della famiglia e della comunità. Le iscrizioni ci testimoniano che nel mondo antico, principalmente in epoca romana, c'erano donne che avevano competenze mediche che riguardavano anche gli uomini, tuttavia sono minoritarie. Lo stesso numero di donne ostetriche e/o mediche conosciute nel mondo antico è nel complesso oggi più consistente rispetto al

passato, perché nuovi materiali archeologici sono stati reperiti, una trentina circa, numero comunque limitato.

La più antica testimonianza materiale di una donna impegnata in medicina è la stele funeraria di Fanostrate del IV sec. a.C., ritrovata ad Acarne, un sobborgo di Atene, e ora conservata al Museo archeologico nazionale di Atene. Rappresenta una donna seduta, Fanostrate, insieme con un'altra donna in piedi e quattro bambini, che dovevano essere i suoi pazienti. Il nome è restituito dall'iscrizione che la definisce ostetrica (μαῖα) e medico (ἰατρός) e la ricorda per non aver mai causato dolore a nessuno (λυπηρά da λύπη, che significa dolore), forse perché praticava una medicina dolce, coerente comunque con il principio di beneficalità "giovare e non essere di danno" o "*primum non nocere*", presente nei testi più antichi della *Collezione ippocratica* e centrale nel *Giuramento* di Ippocrate.

Negli stessi anni o poco prima, Platone (428/427-348/347 a.C.) descrive l'ostetrica e i suoi compiti parlando della madre di Socrate nel *Teeteto 149*, introdotta perché con la sua attività avrebbe ispirato il metodo conoscitivo del figlio, detto per l'appunto maieutico. All'epoca, l'ostetrica non era una vera professionista, come lo sarà nella Roma imperiale, ma aveva già interessanti caratteristiche che rimarranno nel tempo. Intanto era esperta in questioni sessuali e quindi capace di diagnosticare la gravidanza. Il suo compito principale era però l'impegno al momento del parto, quello di facilitarlo placando il dolore delle contrazioni con particolari piante e formule magiche di cui era a conoscenza. Inoltre, a lei toccava sopprimere il neonato, quando pareva opportuno. Platone non dà dettagli al riguardo, cioè non spiega quando fosse opportuno praticare quello che ragionevolmente si deve definire infanticidio. Su questo supplisce Sorano di Efeso (II sec. d.C.), il più grande ginecologo del mondo antico, autore dell'unica opera completa o quasi di ginecologia e ostetricia che ci sia giunta in greco, intitolata *Gynaecia*, a lungo conosciuta attraverso traduzioni e riduzioni latine, come quelle di Celio Aureliano (V sec.) e di Mustione (VI sec.). Il solo manoscritto che la conserva, infatti, è stato scoperto nel 1830. Qui sono contenute conoscenze e pratiche molto evolute e raffinate, non paragonabili a quelle tramandate nei trattati ginecologici della *Collezione ippocratica* del V-IV sec. a.C.

Sorano descrive l'ostetrica come una donna istruita e intraprendente, con caratteristiche simili a quelle che deve avere il medico, secondo i trattati ippocratici deontologici di età ellenistica e romana. Tra i suoi compiti, subito dopo il parto, c'è quello di esaminare il neonato, sistemato a terra, e di accertarsi che possa essere sollevato perché sia affidato alle donne. Sorano elenca con grande precisione tutti i casi che impongono all'ostetrica di lasciare il neonato a terra e di fatto condannarlo alla morte. Sono nove e riguardano malformazioni, disfunzioni, asimmetrie degli arti, astenia, insensibilità, nascita prematura, includendo anche i problemi di salute della madre durante la gravidanza.

La nascita non coincide, nel mondo antico, con il diritto alla vita, che passa prima per l'esame dell'ostetrica che valuta la piena salute del neonato, indispensabile perché questo possa essere preso in carico dalla madre e dalle donne che l'assistono. Ma è poi la comunità degli uomini o il capofamiglia a decidere se il neonato sarà effettivamente allevato oppure allontanato perché ritenuto di troppo. L'infanticidio o l'abbandono era una pratica diffusa nel mondo antico, da Sparta a Roma, soprattutto nel caso di bambini deformati, ma non solo di questi. Rimane anche in seguito, in tutte le società contadine basate su risorse limitate, compresa l'Europa cristiana, come strumento di controllo delle nascite.

La letteratura ginecologica greca, dalla *Collezione ippocratica* ai *Gynaecia* di Sorano, ci parla variamente di farmaci e rimedi contraccettivi, abortivi, fino all'intervento di embriotomia che si faceva quando il parto non decollava, non necessariamente su feto morto. Sorano è esplicito al riguardo e senza esitazione si esprime a favore della vita della donna (IV 3, 61):

Se il feto non risponde alla trazione manuale, a causa delle sue dimensioni o della necrosi o di un qualsiasi impedimento, bisogna ricorrere a metodi più energici, l'estrazione attraverso gli uncini e l'embriotomia. Infatti, anche se il feto muore, è tuttavia necessario prendersi cura della madre.

La donna non aveva nessuna indipendenza e autonomia nel mondo antico e il suo valore era legato principalmente alle capacità riproduttive, ma una vita esistente doveva essere difesa e anteposta a quella che non era ancora iniziata.

2. Chi è curato? I pazienti e il fine vita

I testi più antichi della medicina greca, quelli della *Collezione ippocratica*, chiariscono in modo inequivocabile le caratteristiche dei loro pazienti. Nell'esordio del *Prognostico*, un manuale di semeiotica di grande fortuna, datato 430 a.C. e utilizzato nell'insegnamento universitario fino all'Ottocento, l'autore insiste sull'importanza di valutare la condizione del malato che chiede di essere curato, di saper fare precise diagnosi e prognosi, perché la terapia deve essere rivolta soltanto a chi è in grado di sopravvivere (cap. 1):

Impossibile guarire tutti i malati: e questo sarebbe ancor meglio che prevedere il corso futuro degli eventi. Ma poiché gli uomini muoiono, [...] di tali malattie occorre sapere la natura [...] e imparare a prevederle. In tal modo si sarà giustamente ammirati e si diventerà buoni medici. Infatti, tanto meglio ci si potrà prender cura di chi è in grado di sopravvivere, quanto più tempo si avrà avuto per prepararsi a far fronte agli eventi.

Quando il medico diventa un professionista nella Grecia del V sec. a.C., ai tempi di Ippocrate o poco prima, per guadagnarsi da vivere non si insedia stabilmente in una comunità, perché in genere questa è troppo piccola per potergli offrire un lavoro continuativo. Piuttosto, il medico è itinerante, si sposta da una città all'altra, da un'isola all'altra, alla ricerca di malati da curare e di studenti a cui insegnare la medicina, facendosi pagare dagli uni e dagli altri. Il successo terapeutico è fondamentale per la sua reputazione e per il suo guadagno. Quindi fondamentale è anche selezionare i pazienti e non prendersi in carico chi è sopraffatto dalla malattia e destinato a morire. Nel mondo antico, la morte è un evento drammatico

e luttuoso, comunque naturale, a cui nessuno può opporsi, neppure il medico che deve tenersene lontano.

Che il medico debba occuparsi soltanto di pazienti in grado di guarire è ripetuto in numerosi passi dei trattati della *Collezione ippocratica*, tra cui l'*Arte*, un testo scritto in difesa della medicina verso fine del V sec., con argomentazioni che vengono dalla retorica (cap. 3):

In primo luogo, definirò ciò che ritengo essere la medicina: in prima approssimazione, liberare i malati dalle sofferenze e contenere la violenza delle malattie, e non curare chi è ormai sopraffatto dal male, sapendo che questo la medicina non può farlo.

In questo passo si definisce lo scopo della medicina, quello di eliminare il dolore o di ridurlo, lo stesso fine che si ponevano la regina Elena e l'ostetrica Fanostrate, come pure si definiscono i pazienti, che non debbono essere sopraffatti dalla malattia, perché il medico possa prenderli in cura.

Il medico deve comunque conoscere e riconoscere malattie o sintomi gravi e nel *Prognostico*, per esempio, è descritta la famosa maschera di Ippocrate, ossia i sintomi che si presentano sul corpo del paziente in prossimità della morte. Il medico ippocratico, tuttavia, diversamente da quanto affermato, sembra curare pazienti gravi, come risulta dalle *Epidemie*, una raccolta di cartelle cliniche in sette libri, scritte da autori diversi tra il 420 e il 350 a.C. Qui prevalgono il realismo e la registrazione dei sintomi dei pazienti nell'evoluzione della loro malattia, che ha spesso esito fatale. Nella storia di Filisco in *Epidemie 126*, l'uomo si ammala e muore in sei giorni; il medico descrive la malattia nei dettagli e cerca all'inizio di curarlo praticandogli un clistere che sembra avere un effetto positivo. Il caso è celeberrimo perché studiato dal grande storico della medicina Mirko Grmek (1924-2000), che ha fatto una brillante retrodiagnosi di malaria acuta.

Certo è che la medicina classica si occupa di restituire la salute, non del fine vita, e lo stesso avviene successivamente, fino alla Roma imperiale, quando Galeno (129-199 d.C.) propone una medicalizzazione della vita o una medicina dietetica e

preventiva rivolta a chi idealmente sia in grado di dedicarsi alla propria salute in modo esclusivo o quasi, sotto la sua guida. I pazienti di Galeno erano comunque esponenti dell'élite romana, compresi gli imperatori, da Marco Aurelio ai suoi successori. I medici ippocratici e i medici antichi, in generale, usavano farmaci tossici, come l'elleboro, la cicuta e l'oppio, consapevoli della loro pericolosità, per calmare il dolore o per provocare e riattivare processi fisiologici che erano bloccati, sempre però con l'intento di curare.

Storie che riguardano farmaci che inducono la morte ci vengono da altre fonti rispetto a quelle mediche. Teofrasto (371-287 a.C.), il successore di Aristotele alla guida del Liceo, ci racconta del medico Trasia di Mantinea (IV sec. a.C.) che aveva raggiunto grande fama per aver messo a punto un farmaco capace di garantire una morte dolce, "rapida e indolore", a base di cicuta e oppio; afferma inoltre che anche il discepolo Alexias sapeva produrlo (*Historia plantarum*, IX 16, 8). Non sorprende perché era un esperto di farmaci o un medico chi aveva preparato il farmaco letale per Socrate, condannato a morte nel 399 a.C.

Inoltre, l'erudito bizantino Stobeo (V sec. d.C.), autore di un'antologia della letteratura greca, riporta la storia di Erasistrato di Ceo, medico e grande anatomista del III sec. a.C., che ormai vecchio, si sarebbe suicidato bevendo la cicuta per mettere fine alle sofferenze che una ferita gli procurava al piede (fr. 3 G). Questo gesto non aveva scalfito la fama di Erasistrato, perché nel mondo greco-romano il suicidio non è né sanzionato né giudicato negativo. Al contrario, può avere un significato positivo in quanto estrema difesa della propria dignità e integrità che sono sotto minaccia, come dimostra l'esempio famoso di Catone l'Uticense, strenuo difensore della Repubblica e nemico di Giulio Cesare.

Esecrabile è compiere delitti attraverso i farmaci, come pure accadeva nell'ambito delle lotte di potere nelle corti ellenistiche e romane, in cui i medici o gli esperti di farmaci erano di fatto coinvolti. C'è una letteratura latina, da Catone il Censore a Plinio, che accusa i medici greci di essere nefasti, avidi e spregiudicati. Lo storico Tacito ci restituisce il ritratto del medico greco Stertino Senofonte che avrebbe aiutato Agrippina a uccidere il marito, l'imperatore Claudio, per favorire l'ascesa al trono del figlio Nerone, in cambio di un'infame ricompensa.

3. Il rapporto tra terapeuta e paziente

Nelle civiltà antiche, la cura avveniva all'interno della famiglia; erano in genere le donne che si occupavano di accudire, assistere e curare i membri bisognosi, come si è detto. Nel poema omerico dell'*Iliade*, dove i guerrieri greci si trovano lontano dalle loro terre e sono tutti quanti uomini, i figli di Asclepio, Podalirio e Macaone, più di altri, accorrono per curare le ferite dei compagni, perché in possesso di conoscenze chirurgiche e farmacologiche che il padre, re in Tessaglia, aveva appreso dal centauro Chirone e trasmesso loro (IV 218-219). Il rapporto di cura, dunque, se non dalla propria famiglia, era garantito dalla stessa comunità di appartenenza, dove si intrecciavano forti legami di solidarietà. Interessante è il vaso di Sosia, una coppa firmata che risale al 500 a.C., ritrovata a Vulci e oggi conservata all'Altes Museum di Berlino, che contiene una scena in cui Achille benda il braccio di Patroclo ferito: i due, come è noto, sono uniti da grande amicizia che sigilla l'efficacia dell'atto terapeutico.

Quando il terapeuta diventa un professionista che possiede un sapere specifico, una *techne*, e cura in comunità greche diverse da quella di appartenenza, è necessario un patto di alleanza tra il medico e il paziente o con chi ne è responsabile, nel caso di bambini, donne e schiavi. Tutto questo è ben formulato nel celebre triangolo ippocratico contenuto nel resoconto di *Epidemie I* (I 2, 5):

“La medicina ha tre momenti, la malattia, il malato e il medico. Il medico è servitore della medicina: il malato si opponga al male insieme con il medico”.

La terapia ha successo, se il paziente si allea con il medico e si impegna insieme con lui contro il nemico comune, che è la malattia.

Perché il paziente stringa il patto di alleanza con il medico, questo deve guadagnarsi la sua fiducia. All'inizio del *Prognostico*, l'autore ippocratico spiega che il medico riesce in tale obiettivo attraverso la diagnosi, l'anamnesi e la prognosi,

mostrando di aver compreso i problemi del paziente e di riuscire quindi a risolverli (cap. 1):

Per il medico - mi sembra - è cosa ottima praticare la previsione: prevedendo infatti e predicendo, al fianco del malato, la sua condizione presente, passata e futura, e descrivendo analiticamente quanto i sofferenti stessi hanno tralasciato, egli conquisterà maggior fiducia di poter conoscere la situazione dei malati, sicché essi oseranno affidarglisi.

Le capacità conoscitive del medico gli permettono di conquistare il paziente. Questo, dopo aver ascoltato dal medico i sintomi che effettivamente ha o che ha avuto, soprattutto quelli che per qualche motivo non ha comunicato e che il medico scopre da solo, troverà il coraggio (τολμᾶν da τόλμα che significa coraggio) di mettersi nelle sue mani (ἐπιτρέπειν) e di stringere con lui il patto di alleanza. Ora può dunque iniziare il percorso terapeutico che non è facile, perché fatto di digiuni, clisteri, purganti, vomitativi e salassi.

Da Ippocrate a Galeno, c'è una tradizione che fa del medico un grande esperto di diagnosi e prognosi. A Roma, Galeno costruisce la sua fama di clinico attraverso diagnosi che suscitano l'ammirazione dei malati e di quelli che gli stanno attorno, perché la visita del medico al paziente può essere un evento pubblico, a cui assistono familiari, amici, vicini e anche curiosi, come quella famosa raccontata da Galeno e fatta su invito del filosofo Glaucone al medico siciliano: quest'ultimo pensava di avere una pleurite, mentre Galeno capisce che i suoi problemi erano al fegato (*De locis affectis* V 8).

In questa prospettiva, il rapporto tra medico e paziente è basato su un'alleanza, ma di tipo gerarchico, quasi militare, dove il medico conosce e prescrive, mentre il malato soffre e obbedisce. Illuminante è un passo dell'*Arte*, il testo ippocratico già citato, in cui si afferma che nel caso di insuccesso terapeutico, è più facile che i malati non riescano a seguire le prescrizioni del medico piuttosto che quest'ultime siano sbagliate (cap. 7):

Questi [i medici] infatti con sano intelletto si prendono cura di un corpo non sano, portando il ragionamento sulla situazione presente e su quelle passate che si presentano in modo analogo alle presenti, così da poter dire dei malati un tempo curati come furono guariti; quelli invece non sanno né ciò che soffrono, né perché soffrono, non quale sarà lo sviluppo della situazione presente né ciò che probabilmente risulta da situazioni analoghe, e ricevono ordini, soffrendo nel presente, temendo il futuro, pieni del male ma vuoti di cibo, volendo una cura più rivolta al male presente che alla salute futura, non desiderosi di morte, ma incapaci a resisterle.

Anche Galeno, in numerosi passi, afferma che responsabile dell'insuccesso terapeutico è il malato o chi l'assiste, soggetti entrambi all'errore, mentre il buon medico fa diagnosi corrette e prescrive la migliore terapia.

Un rapporto diverso, basato sulla comprensione psicologica del paziente da parte del medico e sulla comunicazione, è proposto da Platone nelle *Leggi* 720 cd, dove con una classificazione che non corrisponde alla realtà, ma che ne coglie la varietà e il senso, distingue tra il medico schiavo che cura gli schiavi e il medico libero che cura i liberi. Il primo è come un tiranno che visita lo schiavo malato e gli prescrive rapidamente la cura efficace e poi si allontana, mentre il medico libero si comporta in tutt'altro modo, seppure prescriva la stessa cura:

Il [medico] libero invece cura nella gran maggioranza dei casi le malattie dei liberi; le studia, le tiene sotto osservazione fin da principio e nel loro svolgimento naturale, dando informazioni al malato stesso e agli amici, e insieme egli impara qualcosa dai malati e, per quanto possibile, istruisce il malato stesso. Non prescrive nulla prima di averlo in qualche modo convinto, e allora tenta di condurlo alla completa guarigione quando lo ha reso docile con la persuasione.

Questo medico sta accanto al malato, lo osserva e soprattutto comunica con lui e con quelli che gli stanno attorno (κοινόμενος significa comunicare o mettere in comune, condividere), lo convince (συμπείση da συμπείθω) sulla cura da

intraprendere e lo accompagna nel percorso terapeutico con la persuasione (πειθώ). Platone pensa qui a un medico greco colto, che cura un paziente dell'élite cittadina, altrettanto colto. Il medico è fornito di tutte le conoscenze tecniche di tipo diagnostico e terapeutico e ha anche grandi capacità comunicative che gli permettono di stabilire un buon rapporto con il paziente.

Queste caratteristiche sono presenti anche nell'ostetrica di Sorano, definito il medico amico delle donne, perché meglio di altri intercetta i bisogni delle sue pazienti, donne dell'élite romana che cercavano di emanciparsi dal modello di vita tradizionale fatta di reclusione in casa e scandita dal ciclo continuo di gravidanze e di allattamenti per tutto il periodo di fecondità. Ecco un passo dei *Gynaecia* I 4: *"[L'ostetrica], seguendo l'evoluzione della malattia, e senza perdere la calma, senza lasciarsi vincere dalle difficoltà del momento, sarà in grado di spiegare la scelta delle cure adottate, di confortare le pazienti e di essere simpatetica"*.

Come il medico di Platone, l'ostetrica di Sorano deve comunicare con la paziente, rassicurarla (παράμυθίαν πορίζουσας significa fornire conforto) nei momenti difficili del parto ponendosi in simpatia con lei (συμπάσχουσας). Rispetto al medico di Platone, questa ostetrica è più esplicitamente capace di coinvolgere i sentimenti, di essere empatica, e quindi di assicurare una vicinanza emotiva, oltre ad una comunicazione verbale.

Dalla Grecia classica alla Roma imperiale, i rapporti tra curante e paziente cambiano molto anche in medicina e l'ostetrica di Sorano ne è un esempio. Inoltre, se Ippocrate e Platone vedevano la cura all'interno della comunità dei greci, nella Roma imperiale, dove genti diverse vivono e convivono sotto il potere di Roma, la cura si rivolge all'umanità. Si apre quindi un capitolo a cui Philippe Mudry ha dato importanti contributi riguardo alle novità della medicina romana rispetto a quella greca, da cui pure dipende per gli aspetti teorici e terapeutici. Maturano infatti a Roma l'universalismo e l'umanitarismo che in medicina trovano espressione in diversi testi. In conclusione, mi limito a citare un passo di Scribonio Largo, un medico siciliano di cultura greca, vissuto ai tempi dell'imperatore Claudio (41-54 d.C.), autore delle *Compositiones medicae*, un'opera di ricette che, nell'epistola prefatoria, tra l'altro afferma (3-4):

I medici, se non hanno l'animo ricolmo di misericordia e di umanità, come vuole la stessa professione, debbono essere in odio a tutti gli dèi e gli uomini. [...] La medicina non valuta gli uomini sulla base della condizione sociale, ricchezza e potere (fortuna e personae), ma allo stesso modo promette di portare soccorso a tutti quelli che chiedono aiuto e si impegna a non nuocere mai a nessuno.

Queste parole non sono influenzate dal cristianesimo, ma appartengono a un medico pagano, vissuto in un'epoca che vede la nascita del cristianesimo e si prepara ad accoglierlo.

Bibliografia

- M. ALBANA, *Le 'medicae' nel mondo romano*, "Rivista di Storia della Medicina", LIII, 2023, pp. 1-28.
- S. BUZZI, *Galeno e le sue pazienti: analisi di alcuni casi clinici*, "Semitica et Classica", XII, 2019, pp. 109-129.
- E. CARRA, *Sorano e l'atteggiamento nuovo nei confronti delle donne*, in *La trasmissione del sapere medico: linguaggi e idee dai papiri ad oggi*, a cura di A. Bovo, Parma, Silva, 2022, pp. 210-232.
- G. ECCA, *Fixing Ethical Rules for Midwives in the Early Roman Imperial Period: Soranus, Gynaecia I 3-4*, "Sudhoffs Archiv", CX, 2017, pp. 125-138.
- R. FLEMMING, *Medicine and the Making of Roman Women: Gender, Nature, and Authority from Celsus to Galen*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

- S. FORTUNA, *Cura degli altri e cura di sé nella medicina antica*, in *Interpretazione e cura*, a cura di G. Galli, Macerata, Istituti editoriali e poligrafici internazionali, 2003, pp. 77-89.
- S. FORTUNA, *Il dovere della cura. Giuramento di Ippocrate*, Milano, Garzanti, 2021.
- S. FORTUNA, *Women, Ancient Medicine, and the Hippocratic Oath*, in *Gynaecia. Studies on Gynaecology in Ancient, Medieval and Early-Modern Texts*, a cura di C. Santos Pinheiro, G.A.F. Silva, R.C. Fonseca, B. Machado Mota, J. Pinheiro, Porto, Edições Afrontamento, 2022, pp. 27-41.
- V. GAZZANIGA, *Phanostrate, Metrodora, Lais and the Others. Women in the Medical Profession*, "Medicina nei Secoli", 1997, IX, pp. 277-290.
- D. GOUREVITCH, *Le mal d'être femme: La femme et la médecine dans la Rome antique*, Paris, Les Belles Lettres, 1984.
- D. GOUREVITCH, *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain : le malade, sa maladie et son médecin*, Roma, École française de Rome, 1984.
- S. GRIMAUDDO, *Difendere la salute. Igiene e disciplina del soggetto nel De sanitae tuenda di Galeno*, Napoli, Bibliopolis, 2008.
- J. JOUANNA, *Ippocrate*, Torino, Società editrice internazionale, 1994.
- Ph. Mudry, *Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)*, a cura di B. Maire, Lousanne, Editions BHMS, 2006.
- A. ROSELLI, *L'alleanza terapeutica nella medicina greca antica*, in *Bioetica e cura. L'alleanza terapeutica oggi*, a cura di L. Chieffi, A. Postigliola, Milano, Udine, Mimesis, 2014, pp. 17-25.
- E. SAMAMA, *Les médecins dans le monde grec. Sources épigraphiques sur la naissance d'un corps médical*, Genève, Droz, 2003.
- O. TEMKIN, *Soranus' Gynecology*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1956.
- L. TOTELIN, *Do not Harm. Phanostrate's Midwifery Practice*, "Technai", XI, 2020, pp. 129-144.
- M. VEGETTI, *Opere di Ippocrate*, Torino, UTET, 1965.

I provvedimenti dei Conservatori della Sanità a Pavia al tempo della peste di San Carlo

Maria Carla Garbarino

Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia (mariacarla.garbarino@unipv.it)

Riassunto

Tra il 1576 e il 1577 la peste colpì Pavia. Si trattava dell'epidemia nota come peste di San Carlo Borromeo, al tempo Vescovo di Milano, che si impegnò con grande abnegazione nell'assistenza ai malati facendo ricorso anche alle sue sostanze personali. Per fronteggiare l'epidemia, i Conservatori della Sanità e il Podestà di Pavia misero in atto una serie di provvedimenti, in parte mutuati da quelli attuati dal Magistrato di Sanità di Milano, dove la malattia si era diffusa già qualche mese prima. Le azioni per tentare di arginare la pestilenza culminarono infine in una quarantena generale che durò complessivamente una settantina di giorni. La città fu poco dopo dichiarata libera dalla peste. Attraverso la documentazione relativa a questi provvedimenti e gli editti del Vescovo di Pavia, Ippolito de Rossi, si traccia una cronistoria del terribile biennio vissuto dalla città, tra la disperata azione delle autorità per contrastare un pericolo terribile, lo stato delle conoscenze mediche del tempo, i danni collaterali dei provvedimenti restrittivi ma anche, in controtelaio, la paura e la vigliaccheria, l'abnegazione e il coraggio.

Summary

Between 1576 and 1577 the plague struck Pavia. It was the epidemic known as the plague of San Carlo Borromeo, at the time Bishop of Milan, who committed himself with great dedication to assisting the sick, also making use of his personal substances. To deal with the epidemic, the Health Conservatories and the Podestà of Pavia implemented a series of measures, partly borrowed from those that had been taken in Milan, where the disease had already spread a few months earlier. Actions to try to stem the plague finally culminated in a general quarantine that lasted about 70 days. The city was shortly thereafter declared free of the plague. Through the documentation relating to these measures and the edicts of the Bishop of Pavia, Ippolito de Rossi, it is possible to trace a history of the terrible two years experienced by the city, between the desperate action of the authorities to counter a terrible danger, the state of medical knowledge of the time, the collateral damage of restrictive measures but also, against the light, fear and cowardice, self-sacrifice and courage.

Parole chiave

Peste di San Carlo, Pavia, Quarantena, Magistrato di Sanità

Keywords

Plague of San Carlo Borromeo; Pavia; Quarantine; Health Magistrate

Nel biennio 1576-77 Pavia fu colpita dalla pestilenza nota come 'peste di San Carlo' non solo poiché si verificò durante l'episcopato milanese di Carlo Borromeo ma anche per la grande abnegazione dimostrata dal Santo nell'assistenza ai malati e ai bisognosi¹. I provvedimenti presi a Pavia – normalmente un po' trascurata dalle

¹ Sulla peste di San Carlo a Milano cfr. G.F. BESTA, *Vera narrazione del successo della peste che afflisse l'inclita città di Milano l'anno 1576 et di tutte le provisioni fatte a salute di detta città*, Milano, per Paolo Gottardo, & Pacifico Pontij, 1578, P. BISCIOIA, *La peste di San Carlo. Milano 1576-1577*, StreetLib, Milano 2020; G. BUGATI, *I fatti di Milano, al contrasto della peste, over pestifero contagio: dal primo*

fonti che si concentrano soprattutto su Milano – dapprima per tentare di preservare la città dall'epidemia e poi per contenere il contagio, offrono uno spaccato sull'impegno profuso dalle autorità cittadine, sia laiche che religiose, le quali, sia pur 'disarmate' di fronte alla pestilenza e con tutti i limiti derivanti dalle scarse conoscenze mediche del tempo, compirono un enorme sforzo organizzativo, spesso dando prova di una certa lucidità, nonostante il carattere draconiano e crudele delle misure adottate. Persuasi che non solo il volere divino ma anche i comportamenti umani (non attribuiti, come durante la peste manzoniana a ipotetici e malvagi untori ma piuttosto a errori dettati da insipienza, avidità e poco amore per il prossimo) potessero influire sull'andamento dei contagi, i Conservatori della Sanità di Pavia curarono, pochi mesi dopo la fine della pestilenza, una raccolta di grida e provvedimenti che potessero essere utili in futuro, qualora nuovamente ci si trovasse di fronte al pericolo della peste, pubblicandoli in appendice a un volume, edito a Pavia, sul Magistrato di Sanità di Milano². Nel testo veniva sottolineata l'efficacia dei provvedimenti restrittivi nella circolazione di merci e persone³, che si ampliarono fino a una quarantena generale,

d'agosto 1576 fin a l'ultimo dell'anno 1577. Particolarmente cauati dall'Aggiunta dell'Historia del reuer. P. Bugato milanese, stringatamente posti, Milano, per P. Gottardo, & Pacifico Pontij, fratelli, 1578; A. CENTORIO, I cinque libri degli auuertimenti, ordini, gride et editti: fatti, et osseruati in Milano, ne' tempi sospettosi della peste; ne gli anni 1576. et 57. con molti auuedimenti utili, e necessarij à tutte le città d'Europa, che cadessero in simili infortunij, e calamità. Raccolti dal cavagliero Ascanio Centorio de' Hortensii, Venezia, appresso Giovanni, e Gio. Paolo Gioliti de' Ferrari, 1579; P. BELLINTANI, Dialogo della peste, a cura di Ermanno Paccagnini, note di carlo Boroni, Libri Scheiwiller, Milano 2001; A. F. LA CAVA, La peste di S. Carlo: note storico-mediche sulla peste del 1576, Hoepli, Milano, 1945; F. A. Rossi di Marignano, Carlo Borromeo: un uomo, una vita, un secolo, Oscar Mondadori, Milano 2010.

² *La erectione del Magistrato della Sanità di Milano insieme con le ordinationi à questo ufficio appartenenti fatta per lo Illustrissimo Signore Francesco Secondo Sforza, Duca di Milano, l'anno 1534 et ora tradotta in lingua volgare. Alla quale si sono aggiunte due lettere & un'ordinatione, mandate in varij tempi da tre illustriss. duchi di Milano à i deputati alla sanità di Pavia, intorno ad alcune occorrenze del loro ufficio, & all'autorità à loro data. Seguono poi ordinatamente tutte le provigionj & gride fatte & pubblicate da gli illustri signori conservatori della sanità di essa città di Pavia per gli sospetti & èstirpatione del contagio ultimamente ivi occorso l'anno 1577, Pavia, Bartoli, 1578, cc. 110.*

³ Sui risvolti penalistici delle misure di contrasto alla diffusione del contagio cfr. R. Bianchi Riva, "Per istirpare questa maligna e pestifera contagione". Sanità pubblica e diritto penale durante la peste di San Carlo (1576-1577), "Italian Review of Legal History", 6, 2020, n. 11, pp. 255-292.

una misura la cui efficacia fu talvolta messa in dubbio, soprattutto in relazione agli altissimi costi sociali⁴. Non sappiamo quante siano state le vittime della pestilenza; l'indicazione data dal pavese Anton Maria Spelta, il quale, nelle vite dei vescovi della città, dichiara che nel 1577 una "peste fiera" portò a oltre 16.000 decessi⁵, sembra essere frutto di un'esagerazione⁶, soprattutto considerando il fatto che è stato calcolato per il 1576, a partire dagli atti di una visita pastorale condotta in quell'anno, un totale di ca. 17.000 abitanti (stimati sulla base di 11.610 anime da comunione)⁷. Si deve notare, inoltre, che intorno al 1597 una nuova visita pastorale a Pavia aveva registrato in sole 19 parrocchie 3.414 anime da comunione in più rispetto a quella precedente; questi dati, certamente anche frutto di un incremento fisiologico della popolazione, sembrano però indicare che gli abitanti di Pavia non avessero subito una diminuzione troppo decisa a causa della mortalità dovuta alla peste⁸. L'epidemia di San Carlo fu sicuramente meno micidiale di quella raccontata da Alessandro Manzoni⁹. Da segnalare però anche un manoscritto anonimo

⁴ Ludovico Settala, in accordo con il noto medico milanese Cesare Rincio e con il romagnolo Gerolamo Mercuriale riteneva che i provvedimenti di quarantena fossero meno utili di un'accurata igiene personale. Cfr. LA CAVA, *La peste* cit. p. 115. L'enorme costo sociale dei provvedimenti di quarantena è stato messo in evidenza anche da Carlo M. Cipolla, in rapporto a un'utilità che poteva essere indebolita dal fatto che le persone erano confinate in ambienti domestici abbondantemente frequentati da ratti infestati dalle pulci, vettori dell'infezione. Cfr. C.M. CIPOLLA, *Il pestifero e contagioso morbo*, Il Mulino, Bologna 2012.

⁵ A.M. SPELTA *Historia di Antonio Maria Spelta cittadino pavese, delle vite di tutti i Vescovi che dall'anno di nostra salute XL sino al MCIII successivamente ressero la Chiesa dell'antichissima & regal Città di Pavia* ..., in Pavia, per gli heredi di Girolamo Bartoli, 1597 (volume disponibile anche digitalmente all'indirizzo: https://archive.org/details/bub_gb_0dbilsopKAEC/page/n549/mode/2up?q=1577).

⁶ Cfr. BERNORIO, *La Chiesa di Pavia* cit. p. 229.

⁷ Cfr. D. ZANETTI, *La popolazione dal XII al XVIII secolo*, in *Storia di Pavia*, 4 v. *L'età spagnola e austriaca*, t. 1, pp. 111-159; cfr. anche C.M. CIPOLLA, *Profilo di storia demografica della città di Pavia*, in *Bollettino Storico Pavese*, VI, f. 1-2 (1943), pp. 6-87. La cifra pare anche esagerata in confronto dei 17.329 morti registrati per Milano. Cfr. A. CORRADI, *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850*, Tipografia Gamberini e Parmeggiani, Bologna 1865-1894, 8 v., parte seconda (1501-1600), p. 233.

⁸ Cfr. CIPOLLA, *Profilo di storia demografica* cit. p. 42-43 e ZANETTI, *La popolazione* cit.

⁹ La Cava riporta per Milano, in base alle testimonianze degli storici del tempo, una mortalità tra le 10.000 e le 18.000 persone (in questa seconda stima ca. un decimo degli abitanti) a fronte dei circa

conservato alla Biblioteca Universitaria di Pavia¹⁰, “*Stato di Pavia prima e dopo la peste*” che sembra far riferimento proprio al 1577, che lamentava la “destruzione di dieci milla habitatori”, la metà della popolazione, stimata nello stesso manoscritto in circa 20.000 abitanti.

L’epidemia aveva cominciato ad apparire nel nord della penisola italiana già nel 1575, con casi a Mantova, a Venezia e a Padova; notizie preoccupanti giungevano anche dal territorio della Svizzera ma la concretezza del rischio apparve chiara quando la peste si diffuse a Milano, nell’agosto del 1576. La città di Pavia risultava ancora libera dal contagio¹¹: i Conservatori della Sanità locali si rivolsero quindi al Governatore dello Stato di Milano, Antonio de Guzman y Zuniga, marchese di Ayamonte, perché venissero interrotti i contatti tra le due città¹². Questi, che al tempo si era già trasferito da Milano a Vigevano per evitare il contagio e riuscire ad amministrare con maggior tranquillità la complessa situazione¹³, aveva

50.000 (ma gli storici del tempo parlavano di un numero molto maggiore) morti del 1630. Cfr. La Cava, *La peste di S. Carlo* cit., p. 89-90.

¹⁰ Pavia, Biblioteca Universitaria, *Ticinesi*, 788, 28, “*Stato di Pavia prima e dopo la peste (1577?)*”.

¹¹ La paura sembrava però essere entrata in città già da tempo, probabilmente accompagnata da qualche sospetto. In una lettera del 2 marzo 1576 il vescovo di Pavia scriveva a Camillo Luzzara che il carnevale nella città era stato in sottotono, per la “morte di alcuni gentil homini delle prime famiglie” (ASM, Gonzaga, 1693 cit. in L. BERNORIO, *La Chiesa di Pavia nel secolo XVI e l’azione pastorale del cardinal Ippolito de’ Rossi (1560-1591)*, Pavia 1971, p. 228), e il 15 giugno dello stesso anno in una nuova lettera allo stesso destinatario, il vescovo dichiarava: “Circa le cose di questa Cita non possiamo dire d’essere senza peste, ma però puoca et si spera che le cose debbano passar meglio poscia [...] lo con tutta la mia casa siamo sani, ma per dire il vero io intendo certi casi che mi fanno quasi caghar nelle brache di paura...”, *Ibidem*. Alcune note manoscritte dello storico e umanista pavese Bernardino Sacco, databili tra il 1568 e il 1577 e conservate alla Biblioteca Universitaria di Pavia (*Ricordi, registro di spese ed entrate famigliari dal 1° novembre 1568*) riportano la paura serpeggiante a Pavia nell’agosto del 1576, e anche notizie di sequestrati per sospetto di contagio nell’autunno di quello stesso anno, liberati poi a novembre. Al gennaio 1577 risalgono notizie, negli *Atti del Consiglio di Provisione* (cart. 27, 4 gennaio 1577) conservati nell’Archivio Storico Civico di Pavia, di altri sequestrati e di capanne presenti nella località denominata Rotto, sede del lazzeretto, di cui troviamo poi notizie nei provvedimenti dei Conservatori della Sanità a partire dal mese di aprile. Cfr. Zanetti, *La popolazione* cit.

¹² Cfr. *La ertitione* cit., cc. 94 v. e 95 r.

¹³ Il trasferimento dell’autorità governativa e di una parte della burocrazia in talune occasioni venne letto come una fuga. In particolare, le fonti dedicate all’attività di San Carlo Borromeo tendevano a

evidentemente risposto favorevolmente e il 26 settembre i Conservatori della Sanità e il Podestà di Pavia, Sigismondo Picinardo, potevano dichiarare interrotti i contatti con Milano e altri luoghi sospetti. Con l'eccezione di quelli che si muovevano per servizio pubblico, muniti di apposita patente, i contravventori sarebbero stati puniti severamente.

I Conservatori della Sanità facevano parte di un complesso sistema di sanità pubblica che era nato proprio in conseguenza del pericolo rappresentato dalla peste ed era ben sviluppato nell'Italia settentrionale, con magistrature dotate di poteri legislativi, giudiziari ed esecutivi. Fin dal 1534 era stato istituito a Milano, per volontà di Francesco II Sforza, un Magistrato di Sanità (che restò attivo, con varie ristrutturazioni, fino al 1786) con il compito di vigilare sulla salute dei cittadini, prendendo iniziative atte a fronteggiare possibili pestilenze, con competenze su tutto lo stato. La collaborazione con le varie città, borghi e terre del Ducato permetteva di controllare il vasto territorio, ricevendo informazioni dalle periferie. Rispetto ad analoghe istituzioni esistenti già precedentemente a Milano, aveva una stabilità maggiore e una giurisdizione più ampia¹⁴.

Per Pavia, già a partire dal XV secolo, ci sono notizie, di figure che si occupavano di questioni sanitarie, talvolta medici inviati dalla stessa Milano, ma è a partire dalla seconda metà del Quattrocento che si hanno testimonianze circa la presenza di un ufficio di sanità locale; non sappiamo se esso esistesse stabilmente, ma erano citati con una certa regolarità dei deputati che ne facevano parte.

sottolineare la differenza di atteggiamento tenuto dalle autorità governative e dal Vescovo della città. Il giudizio sfavorevole del comportamento del Governatore riflette forse il sentimento di una parte della società milanese ma va ridimensionato alla luce delle molte incombenze del Marchese di Ayamonte come capitano generale in Italia oltre che come Governatore dello Stato di Milano e dalla possibilità di tenere un più agevole controllo delle province dello Stato di Milano. Cfr. L. BESOZZI, *Le magistrature cittadine milanesi e la peste del 1576-1577*, Capelli, Bologna 1988, pp. 58-65.

¹⁴ Cfr. L. ANTONIELLI, *Il Magistrato di Sanità dello Stato di Milano (1534-1786) e le sue politiche sanitarie*, in "Istituto Lombardo (Rend. Lettere)", 156, 2022, pp. 81-90; cfr. anche C.M. CIPOLLA, *Origine e sviluppo degli uffici di sanità in Italia*, in "Annales Cisalpines d'Histoire sociale", 1973, n. 4, pp. 83-101 e C.M. CIPOLLA, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Il Mulino, Bologna 2007.

Intorno al 1512, sembra fossero tre – ma non è possibile stabilire un numero certo – e potevano a loro volta conferire ad altri degli incarichi speciali. Dal 1576, il Magistrato di Sanità di Milano autorizzò tutte le città dello stato a eleggere persone che, insieme al Podestà, agissero in suo nome e, il 13 aprile 1577, l'ufficio pavese ricevette dal Tribunale di Sanità di Milano la patente che consentiva di operare come suo deputato¹⁵. I Conservatori della sanità cittadina erano eletti tra i gentiluomini “honorati et di reputazione”¹⁶.

Il tempestivo sforzo di Pavia per isolarsi ebbe probabilmente l'effetto di indispettere i milanesi, a quanto si può cogliere dal racconto degli storici Ascanio Centorio e Giacomo Filippo Besta. Il primo, raccontando come, di fatto, i provvedimenti avevano reso più difficoltoso il passaggio di viveri, trovava che Pavia si fosse comportata “con [...] scortesia e villanesca ferità [...] contra Milanesi [...] facendogli le tagliate contro e mandando quella città non come signora e loro capo, ma come propria nemica”¹⁷; il secondo osservava che la malattia sarebbe poi arrivata comunque, forse da Venezia, “con tutto ciò che [Pavia] si fosse affaticata con guardie per salvarsi dal contagio di peste che era in Milano, non avvertendo al male ch'era nelle altre città”¹⁸.

Con ordini pubblicati il 30 novembre 1577 venne stabilito il confine tra Pavia e Milano che andava dal Castelletto d'Abbiategrosso seguitando l'acqua chiamata “Ticinello sino a Coazzano, & d'indi al Rozzolo, fin ch'egli ritorna nel medesimo Ticinello, & seguitando poi il detto Ticinello fin' al Lambro, lasciando verso Pavia le Terre di Binasco, Vidigulfo, Mettone & alcune altre del Ducato”¹⁹.

All'infuori di due varchi, stabiliti a Castelletto e a Binasco, dove uomini e merci sarebbero stati sottoposti agli opportuni controlli, si ordinava che nessuno potesse

¹⁵ *Patente dell'ufficio di sanità subalterno nella città di Pavia, 13 aprile 1577*, in ASM, *Sanità*, p.a. c. 79. Cfr. A. MALAMANI, *Le strutture dell'organizzazione sanitaria in età moderna*, in *Storia di Pavia. L'età spagnola e austriaca*, 4. II. Pavia 1995, pp. 559-580. Cfr. anche <https://www.lombardia.beniculturali.it/istituzioni/schede/8000068/> (accesso 9 settembre 2024).

¹⁶ MALAMANI, *Le strutture cit.*, p. 563.

¹⁷ CENTORIO, *I cinque libri cit.*, V, p. 329 in BESOZZI, *Le Magistrature cittadine Milanesi cit.* p. 92.

¹⁸ Cfr. BESTA, *Vera narratione cit.*, p. 48 r.

¹⁹ *La erectione cit.*, c. 22 r

attraversare il confine, in una direzione o nell'altra, né era possibile ricevere lettere o commerciare. Un'eccezione veniva stabilita per consentire, sotto opportuni controlli, la coltivazione delle terre che si trovavano a cavallo del confine. La pena stabilita variava da 200 scudi d'oro (una terza parte della cifra sarebbe stata versata, in tutti i casi che si vedranno anche in seguito, a chi denunciava la contravvenzione) alla condanna a morte. Al Podestà e ai Deputati alla Sanità di Pavia veniva concessa l'autorità necessaria a far rispettare la suddetta 'tagliata', insieme all'onere economico per le spese necessarie.

Il 1° dicembre vennero stabilite le norme da osservare a presidio della città di Pavia²⁰. Alle porte (la stessa organizzazione riguardava però anche porti, passi e luoghi di confine) erano preposti dei capitani (non sempre presenti ma tenuti a frequenti ispezioni) ed erano assegnati dei guardiani salariati. A questo personale, di giorno in giorno, dovevano essere affiancate anche tre o quattro persone 'd'intelletto' le quali venivano avvertite dell'incombenza con tre giorni di anticipo in modo che, chi non poteva assumere quell'onere a causa di un legittimo impedimento, potesse trovare un sostituto o fosse possibile, in caso di assenza dalla città dell'incaricato designato, trovare un'altra persona disponibile. Questa organizzazione era importante anche perché, nel caso in cui le guardie fossero illetterate, qualcuno potesse essere in grado di leggere le bollette; il compito non era gradito, non solo per un maggior pericolo di contagio, ma anche per le ingiurie e le violenze di cui potevano essere oggetto tutti coloro che erano posti ai valichi d'accesso. Una multa di 25 scudi (o, in caso di inadempienza economica, di tre tratti di corda²¹) era stabilita per chi cercasse di sottrarsi all'incarico. La stessa pena era comminata a chi, corrotto o incapace, lasciasse passare merci, animali o

²⁰ Ivi, cc. 23 r.-31 r. Gli ordini venivano letti pubblicamente e poi ne venivano affisse copie sulla scala del palazzo pretorio, presso il ponte del Ticino e presso la statua del Regisole. Cfr. MALAMANI, *Le strutture* cit., p. 567. Sulla peste a Pavia nel 1577; cfr. anche G. VIDARI, *Frammenti storici dell'agro ticinese*, v. 2, Pavia 1886, pp. 147-151.

²¹ Si trattava di una pratica consisteva nel legare con una corda i polsi dietro la schiena, issando poi il corpo con una carrucola. In questo modo il peso del corpo gravava sulle giunture delle braccia. La corda poteva essere allentata e tirata ancora a più riprese, rendendo l'operazione ancora più dolorosa.

persone o a coloro che tenessero comportamenti violenti nei confronti di chi doveva far rispettare la legge. Presso ogni porta era allestito un piccolo fuoco con profumo o aceto, dove le carte (bollette, lettere o altre scritture) erano sottoposte a fumigazioni, mediante apposite forcelle di legno che evitavano agli operatori il contatto diretto. Le porte non potevano mai essere lasciate in custodia a un numero esiguo di uomini e men che meno abbandonate; si dovevano quindi prevedere dei turni per assentarsi, per esempio per i pasti o per altre necessarie incombenze.

Alcuni "Visitatori" eletti per la città avevano il compito di ispezionare taverne, osterie e locande e di denunciare l'inadempienza agli ordini o la presenza di persone non gradite: straccivendoli, zingari ed ebrei. I mendicanti dovevano essere allontanati da Pavia entro due giorni, sotto pena di essere fustigati se infermi e di due tratti di corda se in salute.

Veniva inoltre fissata la forma delle bollette di sanità, stampate "con sopra uno S. Siro (o eventualmente un altro Santo su richiesta di altri comuni del Principato di Pavia), & il bollo della città". Comune per comune dovevano essere accreditati gli scrittori delle bollette. Ciò avveniva mandando a Pavia persone che sapessero leggere e scrivere per procurarsi le bollette di sanità, lasciare uno scritto di propria mano per essere in seguito riconoscibili e giurare di osservare fedelmente gli ordini. Gli accreditati erano elencati in appositi registri resi disponibili presso le porte, in modo da effettuare controlli ed evitare il più possibile le frodi.

Presso ogni porta era anche presente l'elenco delle località bandite o sospette. Le persone provenienti da queste ultime, oltre a non essere ammesse in città erano rimandate indietro, accompagnate da una guardia. Nelle bollette si trovavano informazioni non solo sul luogo di provenienza (intendendosi con questo il luogo in cui i viaggiatori erano stati per non meno di quaranta giorni) ma anche sul percorso compiuto e su quanti più dati identificativi possibili: "non solo le persone con li nomi & cognomi, & contrasegni chiari di età, di grandezza, di barba, & di colore..." ma anche una descrizione delle cavalcature, dei carretti e delle merci, oltre a indicazioni sul percorso compiuto e sulle soste fatte. Le bollette, come ogni altra scrittura, dovevano essere sottoposte a fumigazioni prima di essere toccate.

Frequenti ispezioni erano condotte per assicurarsi che non ci fosse possibilità di entrare in città se non attraverso le porte prestabilite ed era fissata una pena di 50 scudi d'oro (o tre tratti di corda) per chi lasciasse entrare irregolarmente qualcuno.

Dall'Avemaria fino all'alba le porte erano chiuse e nessuno poteva entrare o uscire. Nelle stesse ore non era consentito a barcaioli e pescatori di navigare lungo il Po e il Ticino. Prima di accostare e scaricare merce di ogni genere era necessario sottoporsi all'ispezione delle guardie dei porti. Fino a che non si era ottenuta la licenza, si doveva tenere sulle imbarcazioni "una frasca sul remo, o una bacchetta bianca", sotto pena di 60 scudi d'oro o di tre tratti di corda. Era inoltre ribadito il divieto di commercio di roba usata e merci acquistate nelle fiere di luoghi sospetti o banditi. Ogni medico, chirurgo o barbiere aveva l'obbligo di denunciare i moribondi e i deceduti, in modo che potessero essere effettuati controlli e segnalati i casi sospetti. Per evitare assembramenti era proibito a osti, tavernieri e musicisti di far musica "sotto le frascate, o altroue, ne i luochi publici in qual si vogliano ville, o borghi". Si regolamentava il commercio delle vivande, probabilmente anche al fine di evitare situazioni che potessero favorire l'esalazione di miasmi, proibendo la vendita di alimenti stantii o marci e della carne di animali non macellati ma morti di malattia. Contemporaneamente, ci si preoccupava di inviare aiuti ai luoghi infetti o sospetti (perché da lì non era possibile, ad esempio, portare grano da macinare in zone ancora sane). Infine, per rafforzare l'efficacia di tutti i provvedimenti, che si sarebbero rivelati inutili "quando N.S. non ci avesse in custodia", si esortavano tutti alla preghiera, all'elemosina, e a ogni sorta di devozione²².

Nonostante le precauzioni prese, nell'aprile successivo la peste sembrava già essere entrata in città, una situazione cui si alludeva con qualche eufemismo in una grida del 2 aprile 1577²³ ("vedendo, che in questi Principi di primavera ci sovrastano molti sospetti") ma che appare via via più chiara nel corso del testo, in cui si ribadisce la proibizione – sotto pena della confisca della merce e di 50 scudi di multa, sostituibili con due tratti di corda – della vendita senza licenza di oggetti usati e dell'importazione di merce da zone sospette. Si introducevano poi limitazioni nei

²² Cfr. *La erettione* cit, cc. 23 r.-31 r.

²³ *Ivi*, cc. 31 r.-32 r.

contatti con gli animali, in particolare con i maiali, fonte di effluvi e odori sgradevoli, che non potevano perciò essere tenuti troppo vicini alle abitazioni. Si vietava l'organizzazione del mercato del sabato a Pavia, così come di quelli delle zone circostanti, "per il gran concorso delle genti, che vengono, & vanno a detti mercati da luoghi sospetti con bollette false" e si tentava di arginare "il commercio de putti" – una categoria considerata particolarmente fragile – con la chiusura delle scuole. Questi ultimi provvedimenti sembrano ormai diretti ad arginare il contagio più che a tenerne lontano il pericolo. Viene inoltre citata la presenza di monatti, dai quali si fa divieto, anche alle persone di famiglia, di accettare oggetti di qualunque tipo. Le pene previste – solitamente una multa di 50 scudi, sostituibile con tratti di corda o, in caso di donne, con staffilate – potevano anche essere inasprite, a discrezione delle autorità. Inoltre, se qualcuno fosse stato trovato in possesso presso la propria abitazione di oggetti provenienti da case sospette, avrebbe visto bruciare, oltre alla merce proibita, tutte le sue masserizie. Il prestare servizio presso persone malate veniva interdetto, in assenza di opportuna licenza scritta dai Conservatori della Sanità. Simile licenza era necessaria per effettuare traslochi e trasferirsi da una casa all'altra. Nel ribadire tutte le prescrizioni dell'anno precedente, si sottolineavano le numerose inadempienze avvenute.

Pochi giorni più tardi, l'11 aprile, nuovi provvedimenti furono dedicati in modo specifico al personale sanitario. Chirurghi e barbieri, evidentemente temendo il contagio, rifiutavano di recarsi nelle case degli infermi per salassarli, una pratica che al tempo era considerata fondamentale nel trattamento di svariati generi di patologie. Si faceva quindi divieto a questi professionisti, sotto pena di 50 scudi d'oro, di ruscare l'intervento, in presenza dell'attestazione da parte di un medico che l'infermo non era affetto da alcun male contagioso o sospetto. Viceversa, la stessa pena era comminata a chi, imprudentemente, si recasse da malati senza aver preventivamente ricevuto da un medico la suddetta attestazione²⁴.

Il successivo 15 aprile apre ormai un nuovo capitolo nella storia della pestilenza a Pavia: in questa data, infatti, viene disciplinata l'attività del lazzaretto, organizzato

²⁴ Ivi, c. 32 v.

nelle località chiamate “Rotto del Ticino” e “Mezzano” o “la Mezzana”, in modo che le capanne per gli infermi e per i semplici sospetti fossero separate da una fossa, così come separati dovevano risultare uomini e donne. Le località si trovavano in punti in cui il Ticino e i suoi affluenti creavano delle sorte di isole²⁵. Un commissario – tale Rinaldo Secco – venne nominato per la gestione di questi luoghi. Egli aveva, tra gli altri compiti, quello di annotare gli ingressi di malati e sospetti in un apposito registro, di segnalare le morti e i nomi di quelli che erano invece liberi di lasciare il lazzaretto. L’organizzazione della quarantena per i sospetti era decisamente complessa, perché si doveva tenere conto della necessità di separare i nuovi arrivati da quelli che si trovavano nel lazzaretto da più tempo.

Il commissario doveva inoltre regolare e limitare gli spostamenti dei monatti all’interno delle strutture, in modo che non concorressero alla propagazione della malattia; sovrintendeva all’organizzazione delle masserizie e delle vettovaglie necessarie e alla loro distribuzione, che avveniva ogni giorno, “alle tre hore dal levar del sole”. Controllava, infine, l’attività del barbiere.

Non è difficile immaginare le drammatiche condizioni del lazzaretto, dove regnavano malattia e miseria e dove si temeva, probabilmente, l’insorgere di disordini. Tranne il suddetto commissario, nessuno poteva tenere armi. Il furto era punito con la forca, così come l’adulterio e la fornicazione; i bestemmiatori erano sanzionati con tre tratti di corda e, per i recidivi, era previsto il taglio della lingua. Le violenze verbali e fisiche erano punite con la perdita del diritto a ricevere del vino, di dormire al riparo di una capanna o con pene anche maggiori, a discrezione delle autorità; per le risse erano previsti tre tratti di corda. In tutte queste situazioni,

²⁵ Una di queste doveva trovarsi tra Ticino e Gravellone (cfr. VIDARI, *Frammenti storici dell’agro ticinese*, Pavia 1886) ma Luisa Erba nota come il toponimo Mezzana degli Ammorbati risulta, in base alla cartografia ottocentesca, sulla riva est, tra Ticino e Vernavola e, nella cartografia seicentesca, costituiva una vera e propria isola. Località denominate come Mezzana e Rotto si trovavano nel territorio tra Ticino, Gravellona e Po, nel Siccomario, ma anche a ovest di Borgo Ticino. Cfr. L. ERBA, *Strutture edilizie per la cura delle epidemie e loro localizzazione a Pavia e nel territorio*, in E. G. RONDANELLI (a cura di), *Dagli antichi contagi all’AIDS*, Laterza, Roma Bari 1998, p. 22.

si ammoniva, “si procederà alla esecuzione, senza processo; & solo per somarie informazioni”²⁶.

Il 17 di aprile²⁷ nuovi ordini disciplinarono il comportamento da tenersi, in caso di contagio, da parte di medici, di cerusici, di barbieri, di capi di casa e di vicini delle persone malate. In ogni parrocchia, ogni capo di casa era tenuto a segnalare alle autorità, il giorno stesso, la presenza di un malato nella sua abitazione. La mancata denuncia prevedeva pene molto alte, 50 scudi all'Ufficio della Sanità di Pavia e 200 scudi a quello di Milano (una pena pecuniaria che poteva, come al solito, essere commutata, in caso di insolvibilità, in tre tratti di corda). Dalle parrocchie l'informazione passava all'Ufficio di Sanità.

La necessità di ingiungere nuovamente ai medici di recarsi nelle case dei malati fa pensare che essi esitassero a farlo, per timore del contagio. Tuttavia, era fondamentale “investigare, se il detto infermo è ammalato di infermità sospetta di male contagioso ò peste”²⁸. Per la prima volta, la malattia veniva chiamata con il suo nome e per fronteggiarla si prevedeva il sequestro in casa dei sospetti e dei loro ‘contatti stretti’. I malati, tuttavia, non dovevano ancora essere molti. Da una lettera di Carlo Borromeo a Cesare Speciano²⁹, datata Milano, 18 aprile, i morti a Pavia risultavano centocinquanta³⁰.

I vicini di casa dei sequestrati erano chiamati a collaborare alle attività volte ad arginare il contagio, denunciando fughe o trasporto di oggetti dalle case sospette; dovevano però assistere coloro che non avevano di che sostentarsi. Nell'impossibilità economica di soccorrere i vicini, ci si poteva rivolgere ai luoghi pii e al Tribunale della Sanità per denunciare il caso.

²⁶ *Ivi*, cc. 32 v.-34 v.

²⁷ Cfr. *La erettione* cit, cc. 34 v.-36 r.

²⁸ *Ivi*, c. 35 r.

²⁹ Cesare Speciano, addottorato in legge a Pavia nel 1564, era uno dei collaboratori di Carlo Borromeo. Cfr. M. C. GIANNINI, *Speciano Cesare*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Treccani, Roma 2018, v. 93.

³⁰ Documento custodito alla Biblioteca Ambrosiana (F 51 B Inf. C. 370) citato in L. Besozzi, *Le magistrature cittadine* cit, p. 91.

Quando una casa veniva abbandonata, perché i suoi abitanti erano morti o erano stati trasferiti al lazzaretto, era ‘purgata’. Le abitazioni venivano svuotate e accuratamente spazzate; si provvedeva poi a spargervi calcina e infine, chiuse porte e finestre affinché il profumo avesse maggior effetto, vi si bruciavano varie sostanze odorose (ad es. incenso e pece greca). Gli imbiancatori completavano l’opera. Anche tutti gli oggetti presenti nelle abitazioni infette dovevano essere ‘purgati’. Non sappiamo quanto venisse affidato al fuoco e con quali criteri si agì in realtà, nella confusione e nelle difficoltà dell’emergenza. Tuttavia, il tentativo di predisporre una complessa regolamentazione che tenesse conto anche delle diverse tipologie e del valore degli oggetti è testimoniato da un provvedimento che riporta “l’ordine osservato dai signori Commissarij sopra le purgazioni, intorno al loro ufficio, con la forma generale, che si è tenuta dai purgatori, così netti come brutti in purgare qualunque sorta di robbe”³¹. Cinque gentiluomini “che per intiera & incorrotta fede, & per molta prudenza fossero riguardevoli” – Francesco Negro, Pietro Maggi, Giacomo Pecorara, Alessandro Beccaria d’Arena – ebbero l’incarico di stabilire le modalità con cui procedere, prendendo ad esempio le disposizioni che erano state osservate a Milano. Se le masserizie di poco prezzo potevano essere bruciate insieme alle immondizie, altre cose più preziose andavano conservate, mondate e restituite, almeno nelle intenzioni dei legislatori, ai loro proprietari. Persone assunte allo scopo che, come i monatti, dovevano indossare sonagli per avvertire del loro passaggio, provvedevano a caricare su carri dotati di sponde sufficientemente alte tutto il materiale, per portarlo al luogo stabilito per le purgazioni o, in altri casi (immondizia, stracci, letti degli appestati), fuori dalla città perché fosse bruciato. Era stato scelto un luogo isolato, anche se ancora all’interno della città, dotato di acqua corrente, a ridosso delle mura presso la darsena³². Vi operavano, in due diversi siti ben separati da siepi, due tipi di lavandaie assunte allo scopo: quattro cosiddette lavandaie “brutte”, che provvedevano a una prima pulizia, approfondita, durante la quale utilizzavano anche aceto bianco “fortissimo”,

³¹ Cfr. *La erettione* cit, cc. 103 r.-111 v.

³² Cfr. anche ERBA, *Strutture edilizie*, cit. pp. 22-23.

e altrettante lavandaie “nette”, che lavavano nuovamente i panni per maggior precauzione, risciacquandoli poi con acqua fredda e stendendoli ad asciugare.

Per stabilire il trattamento a cui sottoporre ogni oggetto, i medici potevano pronunciarsi non solo sull'efficacia delle sostanze da adoperare ma anche sulla pericolosità dei vari materiali, come sui velluti – “per essere drappi di pelo”³³ – o sulle pellicce, perché destavano maggiori preoccupazioni rispetto ad altri tessuti; si consigliava, se non di valore troppo elevato, di bruciarli. Si trattava di osservazioni che avevano probabilmente un qualche fondamento. Alcuni materiali erano forse più adatti a diventare ricettacolo delle pulci che costituivano il principale vettore dell'infezione. Mercanti e artigiani potevano dare suggerimenti per evitare di danneggiare i diversi tipi di filati o di stoffe, alcuni dei quali (ad esempio le sete non filate, ancora in gallette, i drappi di seta ricamati con oro e argento, i velluti, la lana filata) potevano essere danneggiati dall'acqua e venivano purgati solo con profumi, distesi sopra grate poste sopra carboni accesi in cui bruciavano incenso, pece greca e resina di pino. Altri materiali (come la seta fatta, i filati di oro e argento o la lana non filata che non aveva ancora ricevuto l'olio, le pezze di lana) potevano invece essere bagnati e venivano quindi immersi dapprima in acqua bollente e poi in quella fredda, meglio se corrente. I vestiti si scucivano in modo che le varie parti potessero essere purgate nella maniera più conveniente (bruciando, eventualmente gli inserti di pelo). Le pelli preziose e delicate (di zibellino, ermellino, martora ecc.) si purgavano sottoponendole a trattamenti simili alla concia, all'interno del cosiddetto “burlone”, il macchinario rotante che si usava appunto per conciare le pelli. I libri dei mercanti, che venivano maneggiati giornalmente e i volumi che erano stati a contatto con gli appestati andavano completamente scuciti, in modo che i fili della legatura potessero essere bruciati e i cuoi lavati con spugna imbevuta di aceto, mentre le carte venivano profumate e messe all'aria per una decina di giorni. I libri delle biblioteche, invece, se non usati, potevano essere risparmiati dal trattamento. I metalli erano trattati con spugne imbevute di aceto, le masserizie di legno di

³³ *La erettione* cit, c. 107 v.

maggior valore e i vasi di vetro e pietra con lisciva, i quadri e gli strumenti musicali con le fumigazioni.

Vennero assunti due notai per registrare ciò che veniva prelevato dalle case (possibilmente alla presenza di qualche parente dell'ammorbato, o di qualcuno che potesse fare da garante). Un addetto (abbiamo il nome di tale Francesco Genese), doveva tener nota di tutto ciò che veniva purgato, curando che ogni fagotto potesse essere poi ricondotto al suo proprietario. Le spese sostenute erano a carico del padrone di casa o dei suoi eredi che avrebbero ricevuto il conto al momento di ritirare le cose purgate.

Al passaggio dei monatti o di persone o di oggetti infetti, tutti erano invitati a farsi da parte, ritirandosi nelle proprie case, cambiando strada e non ostacolando in nessun modo, con parole o atti, le azioni a tutela della salute pubblica.

Il sistema di pulizia delle case, tuttavia, non doveva essere facilmente controllabile e si prestava ad abusi, come risulta dagli ammonimenti che il vescovo di Pavia, Ippolito de Rossi aveva rivolto al suo gregge il 19 aprile con una "Monitoria a coloro che in qualsivoglia modo hanno tolto, ò rubato, ò nascoso, ovvero detenuto et usurpato robbe di quelli, che come infetti, ò sospetti sono stati mandati fuor della città alle capanne"³⁴. Molti cittadini, la cui casa era stata colpita dalla peste, avevano perso i propri cari e trascorso il periodo di quarantena previsto nel lazzaretto. Quando finalmente ritornavano a casa, oltre alle loro sofferenze, la scoprivano svaligiata e si ritrovavano in miseria. Il vescovo si appellava quindi affinché quanti fossero entrati in possesso di oggetti rubati li restituissero, sotto pena della scomunica. Seguendo l'esempio di Carlo Borromeo, sembra che anche Ippolito de Rossi si sia adoperato, per tutta la durata della pestilenza, per alleviare le sofferenze della popolazione, attraverso elemosine (elargite durante la successiva quarantena e con l'invio di pane e vino ai lazzaretti) e assistenza spirituale, appoggiando allo stesso tempo anche i provvedimenti presi dalle autorità cittadine³⁵.

³⁴ Ivi, cc. 36 v.- 38 r.

³⁵ Sul Vescovo Ippolito de Rossi e la sua azione durante la pestilenza cfr. BERNORIO, *La Chiesa di Pavia* cit., pp. 228-231. Cfr. anche P. Giannone, *Istoria civile del Regno di Napoli*, t. XI, libro trentesimo quarto, p. 254 "In Milano, Cremona e Pavia si rese perciò commendabile la pietà e vigilanza de' Cardinali

Per mantenere monitorata la situazione, la città venne divisa in otto quartieri (dei quali facevano parte diverse parrocchie), in ciascuno dei quali era stato selezionato un certo numero di gentiluomini (di solito una decina)³⁶ che avevano il compito di

Carlo Borromeo, Nicolò Sfondrato e Ippolito Rosso, vescovi di quelle città, i quali con grande zelo e intrepidezza visitavano gl'infermi, e davan loro soccorsi”.

³⁶ Il primo quartiere era affidato a 14 gentiluomini – Gio. Antonio Mezabarba, Gio. Antonio Imperiale, Hieronimo Modona, Conte Francesco Pietra, Paulo Crema, Prospero Bosco, Guido Antonio Galliaula, Gaspar Rossi, Pietro Maggi, Giulio Landolfi, Agosto Oltrana, Agosto Bertio, Gaspar Rò, Giacomo Pecorara – ai medici Aurelio Gallina e Andrea Maracchio (entrambi docenti all'Università cfr. note 56, 68 e 69) e al cerusico Gian Battista. Al secondo quartiere erano assegnati alcuni gentiluomini e altre persone (Hieronimo Moracavallo, Pietro Camillo Cani, Dottor Pasquale. Gio. Ant. Cantone, Hieronimo Bellinzona, Gio. Pietro Negri, Francesco Beccaria da Monte, Guilielmo Riva, Contator Riviera, Hieronimo Giorgi, Gio. Antonio Contile), i medici M. Antonio Torta (lettore 'indipendente' nel 1567 e dal 1595 lettore prima di Medicina Pratica e poi di Medicina Teorica fino al 1604, cfr. A. CORRADI, a cura di, *Memorie e documenti per la Storia dell'Università di Pavia e degli uomini più illustri che vi insegnarono*, Bizzoni, Pavia 1877-1878, vol. 1, p. 130) e Gian Antonio Allanea (Antonio Alagna fu lettore di Medicina Teorica tra il 1574 e il 1576, ivi, p. 130) e il cerusico Gregorio Bosso. Nel terzo quartiere operavano dieci gentiluomini (Gio. Battista Rivolta, Agosto del Conte, Annibal Beccaria, Agosto Sartirana, Gio. Battista Beccaria da Santa Giuletta, Francesco Castellione, Luca Campeggi, Bartholomeo Caffarelli, Franc. di Corte del s. Nicolò, Pietro Reina), i medici Agostino Camera (pavese, incaricato *ad lecturam Almansoris* tra il 1564 e il 1593, anno della sua morte, ivi, p. 129) e Francesco Bobbio e il cerusico Bartolomeo Bosso. Nel quarto quartiere erano stati eletti alcuni gentiluomini e altre persone (Ant. Francesco Berretta, Angelo Martino Pattutio, Martino Verri, Parona da s. Teggia, Filippo del Bue, Cesare Assij, Cesare Grana, Vincentio Cani, Matteo Cellanova, Boniforto Fiamberti, Manfredo Mombretti, Francesco Visdomo, Innocente Marinono, Gio. Battista Re), cui erano aggiunti i medici Agostino Gerardi, Cesare Gaiano e il barbiere e cerusico Francesco. Al quinto quartiere erano assegnati i gentiluomini Giulio Berretta, Camillo Beccaria, Virgilio Mangiaria, Paulo Trovamala, Angelo Bertio, Cavalier Mutio Pietra, Paulo Cremasco, Hieronimo Torre, Cavalier Salimbeni, e i medici Castello Sacco (Castellino Sacchi fu docente tra il 1562 e il 1600, anno della morte, incaricato della lettura di Filosofia Straordinaria, Medicina Straordinaria e *Almansoris*, ivi, p. 128), Gian Antonio Voltolina e Pietro Georgio di Corte. Al sesto quartiere erano assegnati: Manfredo Ghigolino, Gio. Pietro Contegno, Hieronimo Ottone, Gio. Antonio Fornari, Papiniano Gerardi, Gio. Bernardino Olevano, Cesare Ferrari, Gio Battista Armelli e i medici Filippo Albergato (il pavese Filippo Albergati insegnò tra il 1569 e il 1604, anno della morte, incaricato della lettura di Medicina Pratica, di Medicina Teorica e *Almansoris*, ivi., p. 130), Pietro Franc. Nebbia e il barbiere e cerusico Gio. I gentiluomini e altre persone assegnati al settimo quartiere erano: Cavalier Ludrighi, Alessandro Folperto, Cesare & Roco fratelli di corte, Gio. Battista Cavalchino, Gio. Iacomo Beccaria da Monte, Paulo Emilio Terzago, Galeazzo Fiamberto, Pietro Francesco Balbi, Tiberio Beccaria, Hier. Beccaria del s. Proposto, Gio, Battista Dossena, Gio. Battista Bottigella, Gio. Angelo Oppizzoni, Gasparo Beccaria, Gio. Battista Vassalli, Gio. Battista Morano, Carlo Busca. I medici erano Ottaviano Cattaneo, Federico Ghislero,

sovrintendere, con turni settimanali, alle azioni volte al contenimento dell'epidemia, coadiuvati, in genere, da un paio di medici (molti dei quali risultano essere stati docenti all'Università) e da un cerusico o un barbiere. Una volta eletti, essi ricevevano precise istruzioni: dovevano diligentemente condurre la visita del quartiere loro assegnato almeno due volte la settimana, portandosi dietro uno scritto che riportava i nomi di tutti i capi di casa, maschi e femmine, e di tutti i componenti delle loro famiglie; era necessario che osservassero bene in viso ciascuno di loro, per poterli riconoscere anche in seguito. Se trovavano malati o morti, erano tenuti a rivolgersi immediatamente ai medici o ai chirurghi del quartiere affinché questi verificassero se si trattava o meno del male tanto temuto; in tal caso era necessario notificarlo immediatamente alle autorità, provvedendo intanto, in attesa di nuovi ordini, a far ferrare la casa e a far sopprimere tutti gli animali domestici, cani gatti e polli. Oltre alla vigilanza sugli abitanti della zona (e sugli eventuali loro ospiti), dovevano fare in modo che le case fossero pulite e che i poveri avessero di che sostentarsi e curarsi, in parte per carità cristiana e in parte per evitare ulteriori morti, che avrebbero potuto causare "infettione d'aria". Avevano inoltre il compito di impedire assembramenti, giochi, la riunione di più di due meretrici in una casa e le uscite troppo frequenti di donne e fanciulli. Avevano anche l'incombenza di sottoscrivere le bollette per quelli del loro quartiere che avessero la necessità di spostarsi da Pavia.

La paura del contagio, intanto, aveva spinto alcune ville e feudatari a emanare proprio ordini e bandi e a interferire nei commerci, muovendosi in maniera indipendente rispetto ai Conservatori della Sanità di Pavia per impedire il transito di merci destinate alla città. Tra il 20 e il 22 aprile, quindi, il marchese di Ayamonte, Governatore di Milano, aveva dovuto ribadire la sua autorità su tutto il Principato, comminando pene severe per quanti contravvenivano ai suoi ordini.

Constantino Lucca (alessandrino, fu docente tra il 1565 e il 1606, come lettore di Medicina Pratica e Medicina Teorica, *ivi*, p. 129) cui si aggiungeva il barbiere Batt. Cattaneo. All'ottavo quartiere, infine erano assegnati Pietro Ant. Bonetto, Silvio Salvatico, Gio. Iacomo Guaschi, Gio. Ant. Albergati, Gio. Maria Da Monte, Dottore, Ant. Marco Parona, Boniforto Aicardo, Francesco Cane, Alessandro Bertio. Cfr. *La erezione cit.*, cc.40 r.-43 r.

Il mese di maggio vide la pubblicazione di nuovi provvedimenti, in linea con i precedenti, che mostrano che l'organizzazione, accurata ma complessa e spesso disattesa, non funzionava come sperato. Il 4 maggio, venne emessa una grida che nuovamente tentava di tenere sotto controllo questioni legate all'alimentazione e al rischio dell'emanazione di "miasmi" pericolosi. Si ordinava infatti ai "beccari"³⁷ di non lasciar gonfiare gli animali macellati tra la carne e la pelle, come facevano talvolta, pena la confisca della carne e una multa di 50 scudi d'oro. I due terzi della somma spettavano all'Ufficio della Sanità di Pavia, mentre un terzo era, come di consueto, corrisposto all'accusatore (che doveva portare comunque un altro testimone), al quale era promesso l'anonimato. Il 15 di maggio, si ordinava il rientro in città, entro sei giorni, di quei gentiluomini normalmente residenti a Pavia (in una casa di proprietà o in affitto) che avevano lasciato la città per timore del contagio, sottraendosi alle incombenze che sarebbe stato loro dovere assumere in quei momenti di crisi. Il provvedimento colpiva solo i capi di casa, poiché era considerato legittimo che essi lasciassero lontani e al sicuro moglie e figli³⁸. Il 17 maggio venne ordinata l'uccisione di cani e gatti³⁹, che, girando per le strade e andando di casa in casa potevano spargere il contagio: essi dovevano essere abbattuti entro un giorno, un provvedimento che può oggi essere considerato drammaticamente controproducente, in quanto i gatti potevano contribuire al controllo della popolazione murina. Anche le stalle dovevano essere il più possibile pulite e la loro presenza notificata, insieme a quella delle case che ospitavano famiglie numerose. Il 23 maggio, si invitarono i pavesi a procurarsi, entro una settimana, il necessario – in particolare grano e farina – per vivere per due mesi⁴⁰. Le ispezioni dei gentiluomini avevano, infatti, rilevato che molte case non erano ben provviste delle cose indispensabili a una famiglia. Le scorte di frumento, segale e miglio dovevano essere notificate e chi ne detenesse in eccedenza rispetto ai propri bisogni doveva impegnarsi a rivenderle. Si procedeva inoltre a una sorta di censimento per capire

³⁷ Cfr. *La ertitione* cit., cc.45 r.

³⁸ *Ivi*, cc. 45 r.-46 r.

³⁹ *Ivi*, c. 46 v.

⁴⁰ *Ivi*, c. 47 r. e v.

quante fossero le bocche da sfamare in città. Erano i primi passi verso la successiva quarantena. Nel mese di maggio, intanto, da Milano si interrompevano i contatti con Pavia, rendendo in qualche modo la pariglia ai provvedimenti dell'autunno precedente. Vennero però inviati non solo i provvedimenti che più erano stati utili nel fronteggiare l'epidemia a Milano ma "anco alcuni ufficiali, et Monatti quali poi servirono de l'opera loro in essa Città"⁴¹. A giugno, i pavesi che si trovavano a Milano senza regolari fedeli di sanità ricevettero ordine di allontanarsi e una grida del 29 luglio comminava la pena di morte e la confisca dei beni a chi dal pavese penetrasse nel milanese irregolarmente⁴².

In previsione della prossima festa del Corpus Domini, temendo gli assembramenti, ma non volendo impedire un così importante momento liturgico, si decise per una soluzione di compromesso. Il 5 giugno, quindi, venne proibito a donne e fanciulli al di sotto dei quindici anni di partecipare alla processione per il Santissimo. L'elevato importo della multa (200 scudi) poteva essere, come al solito, sostituito con pene corporali: donne e bambini non erano evidentemente considerati in grado di sopportare i tratti di corda ma sarebbero stati staffilati.

I Conservatori della Sanità di Pavia si erano intanto rivolti al Governatore dello Stato di Milano per denunciare le necessità che stringevano la città: mancavano soprattutto provviste di grano, ma anche di legna e vino. Esisteva al tempo anche una difficoltà nel trovare carri e trasportatori disponibili. Il Governatore rispondeva decretando in data 20 giugno⁴³ circa la possibilità di importare grani, vino e legna dalla Lomellina. Prometteva inoltre supporto per procedere contro renitenti e trasgressori degli ordini e per compiere le esecuzioni dei condannati. Podestà e Conservatori potevano procedere in autonomia contro i trasgressori ma si prometteva l'intervento nel caso in cui le circostanze lo richiedessero. Si decretava inoltre che i poveri fossero dispensati dal dazio per la macina del grano in vista della quarantena.

⁴¹ Cfr. BESTA, *Vera narratione*, cit, p. 48 r. e v.

⁴² Cfr. BESOZZI, *Le Magistrature cittadine Milanesi* cit. p. 93.

⁴³ Cfr. *La ertitione* cit, cc. 48 r.- 49 r.

Il 28 giugno⁴⁴ si ribadiva la proibizione di balli, feste e ogni tipo di adunanze in tutte le terre del Principato, soprattutto nei giorni festivi “nei quali si deono spendere l'hore in laudare Iddio, e non in tali disordini, che ammazzano il corpo & l'anima insieme”.

Gli ordini della prima metà di luglio (4 luglio⁴⁵, 6 luglio⁴⁶, 12 luglio⁴⁷) sostanzialmente ribadiscono i provvedimenti precedenti, talvolta introducendo qualche precisazione, quale, ad esempio, la possibilità che i sequestrati in casa potessero nominare una persona che provvedesse alle loro necessità, e le modalità di chiusura delle case: le porte serrate con chiavistelli da installarsi se non presenti, a spese degli stessi reclusi, le finestre sbarrate, in modo che non potesse essere trasportato fuori alcunché, le pene per punire i monatti negligenti, i controlli per verificare l'abbattimento degli animali domestici. Sembra di capire che molti ordini venissero disattesi, ad esempio da alcuni osti di Borgo Ticino, che ospitavano clienti provenienti da luoghi sospetti o infetti. Di conseguenza, il contagio andava “tuttavia serpendo”. Veniva dato mandato al commissario Girolamo Moracavallo di comminare pene pecuniarie e corporali e si ribadiva il comando di risiedere in città a tutti i gentiluomini deputati alle visite dei vari quartieri, almeno durante la settimana in cui cadeva il loro turno. Si richiedeva con urgenza l'elenco delle case sequestrate.

Il 18 luglio, i Conservatori della città si rivolsero nuovamente al Governatore per avere aiuto per le spese della quarantena. A Milano, la quarantena sembrava aver dato buoni frutti e anche Pavia si preparava ad organizzarla e a sostenerne i costi. A dispetto delle tasse che si erano già deliberate, la città non era in grado di farcela da sola. Alcune richieste vennero accettate e a Pavia venne concesso un contributo (ca. 6000 scudi) dalla Camera Regia⁴⁸.

⁴⁴ Ivi, c. 49 r. e v.

⁴⁵ Ivi, cc. 49 v.- 50 r.

⁴⁶ Ivi, cc. 50 r.-52 r.

⁴⁷ Ivi, cc. 52 r.-52 v.

⁴⁸ Ivi, cc. 52 r.-53 r.

Il primo provvedimento di quarantena, in data 19 luglio⁴⁹, si limitò a restringere gli spostamenti di donne e bambini al di sotto dei dodici anni: essi non dovevano uscire dalle loro case per dieci giorni a partire dal 22 luglio, il lunedì successivo alla grida⁵⁰. Si trattava delle categorie ritenute più vulnerabili dalla medicina del tempo (la documentazione studiata sulla peste di Milano, effettivamente, segnala proprio giovani donne e bambini tra i primi individui ad esser colpiti dalla peste) ed erano, forse, anche quelli meno legati alle attività produttive esterne. Inoltre, i bambini che vagavano per le strade non erano in grado di prestare le dovute attenzioni, evitando contatti e situazioni potenzialmente pericolose. La pena stabilita, commutabile in staffilate, era di 25 scudi d'oro (che doveva essere pagata dal capo famiglia per mogli, figli e servitù). Le uniche donne esentate dal provvedimento erano quelle che provenivano dal contado con merci e vettovaglie da vendere. Le vedove o quelle i cui mariti erano assenti potevano appoggiarsi a uno dei gentiluomini eletti per ciascun quartiere – elencati nello stesso provvedimento⁵¹ – che avrebbe provveduto ai loro bisogni.

Ancora una volta, il 26 luglio⁵², il Vescovo di Pavia interveniva sui comportamenti da adottare, sottolineando come i giorni di festa andassero impiegati nella preghiera e nel visitare le chiese e non in giochi, balli e adunanze che potevano minare la salute dell'anima e, soprattutto nelle presenti circostanze, del corpo. Veniva anche

⁴⁹ Ivi, c. 53 r. – 54 r.

⁵⁰ La ritirata di donne e fanciulli venne prolungata poi, il 9 agosto, per altri dieci giorni. Ivi, c. 68 r.

⁵¹ Per il primo Gaspar de Rossi, Gio. Ant. Imperiale, Vespasiano dalla Chiesa, Agosto Oltrana, Conte Francesco Pietra, Marchese Gio. Batt. Malaspina; per il secondo Gio. Battista Bellinzona, Giacomo Savolta, Saturno Simonetta, Ieronimo Bellinzona, Contador Riviera Spagnuolo, Ieron. Georg. da Pizzofreddo; per il terzo Francesco Castiglione, Agosto Sartirana, Gio. Ant. Candiano, Ieronimo Caffarello, Gio. Battista Rivolta, Francesco Cucco; per il quarto Manfredo Mombretta, Matteo Cellanova, Filippo dal Bue, Martino Verro, Gio. Maria Criminale, Tomaso Gaiano; per il quinto Angelo Bertio, Baldasar Mangano, Camillo Beccaria, Virgilio Mangiaria, Gio. Battista Bottigella, Francesco Ieronimo Corte; per il sesto Tomaso Guala Dottor, Ieronimo Ottone, Gio. Battista Costa, Francesco Bernardino Olevano, Bartolomeo Gualtero, Gio. Ant. Concorreggio; per il settimo Cap. Orlando Sazzo, Alessandro Folperto, Gasparo Beccaria, Gio. Battista Marinone, Galeazzo Fiamberto, Cavalier Ludrigi; infine, per l'ottavo, Pietro Antonio Boneto, Tomaso Medda, Bartolomeo Cottolo, Giacomo Sannazaro, Luigi Albergato e Ant. Maria Perona.

⁵² Cfr. *La erettione* cit, c. 54 v.-55 r.

stabilita una multa di dieci scudi d'oro per i contravventori, una cifra che sarebbe poi stata impiegata in usi pii, ma si minacciava anche di ricorrere alla scomunica. L'editto doveva anche essere letto nelle chiese, al momento della messa, quando c'era maggior affollamento di gente, ogni prima domenica del mese.

Il 29 luglio, da Vigevano, il Governatore, che si era anche recato in prima persona a Pavia, introduceva per la prima volta la questione della quarantena generale⁵³. L'esperienza dei buoni risultati raccolti a Milano aveva infatti indotto il consiglio segreto a decretarne una anche a Pavia. Veniva intanto ristrutturato anche l'Ufficio di Sanità della città: il numero dei Deputati era risultato eccessivo e per avere una gestione più snella era sembrato meglio che passasse da trenta membri a sei (Camillo Gallina, Dottore, Carl'Angelo Ghiringhella, Dottore, Benedetto di Corte, Cavaliere Cornazzano⁵⁴, Conte Carlo Beccaria, Henrico Fornari), affiancati dal Podestà della città e da due medici assistenti (Nicolò Boldono⁵⁵ e Gio. Pietro Imberto⁵⁶, entrambi docenti all'Università di Pavia). Il contagio continuava a progredire e quindi era necessario che i Conservatori si riunissero ogni giorno, mattino e sera, continuando a godere, come in passato, di tutta l'autorità necessaria a deliberare e comminare pene. In aggiunta, sei Deputati alle elemosine si sarebbero occupati di quanto era necessario al soccorso ai bisognosi. Erano elencati: Polidamas dal Maino, D. & Abbate della prouisione, Cavaliere Hieronimo Torto, Cavaliere Ottauiò Bottigella, Capitano Orlando Zazzi, Gasparo Taccono e Horatio Salerno.

Anche il sistema delle visite ai quartieri andava riformato e il 31 luglio si tentò di migliorarne l'organizzazione⁵⁷. L'incombenza era risultata molto faticosa e lo era

⁵³ Ivi, c. 55 r.-56 v.

⁵⁴ Sostituito il 22 settembre dello stesso anno, perché troppo oberato da incombenze familiari in seguito alla morte del proprio fratello, da Carlo Mezzabarba. Cfr. *La erettione* cit, c. 84 v.

⁵⁵ Nicolò Boldoni, di Lodi fu incaricato *ad lecturam Medicinae extraord.* Insegnò poi Medicina Teorica tra il 1537 e il 1540 e Medicina Pratica tra il 1553 e il 1581, anno della morte. Cfr. CORRADI, *Memorie e documenti* cit., v. 1, p. 124.

⁵⁶ Giovanni Pietro Imberti, pavese, fu lettore di Dialettica e poi di Medicina Teorica tra il 1560 e il 1599. Morì nel 1604. Cfr. Ivi, p. 128.

⁵⁷ Cfr. *La erettione* cit, c. 58 r. e v.

ancora di più nel pieno dell'estate. Alcuni Visitatori non avevano compiuto il loro debito, incuranti del dovere verso la patria e la collettività, afflitte da una calamità tanto grande. Sembrò quindi meglio suddividere la città in base alle parrocchie. Tutti – gentiluomini, mercanti e abitanti – potevano dare una mano, dividendosi i compiti e le case da visitare. In questo modo ci si affidava alla buona volontà di alcuni, ai quali veniva concessa una certa autonomia e autorità.

Nello stesso giorno, giungeva ai Conservatori della Sanità di Pavia la risposta a un appello che essi avevano rivolto al Papa il 12 giugno precedente, per invocare un sostegno economico alle ingenti e ormai quasi insostenibili spese per il sostentamento dei poveri contagiati. Si era inoltre richiesta la disponibilità di alcuni monasteri fuori città per ricoverarvi infetti e sospetti; si trattava dei conventi di San Giacomo, Santo Spirito e San Paolo, che ospitavano francescani, benedettini e agostiniani⁵⁸. I monaci avrebbero potuto trovare ospitalità in altri conventi dei rispettivi ordini e, passata la peste, si prometteva di restituire gli spazi conventuali purgati e imbiancati. Le isole del lazzeretto erano ormai inadeguate, soggette al gran caldo e alle inondazioni del Ticino. Gregorio XIII aveva risposto di non poter prestare un soccorso economico, essendo la sua carità impegnata altrove, ma concedeva l'uso dei monasteri (sia pure con grave scontento dei monaci, almeno per quanto riguardava i conventi di San Giacomo e Santo Spirito), con la condizione che si trovasse una dimora opportuna agli agostiniani del convento di San Paolo.

Il primo di agosto⁵⁹, gli ordini da osservarsi durante la quarantena stabiliti dal Governatore si aprivano con una assennata osservazione circa le modalità del contagio per giustificare la radicalità del provvedimento:

Poiche l'esperienza ha dimostrato, che per estirpar la peste, causata dal commertio delli infetti, non per corrottione d'aere ò per costellatione, doppò le pie & divote orationi dei popoli, non si trova migliore, ne più prestante rimedio, che la suspensione del commertio delle genti ...

⁵⁸ I tre monasteri si trovavano a oriente della città, poco lontani dalle mura e vicini tra loro. Cfr. ERBA, *Strutture edilizie* cit. p. 23.

⁵⁹ *La erettione* cit, c. 63 r.-64 r.

Entro dieci giorni dal bando, gli abitanti erano tenuti a far provvista dei viveri necessari per quaranta giorni, e dovevano sapere “che durante la detta quarantena, non sarà lecito ad alcuno uscir di casa, ma ognuno haverà da star rinchiuso [...] sotto pena della Forca a chi contravverrà”.

I controlli sarebbero stati a cura del Podestà e del Bargello “per prendere li contafacenti, li quali s’haveranno da castigare irremissibilmente”. Si faceva eccezione per le persone impegnate nel servizio pubblico e per quelli in grado di dimostrare l’assoluta necessità e urgenza dello spostamento. Era però concesso a chi non avesse incombenze pubbliche, di allontanarsi da Pavia per tutto il periodo della quarantena, attendendo poi disposizioni per il rientro una volta che questa fosse terminata. L’ingresso in città sarebbe stato consentito solo a coloro che portavano viveri, muniti di specifiche bollette. Tutte le botteghe, tranne alcuni alimentari, dovevano essere chiuse (sotto pena di multe molte salate). I Conservatori della Sanità avrebbero disposto ogni giorno visite per controllare la presenza di deceduti, far serrare e purgare le case colpite dal contagio e provvedere alla distribuzione delle elemosine. La partenza della quarantena slittò: il 9 dello stesso mese si davano altri dieci giorni di tempo per prepararsi⁶⁰ e l’inizio del provvedimento si dilazionò poi ancora.

Nel frattempo, una grida del 5 agosto aveva stigmatizzato l’inadempienza a tutti gli ordini che limitavano i contatti tra le persone, che continuavano a riunirsi, ad esempio andando a trovare le donne e i fanciulli rinchiusi in casa, a dedicarsi al gioco “delle ossa & di carte”, a frequentare taverne e case delle meretrici. Si vietava espressamente agli osti di accogliere altri che i forestieri e i viandanti e di tenere carte e dadi; i giochi venivano proibiti anche nelle strade.⁶¹ Nella stessa data si cercava di avviare la creazione di un magazzino di frumento che sarebbe servito

⁶⁰ *La erezione* cit, c. 68 r. e v. Dai documenti conservati all’Archivio di Stato di Milano (Cancelleria, S. XXI, n. 11, cc, 73v.-75) citati da Besozzi, *Le magistrature cittadine milanesi*, cit. p. 95, la grida per la quarantena di pavia sembrerebbe emanata il 15 agosto e doveva decorrere dal decimo giorno dalla pubblicazione del bando. Una decina di giorni dopo, in effetti, il 24 agosto, è datato il provvedimento, di quarantena a Pavia. Non sappiamo se esso sia stato applicato subito o ci siano comunque stati dieci giorni per prepararsi.

⁶¹ Cfr. *La erezione* cit, cc. 64 v.- 65 r.

per il sostentamento dei poveri, tassando ciascuno “in quella quantità di formento che secondo l’hauer loro è parso conveniente”⁶². Due giorni dopo, il 7 agosto, si ordinava che tutti, di qualunque “stato, grado, conditione”, cedessero una quantità di frumento al magazzino generale, nel termine di quattro giorni dalla presentazione degli avvisi che sarebbero stati inviati, portandolo nella casa di Giason del Maino, nelle mani di Gio. Matteo Belbello⁶³. Il 10 agosto, il commissario ed esattore della scossa del grano, S. Gioseffo Cane, veniva avvisato che entro otto giorni avrebbe dovuto riscuotere 850 sacchi di frumento, portandoli alla casa de suddetto Giason del Maino⁶⁴. Intanto⁶⁵ si regolamentavano anche i costi di cancelleria relativi alle spedizioni e alle patenti, per arginare la possibilità di abusi, che erano stati probabilmente denunciati e potevano essere perpetrati anche da alcuni intermediari. Benché i Conservatori fossero certi “che la qualità delli ufficiali suoi non è di sorte, che vogliano essi maggior premio di quello che conviene”, si era stati costretti a fissare un tetto massimo di spesa per le diverse occasioni (lettere patenti per andare in Lomellina o in Oltrepo, “sigillationi” e “dissigillationi” delle camere, licenze per introdurre merci ecc.).

Negli stessi giorni venivano regolamentati abiti (“un farsetto, & calze da zano di canevazzo, overo d’altra tela grossa con i sonaglij alle gambe secondo il solito”) e salari dei monatti e delle loro guide⁶⁶. In varie situazioni essi avevano aggiunto “afflitione agli afflitti”, commettendo estorsioni in occasione del trasporto dei sequestrati verso il lazzaretto o dei morti verso la sepoltura. Si stabiliva quindi, sotto pena del salario di un mese o di un tratto di corda, oltre alla restituzione di quanto estorto, che non potessero chiedere nulla di più rispetto al salario pattuito. Dovevano accompagnare i sequestrati gratuitamente al Mezzano e soltanto se li portavano più lontano potevano ottenere un compenso. Per le sepolture dei nobili potevano ricevere 40 soldi, 20 per quelle degli altri popolani che avevano modo di

⁶² Ivi, cc. 65 r.-65 v.

⁶³ Ivi, cc. 65 v.-66 r.

⁶⁴ Ivi, c. 66 r.

⁶⁵ L’8 agosto 1577, *La ertitione* cit. cc. 66 v.-67 r.

⁶⁶ Gli ordini stabiliti per gli Monati intorno al loro habito, et intorno ai salarij straordinarij così di essi come delle loro guide. Divulgati a gli 8 d’Agosto 1577, in *La ertitione* cit, c. 67 r. e v.

sostenere la spesa, mentre i poveri dovevano essere sepolti gratuitamente; le tariffe aumentavano solo se i corpi erano portati fuori città.

Il 10 agosto, con un provvedimento concordato con il Protofisico Nicolò Boldoni, venne assegnato al Mezzano un medico ordinario; altri due medici vennero nominati sovrintendenti del suddetto dottore e degli speciali che fornivano farmaci agli infermi. Era stata inizialmente presentata una proposta che prevedeva di assegnare due medici di valore, membri del Collegio cittadino⁶⁷, alla cura degli infermi del Mezzano ma, dal momento che essi esercitavano anche in città, il progetto non aveva avuto seguito. Avrebbero perso la clientela e costituito un pericolo di propagazione del male. Venne quindi proposto Andrea Maracchio (o Maracchi)⁶⁸ da Pontremoli, lettore della Pratica straordinaria di Medicina a Pavia, un uomo ormai anziano e di lunga esperienza, libero dalle cure degli infermi. Tra l'altro egli abitava fuori città, abbastanza vicino al Mezzano, e aveva già prestato servizio al lazzaretto, introdotto da Aurelio Gallina, dottore in arti e medicina che apparteneva al venerando Collegio. L'anziano medico ricevette quindi l'incarico di recarsi due volte al giorno al lazzaretto per ordinare le medicine agli infermi.

Sotto questo aspetto era invitato, tra l'altro, a ridurre le prescrizioni di farmaci, per evitare un inutile dispendio alla città. La necessità di risparmiare, anche a discapito dei poveri malati era stringente, ma c'è da dire che probabilmente l'inutilità delle terapie del tempo era stata notata da quanti avevano fatto esperienza della cura degli appestati. Maracchio aveva inoltre il compito di conferire con i

⁶⁷ Sul Collegio dei Dottori in arti e medicina cfr. D. MANTOVANI, *Tracce del perduto statuto dell'Università artistarum et medicorum Studii Papiensis*, in *Almum Studium Papiense. Storia dell'Università di Pavia*, vol. 1, t. 1 Cisalpino, Milano 2012, pp. 309-320; D. MANTOVANI, *Artisti e medici: Un Collegio duplice e la nuova copia dello statuto del 1409*, in *Almum Studium Papiense. Storia dell'Università di Pavia*, vol. 1, t. 1 Cisalpino, Milano 2012, pp. 321-324; D. MANTOVANI, *Il collegio dei dottori in arti e medicina di Pavia in età spagnola. Notizie del manoscritto ritrovato*, in *Almum Studium Papiense. Storia dell'Università di Pavia*, vol. 1, t. 2 Cisalpino, Milano 2013, pp. 895-210; D. MANTOVANI, *Lo statuto del Collegio dei Doctores artium et medicinae dell'Università di pavia del 1409. La copia completa ritrovata*, in *Istituto Lombardo – Accademia di Scienze e Lettere. Rendiconti di Lettere*, 147 (2013), pp. 3-17.

⁶⁸ Cfr. A. CORRADI (a cura di), *Memorie e documenti cit.*, p. 129; Andrea Marachi (Marachis) da Pontremoli è registrato come docente dell'Università, tra il 1561 e il 1582 (*ad lect. Philosophiae – 1566; extr. Theoricae medicinae – 1561; Medicinae teoricae ordinariam 1580-82*).

medici sovrintendenti – Gio. Pietro Imberti e Aurelio Gallina⁶⁹ –, tenuti ad aiutarlo in caso di necessità. Il suo salario venne fissato a 12 scudi d'oro al mese, mentre 9 scudi d'oro erano assegnati ai sovrintendenti⁷⁰. Le grida non danno indicazioni su come si svolgesse l'opera dei medici al lazzaretto ma probabilmente essi seguivano le modalità simili e quelle descritte da Paolo Bellintani a Milano il quale, riguardo all'utilità del loro operato dichiarava:

è bene che vi siano, ancor che essi non si vogliano approssimare. In Milano si teneva questo modo: eglino stando di fuori andavano attorno al lazzaretto. E io avevo ordinato di dentro uno, che andava di camera in camera, visitando tutti gli infermi, e intendendo come stavano, e riferendo dalla finestra il tutto a medici. [...] quando si trovasse un buon medico che volesse entrare e visitare e toccare, sarebbe buonissimo. Ma perché questo mi pare difficile cosa io non ne parlo più⁷¹.

Il successivo 20 agosto si davano nuove indicazioni sul comportamento da tenersi durante la quarantena con istruzioni ai visitatori delle parrocchie, ai medici del Mezzano e ai deputati alle porte della città⁷². Per consegnare merci quali grano, vino o legna alle case, o per portare l'uva ai torchi per fare il vino era necessario dotarsi di una bolletta, facendo comunque attenzione a non sostare in conversazione e ripartendo appena possibile.

I capi di casa con famiglie molto numerose potevano ottenere speciali licenze per andare a comprare i viveri per tutti gli abitanti della dimora, badando, naturalmente, a non fermarsi a parlare con nessuno. Una persona poteva essere deputata allo scopo anche nei monasteri e negli orfanotrofi. Licenze speciali

⁶⁹ Anche Giovanni Pietro Imberti e Aurelio Gallina erano lettori all'Università. Gallina fu incaricato ad lect. Logicae nel 1568 e insegnò poi Medicina Teorica, Medicina Pratica tra il 1582 e il 1606. Cfr. CORRADI, *Memorie e documenti* cit., pp. 128- 130. Possiamo notare inoltre come tutti i medici che insegnavano anche all'Università che ricoprirono incarichi durante il 1577 siano sopravvissuti all'epidemia.

⁷⁰ Cfr. *La erettione* cit., cc. 68 v.- 69 v.

⁷¹ Cfr. BELLINTANO, *Dialogo* cit., p. 145.

⁷² Ivi, c. 69 v.

consentivano gli spostamenti di dottori, comari (e di chi, anche senza licenza, correva a chiamarle perché assistessero a un parto), barbieri e chirurghi, pubblici ufficiali (daziari e rappresentanti dei tribunali criminali), mugnai e fornai, distributori delle elemosine e religiosi che andavano a celebrare messa e a portare i sacramenti. Era sempre possibile andare a confessarsi e comunicarsi⁷³ e seguire le processioni del Vescovo. In tutti i casi non previsti si doveva far ricorso ai Conservatori e ai Visitatori per capire come comportarsi.

Mattina e sera i Deputati alle visite delle parrocchie (due o tre per parrocchia, per un totale di 119 persone)⁷⁴ dovevano controllare se venisse fatta la distribuzione delle elemosine ai poveri, per informarsi sulle necessità, dovevano incontrare di persona i parrocchiani e denunciare ogni giorno all'Ufficio di Sanità la presenza di morti, infetti e sospetti, provvedendo che questi ultimi venissero mandati al Mezzana e che i morti fossero sepolti. Era loro compito organizzare le "purgazioni" di case e robe infette e fornire le varie licenze previste, informando sulle loro modalità di impiego.

Venivano confermati i medici Gio. Pietro Imberto, Aurelio Gallina e Andrea Maracchio come deputati alla visita al Mezzano, mentre Gio. Domenico Capello venne nominato Deputato a procedere contro i disobbedienti sia in città che nel lazzaretto.

La porta del ponte del Ticino, la porta Salera e la porta di Santa Maria in Pertica dovevano essere presidiate dalla mattina alla sera e i quattro deputati scelti allo scopo per ciascuna porta⁷⁵ dovevano avvicinarsi in modo che fosse sempre garantita la presenza di due di loro, per controllare che non entrassero altri che quelli che portavano vettovaglie muniti di bollette legittime.

⁷³ Il 30 di agosto sarebbe stato però messo un freno a questa libertà, spesso abusata, per quanto riguardava le donne. Cfr. *La erettione* cit, c. 78 v.

⁷⁴ Cfr. *La erettione* cit, cc. 71 v.-72 r.

⁷⁵ Per la porta del Ticino: Gio. Antonio Fornari, Francesco Gambarino, Siro Piscaro, Hieronimo Torre; per porta Salera: Adamo Legnaghi, Alessandro Caverzate, Hieronimo Cane, Gio. Antonio Contile; per porta Santa Maria in Pertica: Cavalier Mutio Pietra, Vespasiano dalla Chiesa, Francesco Parona, Filippo Cernulco.

Sempre il 20 agosto ci si occupava anche del problema delle lavandaie che avevano panni non reclamati da nessuno, stabilendo che entro quattro giorni dovessero essere recuperati. I poveri che non avevano denaro sufficiente per riscattarli potevano comunque farlo presentando fede legittima della loro miseria.

Finalmente, il 24 agosto⁷⁶ veniva emanato il provvedimento che stabiliva l'inizio della quarantena entro dieci giorni. Tre giorni più tardi la città veniva nuovamente suddivisa in quartieri, questa volta cinque; in ciascuno di essi operavano dei deputati alla distribuzione delle elemosine: Rolando Zazzo, Gaspar Taccone, Horatio Salerno, Cavalier Don Ottavio Bottigella, Don Heronimo Torti. Una quarantina di 'ufficiali' avevano licenza di andare per la città "per servizio de poveri", collaborando con i deputati alle elemosine. Grazie a liste con i nomi di coloro che erano considerati bisognosi di soccorso (i morti dovevano essere prontamente comunicati affinché potessero essere subito depennati) potevano essere consegnati ogni giorno tre pani da sette onces e un soldo per ciascuna bocca da sfamare. L'elemosina veniva consegnata attraverso le finestre, o, in assenza di finestre, attraverso aperture ricavate allo scopo nelle porte o nelle ante delle botteghe. Gli infermi o le donne che allattavano ricevevano in più un po' di burro, uova o altre cose necessarie. Si portava anche acqua per le case prive di pozzo, versandola da vaso a vaso in modo che non ci fosse contatto tra i due recipienti.

Il giorno di S. Agostino, 28 agosto, venne organizzata una processione per impetrare la liberazione della città dal contagio, portando alcune reliquie, tra cui il braccio di S. Sebastiano, al quale anche San Carlo, a Milano, si era rivolto come protettore della peste. Si narrava che la preziosa reliquia fosse stata donata dal Pontefice in epoca longobarda, quando era vescovo di Pavia San Damiano e una pestilenza travagliava la città. Sia in quell'occasione sia in tempi più recenti, all'inizio del secolo XVI, si credeva che la santa reliquia fosse stata determinante nella liberazione della città dal contagio⁷⁷.

⁷⁶ Cfr. *La erettione* cit., c. 73 r.

⁷⁷ Ivi, cc. 77 r.-78 r.

La quarantena cominciò martedì 3 settembre; già dal 31 del mese precedente coloro che avevano ricevuto incarichi si erano trovati in città per assumere il proprio ruolo. Vennero pubblicati i facsimili dei moduli da utilizzare per gli spostamenti.

Nei giorni successivi, all'inizio della quarantena (5 e 7 settembre)⁷⁸ venne ulteriormente specificato per quali incombenze fosse possibile ottenere la licenza, che era concessa a quelli che assistevano gli infermi e dovevano ad esempio, andare a chiamare il medico o lo speziale, o dovevano avvertire le comari di un parto imminente o un religioso perché doveva battezzare un nuovo nato, o coloro che vendevano alimentari, e i kjmìè+ùcarrettieri e cavallanti che consegnavano merci. I provvedimenti, tuttavia, non sempre venivano seguiti se l'8 settembre si doveva ribadire agli abitanti di borgo Ticino la proibizione di andare l'uno a casa dell'altro.

Otto gentiluomini (Sig. Commissario Lonato, Carlo Mezabarba, Hieronimo Bottigella, Pietro Francesco Marconi, Hieronimo Beccaria da monte, Cavalier Ludrisio Beccaria, Paulo Landolfi e Agosto Bottigella), con il supporto di alcuni servitori avevano licenza di andare in giro, sia di giorno che di notte, per far osservare gli ordini stabiliti, far punire i contravventori, vedere se le elemosine erano distribuite, se le case infette si purgavano con celerità, se infetti e sospetti venivano mandati al Mezzano e se la guardia alle porte era fatta con regolarità⁷⁹.

Altri provvedimenti (13 settembre)⁸⁰ disciplinavano la vendita di frutta e verdura, con le distanze degli acquirenti da tenersi l'uno dall'altro e l'obbligo da parte dei venditori di pulire il sito, come ribadivano i divieti (15 settembre)⁸¹; reiteravano inoltre la richiesta di pagamento della tassa in frumento per il sostentamento dei poveri (che pare fosse stata completamente disattesa, senza che nemmeno uno degli 850 sacchi previsto fosse stato consegnato).

Gli spazi insufficienti del lazzaretto erano stati integrati con quelli del convento di San Paolo, la cui gestione era permessa dalle elemosine poiché vi erano alloggiate persone povere, ma anche turbolente e "poco timorate di Dio" che ardivano di

⁷⁸ Ivi, 79 v.-80 v.

⁷⁹ Ivi, c. 81 r. e v.

⁸⁰ Ivi, cc. 81 v.-82 r.

⁸¹ Ivi, cc. 82 r. e v.

“usare molte insolentie, tanto di parole quanto di fatti”. L’ordine era mantenuto dai deputati alla gestione del luogo, il capitano Delfino Ceruto e Gasparo Riso, anche con la minaccia di pene corporali. I ricoverati non potevano spostarsi da una capanna all’altra e men che meno uscire dal borgo⁸². I disordini erano sempre temuti, anche al Mezzano. Il 22 settembre si proibiva di recarvisi senza licenza (con la pena di 50 scudi d’oro, o di essere sottoposti a tre tratti di corda o d’essere staffilati pubblicamente)⁸³.

In questo clima opprimente e denso di disperazione, alcune persone si adoperavano per l’assistenza spirituale e fisica prestata ai malati, anche a rischio della loro stessa vita. Il 13 settembre, Ippolito de Rossi fece stampare un Breve di Papa Gregorio XIII, il quale, su richiesta dello stesso Vescovo di Pavia, concedeva l’autorità di donare diversi gradi di indulgenze a coloro che si prodigavano per i loro fratelli e per i poveri appestati. Lo si rendeva noto non solo per portare consolazione a chi ne aveva bisogno ma anche per incoraggiare i fedeli a prestare la propria opera in così pericolose circostanze, “accioche non si perda questa così bella & oportuna occafione di aiutare il prossimo, & giouar grandemente” alla salute della propria anima.

Veniva inoltre concessa autorità a ciascun sacerdote regolare o secolare di assolvere tutti gli infermi e sospetti da ogni sorta di peccati, concedendo indulgenza plenaria *in articulo mortis*. La messa celebrata all’altare del Mezzano o degli altri luoghi dedicati agli infermi per invocare la liberazione di un’anima dal Purgatorio avrebbe avuto lo stesso valore di quella celebrata a Roma, presso l’altare della Chiesa di San Gregorio “a ciò deputato”⁸⁴. Era inoltre concessa indulgenza plenaria a tutti i fedeli che si comunicassero al suddetto altare.

Il documento offre uno spaccato sulla generosità di alcuni, in tempi tanto oscuri. Meritevoli dell’indulgenza plenaria erano: i religiosi al servizio degli appestati nel

⁸² *Gli ordini da osservarsi da quelli, che sono mandati al Borgo di San Paulo vivendo di elemosine: i quali habbiano ad ubidire al Capitano Delfino Ceruto et a M. Gasparo Riso, sopra di loro Deputati.* Dati à XX di settembre 1577, in *La ertitione cit.*, cc. 83 v.-84 r.

⁸³ Cfr. *La ertitione cit.*, cc. 84 r. e v.

⁸⁴ *Ivi*, cc. 87 r.-88 r.

lazzaretto o altrove, i medici disposti a curarli e toccarli⁸⁵, prestando questo servizio gratuitamente almeno per una settimana, i chirurghi e barbieri che salassavano infetti e sospetti, i servi che assistevano gli infermi, le balie che allattavano e le donne che assistevano le creature infette o sospette, le comari che aiutavano nel parto donne infette o sospette, i monatti e le persone che purgavano i panni.

La quarantena sembrò dare buoni risultati, dal momento che all'inizio di ottobre i contagi parevano in flessione. Si decise quindi di prolungarla, a partire dal 5 ottobre, per tutto il mese. Il provvedimento fu esteso anche a Borgo Ticino, a partire dal 10 ottobre: anche lì, sotto pena della forca, nessuno poteva uscire di casa⁸⁶. Il timore di una riacutizzazione dell'epidemia a causa del commercio di cose infette, nascoste o non ben purgate, spingeva a maggiori controlli, chiedendo che venissero notificati il numero di case e gli oggetti da purgare. Si invocava la restituzione di eventuali "robbe infette et sospette", stabilendo pene severe per chi le occultasse⁸⁷. Per mantenere il più stretto controllo sulle licenze al movimento delle persone, il 12 ottobre si stabiliva che tutte quelle concesse a settembre, con l'inizio della quarantena, per restare in corso di validità, dovessero essere nuovamente sottoscritte dal Podestà. Si biasimavano coloro che, forse incoraggiati dalla flessione dei contagi, "per ogni leggier cosa vanno in volta con licentie dei visitatori delle parochie", i quali erano invitati a non concederle se non per le faccende più urgenti, come l'acquisto di medicinali.

I guardiani delle porte, sotto pena della perdita del loro salario e del lavoro, dovevano lasciar entrare solo quelli che portavano vettovaglie e nessun altro. Il 12 ottobre anche il Vescovo di Pavia si univa alle sollecitazioni delle autorità cittadine, con un editto che conteneva anche qualche primo bilancio sulla tragedia vissuta.

⁸⁵ Indulgenze minori erano concesse ai medici non disposti a toccare i malati o che svolgevano l'attività a pagamento e ad altre categorie di persone impegnate in opera di carità o organizzative a tutela dei poveri pavesi. Cfr. *La erettione* cit., cc. 88 r.-89 v.

⁸⁶ Cfr. *La erettione* cit., cc. 90 r.-91 v.

⁸⁷ *Ivi*, c. 90 r. e v.

Quante siano le ruine patite in universale & particolare nelle persone & facultadi; ognuno l'ha potuto chiaramente vedere, & puo tener certo, che per li molti peccati della maggior parte, Iddio habbia voluto madar tal percossa a questo popolo: il qual debbiamo credere, che forse non havrebbe sentito tanto in lungo il flagello, se ciascuno avesse atteso ad amare doppio Iddio, il prossimo suo più, che non ha fatto; perciocchè non s'havrebbe ingordamente lasciato tirare dall'Avaritia a rubare, ò tener nascoste ò trasportare da luogo a luogo robbe infette, o d'altrui e proprie; il che s'ha da credere, che sia stato cagione di far continuare & incrudelire il male; com'ha fatto con perdita di tante persone, & doppio peccato di quelli, che ciò hanno commesso prima pe'l furto, & poscia nel caufar la morte al prossimo.

Il Vescovo ammoniva quindi tutti ad aver cura della propria anima non meno che del proprio corpo, restituendo eventuali oggetti infetti o sospetti precedentemente occultati e sottratti ai controlli, in modo che questi potessero essere sottoposti alle necessarie opere di sanificazione. Il commercio di merci o panni potenzialmente pericolosi – ricordava – costituiva un peccato mortale, meritevole della scomunica. I confessori non avrebbero potuto concedere l'assoluzione per colpe così gravi senza espressa licenza del Vescovo.

Solo il 29 ottobre, finalmente, sentito anche il parere dei medici, le autorità decisero di allentare un po' le restrizioni imposte dalla quarantena a partire dal primo di novembre. La situazione era migliorata, in città, in Borgo Ticino e nel lazzaretto della Mezzana. Continuava a essere proibito il recarsi l'uno a casa dell'altro, ma ai capi di casa fu consentito di uscire, muniti delle opportune bollette, lasciando però chiusi nell'abitazione i famigliari fino al giorno di San Martino. Le lavandaie ripresero ad andare a lavare i panni a partire dal 2 novembre, e i mercanti e artigiani tornarono a esercitare le loro attività. Non si allentava invece il controllo per tentare di arginare l'introduzione o il commercio di merci sospette; si mantenevano e si ribadivano le sanzioni con provvedimento del 6 novembre⁸⁸; il 12 novembre si sollecitavano i Visitatori delle parrocchie a perseverare

⁸⁸ lvi, cc. 96 r.-98 r.

nelle visite, che sembravano essere state un po' trascurate, sotto pena di 25 scudi d'oro o di un tratto di corda⁸⁹.

La fine della quarantena, durata complessivamente una settantina di giorni, venne celebrata il giorno di San Martino (11 novembre) con una processione nella quale, così come in quella che l'aveva preceduta, si era portato il braccio di San Sebastiano insieme alle spine della corona di Cristo, fino alla chiesa di Sant'Agostino, considerato protettore della città. Il 21 novembre, anche Borgo Ticino venne liberato dalla quarantena, pur con alcune limitazioni, che prevedevano il divieto di entrare nelle case altrui, dovendo svolgere all'aperto ogni negozio necessario, il sequestro dei fanciulli sotto i dodici anni e il divieto di lasciare il Borgo senza bollette firmate dal Commissario Angelo Simenis. Con il 25 novembre, vennero stabiliti nuovi ordini ed eletti nuovi Visitatori al fine di sgravare quelli occupati nell'incombenza fino a quel momento. Ogni giorno, il suono di una campana annunciava la possibilità di uscire di casa (fatta eccezione per coloro che dovevano andare al lavoro o mettersi in viaggio che potevano uscire anche prima). Non era consentito alle persone senza fissa dimora risiedere in città ed era proibita la frequentazione delle meretrici; le porte erano ancora controllate e venivano ribadite le limitazioni dei contatti con il lazzeretto. Ordini di questo tipo vennero ancora promulgati il 15 di dicembre, con il divieto di ospitare persone o ricevere merci provenienti da luogo sospetto o infetto, ma questi provvedimenti, dettati ancora dalla paura, erano accompagnati da altri che preparavano il ritorno alla normalità: si invitavano alla sollecitudine tutti coloro che avevano ancora bisogno delle lavandaie per purgare panni, perché le richieste erano sempre meno ed esse sarebbero state presto licenziate.

Ormai il peggio sembrava comunque alle spalle e nei primi giorni di dicembre vennero celebrati in tutte le chiese uffici e messe per l'anima dei morti portati via dalla pestilenza. Il 20 gennaio del 1578, il giorno di San Sebastiano, fu proclamata solennemente la liberazione dalla peste sia a Milano che a Pavia.

⁸⁹ Ivi, c. 98 r.e.v.

Desidero ringraziare il Prof. Lucio Fregonese, direttore del Museo per la Storia dell'Università per aver concesso la pubblicazione delle immagini e i prof. Paolo Mazzarello e Giorgio Mellerio per i preziosi consigli.

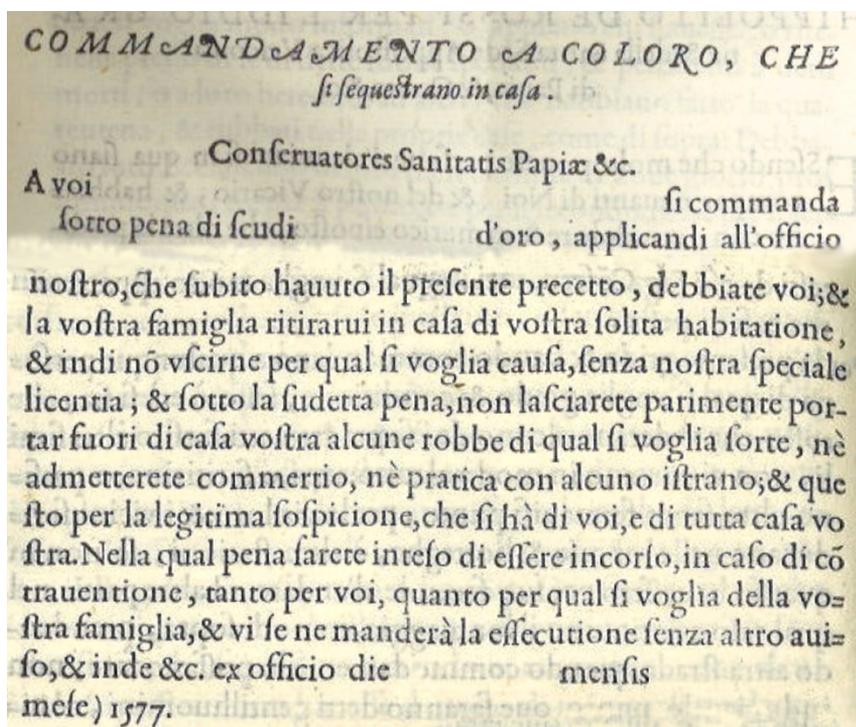


Fig. 1 - Gli ordini cui si dovevano attenere i sequestrati, in *La ertitione*, c 36 r. e v. Museo per la Storia dell'Università di Pavia

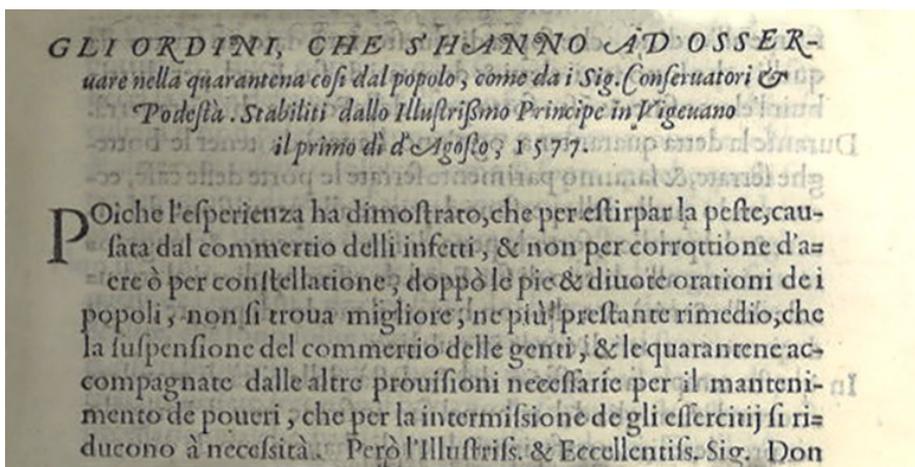


Fig. 2 - Gli ordini da osservare durante la quarantena, in *La ertitione*, c. 63 r. Museo per la Storia dell'Università di Pavia

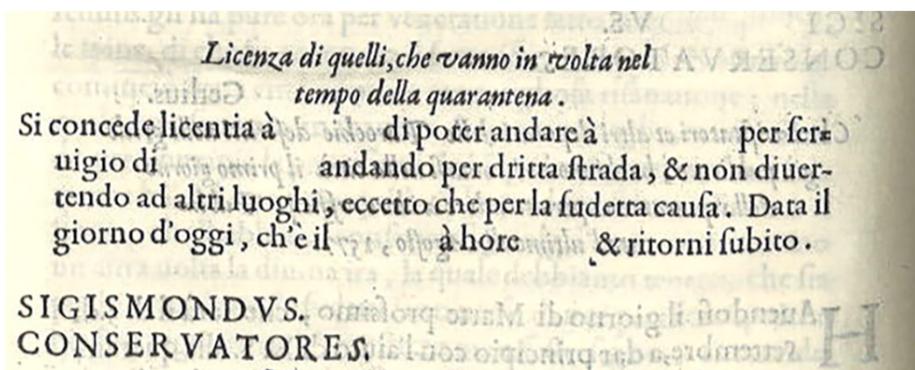


Fig. 3 - Licenza per coloro che uscivano durante la quarantena, in *La Ertitione*, c. 78 v. Museo per la Storia dell'Università di Pavia

