

53° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina

Senigallia 28-30 aprile 2022

ABSTRACT



Comune di Senigallia

UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

53^o

**Congresso della
Società Italiana
di Storia
della Medicina**

28, 29, 30 APRILE 2022

Rotonda a Mare
Palazzetto Baviera
Biblioteca Antonelliana



Società Italiana
di Storia della Medicina

Presidente onorario SISM
Giuseppe Armocida

Presidente SISM
Adelfio Elio Cardinale

Presidente del Congresso
Alessandro Bargoni

Vice Presidente
Giulio Argalia

Segreteria generale
Stefania Fortuna



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Repubblica di San Marino

Collana della *nuova*Rivista di Storia della
Medicina

CONGRESSI 1

**53° Congresso Società Italiana
di Storia della Medicina
Senigallia 28-30 aprile 2022**

Abstract delle comunicazioni

a cura di:

Alessandro Bargoni
Luisa Ferrari
Nicolò Nicoli Aldini
Raimonda Ottaviani
Maria Francesca Vardeu

Società Italiana di Storia della Medicina - 2022

ISSN: 2724-4954



Quest'opera è stata rilasciata
con licenza Creative Commons
Attribuzione 3.0 Italia

Indice

Parole introduttive del Presidente Onorario Giorgio Cosmacini	I
Lettura inaugurale Bioetica tra antichità e attualità Riccardo Di Segni	III
La pandemia nella storia	1
L'infanzia ieri e oggi	37
Comunicazioni a tema libero	65
Il contributo femminile allo sviluppo delle scienze mediche	101
La paleopatologia: una scienza fra medicina e archeologia	127

Parole introduttive del Presidente Onorario Giorgio Cosmacini

La “presidenza onoraria”, conferitami dai professori Alessandro Bargoni e Adelfio Elio Cardinale, del Comitato scientifico del 53° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina mi dà l'onore e l'onere di introdurre questo corposo volume degli Abstract congressuali.

In premessa, mi piace ricordare che cinque anni or sono, con lettera in data 15 marzo 2017, il presidente Cardinale mi informava che “la Società Italiana di Storia della Medicina è impegnata in una fase di ristrutturazione e innovazione”. A distanza di un quinquennio da quella data, si può dire che il volume degli Abstract è una riprova che l'impegno allora enunciato ha conseguito appieno il proprio obiettivo.

Ciò mi dà lo spunto per una riflessione sulla storia della storiografia medica italiana, uscita mezzo secolo fa dai confini della “storia tecnica”, come riconosciuto dallo stesso professor Luigi Belloni che ne era il maestro inimitato, per approdare via via alle più vaste latitudini della “storia sociale”, della storia delle idee, della mentalità, della vita materiale, della sanità e del “mestiere di medico”.

Sull'onda lunga della storiografia degli “Annales”, Jacques Léonard scriveva che “la medicina-scienza non è mai una ricerca isolabile, è la medicina di un contesto culturale” e nel volume su *La nouvelle histoire*, a cura di Jacques Le Goff, Philippe Ariès invitava ad allargare lo sguardo stori-

grafico affermando che la storia della medicina è “storia degli individui [i medici] e degli avvenimenti da essi provocati”, mentre la storia della salute è “storia di una umanità anonima, in cui ciascuno di noi può riconoscersi”.

L’avvio in Italia di questa nuova storia ebbe, tra i suoi promotori, figure di storici autorevoli come quelle di Carlo Maria Cipolla e di Mirko Drazen Grmek.

Nel presentare la riedizione italiana del libro di Grmek su *Le malattie all'alba della civiltà occidentale* (Il Mulino, Bologna 2011, p. IX) ho scritto - mi sia perdonato il vezzo dell'autocitazione - che “la storiografia delle scienze della vita - biologia e medicina - da lui sviluppata in quasi quarant'anni di magistero, si è arricchita, grazie al suo indirizo, di metodi nuovi, di nuove idee. Ricostruire storicamente le scienze biomediche era per lui costruire un nuovo sapere. Storicizzando, metteva in guardia contro l'enfasi celebrativa delle vittorie della medicina. Il suo penetrante sguardo al passato tendeva, nel fondo, a capire meglio il presente e a pensare criticamente il futuro”.

Tutto ciò ha contribuito ad applicare, aggiornare, attualizzare in campo biomedico la metodologia storiografica di Marc Bloch, che nel 1944, poco prima di essere stroncato dal piombo nazista, nelle pagine di *Apologie de l'histoire* ci ha lasciato l'indicazione del *Métier d'historien*.

È un metodo per certi aspetti affine a quello che innerva il “mestiere di Medico”: ricerca anamnesticca del passato, studio gnostico del presente, predizione prognostica del futuro. La procedura per il fine terapeutico del percorso di cura è la medesima con cui lo storico si inoltra nei tempi percorsi dall'umanità per ripercorrerli e per avvalorare o criticare la *historia magistra*.

Questa mia breve introduzione si conclude con il vivo augurio alla Società Italiana di Storia della Medicina di un sempre illuminato e proficuo avvenire.

Lettura inaugurale

Bioetica tra antichità e attualità

Riccardo Di Segni

*Vice Presidente Comitato Nazionale di Bioetica
Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Roma*

Introduzione

La bioetica è una disciplina che si occupa delle questioni morali che devono guidare la ricerca e la pratica medica e biologica. Il nome di questa disciplina è piuttosto recente, essendo stato usato nel 1970 da un biochimico e oncologo americano Van Rensselaer Potter II, in un articolo intitolato “Bioethics, the Science of Survival”. Prima di lui, in campo filosofico, ne aveva parlato nel 1927 il teologo tedesco Fritz Jahr, con l’espressione “imperativo bioetico”.

Se il nome della disciplina è nuovo, non lo è il suo oggetto. Si può dire che da quando esiste un’attività di cura esiste la domanda su cosa sia lecito fare e se esistano limiti e regole. C’è comunque uno spartiacque storico che segna la diffusione di una coscienza collettiva intorno a temi bioetici, e lo si può individuare nel “Processo ai dottori”. Questo processo celebra-

to a Norimberga alla fine della seconda guerra mondiale, come primo dei processi “secondari” (preceduto da quello più noto e clamoroso che vide alla sbarra i maggiori leader nazisti) giudicò i crimini di guerra e anteguerra di cui si erano macchiati politici e operatori sanitari, in particolare nei programmi di eliminazione degli handicappati e negli esperimenti su esseri umani non consenzienti, prigionieri di guerra o appartenenti a “razze inferiori”. Il processo con le sue condanne sancì principi fondamentali di difesa della dignità umana e di correttezza nella ricerca e nell’esercizio professionale.

La bioetica ha quindi una storia molto lunga. E appare opportuno chiudere una sorta di rettangolo: come la medicina ha la storia della medicina che ne studia l’evoluzione, così la medicina ha la bioetica come riferimento morale, e la bioetica a sua volta ha la sua storia. E come sulla storia della medicina convergono studiosi multidisciplinari, la bioetica, per sua natura multidisciplinare (diritto, biologia, medicina, filosofia, religione, antropologia) si arricchisce di un approccio storico multidisciplinare.

Scopo di questa nota è proprio quello di segnalare, con una serie di esempi, le complessità del ragionamento bioetico, mettendo in evidenza come la saggezza antica, che si è espressa in modi differenti, possa rappresentare una guida nelle scelte attuali. La maggioranza degli esempi vengono dalla tradizione biblica e dall’interpretazione ebraica e cristiana, che rappresentano ovviamente una delle tante prospettive del mondo bioetico, ma con ricchezze specifiche ed esemplari.

Antico e nuovo in bioetica

Il ricorso alla storia nella riflessione bioetica potrebbe sembrare inadeguato, tenendo presente una difficoltà connaturale alla bioetica: l’evoluzione tecnologica propone nuove e inattese possibilità, e con le possibilità dei problemi bioetici che in

tempi anche molto recenti sarebbero stati impensabili, scenari fantascientifici. Con quali strumenti la saggezza antica potrebbe dare un contributo di idee?

Per comprendere meglio i termini del problema si possono citare i titoli di alcuni recenti pareri espressi dal Comitato Nazionale per la Bioetica. “L’editing genetico e la tecnica CRISPR-CAS9: considerazioni etiche” si riferisce alle possibilità di modificare il patrimonio genetico, la cui esistenza era appena nota fino a qualche decennio fa. Sulla tecnica dei trapianti, in continua evoluzione, c’è un “Parere in merito alla conservazione dell’anonimato del donatore e del ricevente nel trapianto di organi” e un altro intitolato “Accertamento della morte secondo il criterio cardiocircolatorio e ‘donazione controllata’”, che discute sulla definizione di morte alla luce di recenti sviluppi tecnologici. Del tutto nuova la problematica relativa alla possibilità farmacologica, chirurgica e legale di “cambiare” sesso, e di ritardare la pubertà nelle persone potenzialmente interessate a farlo: “In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell’uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere”. Alcune implicazioni bioetiche e giuridiche derivanti dalle tecniche per il trattamento della sterilità e la fecondazione assistita sono discusse nel parere “Considerazioni bioetiche sullo scambio involontario di embrioni”, un caso verificatosi in un ospedale romano. Rispetto a tutte queste novità, risultano invece antiche, per quanto farmacologicamente attualizzate, le tematiche della “Sedazione palliativa profonda continua nell’imminenza della morte” e le “Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito”. Sui problemi della pandemia, si dirà dopo. Nel frattempo, da questa serie di dati, la tematica bioetica appare concentrata e condizionata dallo sviluppo scientifico. Sul suicidio è evidente che c’è molta saggezza antica. Ma sulla fecondazione assistita, il cambio di sesso e l’editing genetico?

I quattro principi

Nel tentativo di sistematizzare la materia, e di trovare una base comune e condivisa di regole che superi le scuole di pensiero e le ideologie che si scontrano nella pratica quotidiana, è stato proposto un modello basato su quattro principi fondamentali:

Principio di *autonomia*: il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale. È una delle basi della attuale pratica medica che si oppone al tradizionale paternalismo.

Principio di *beneficenza*: il personale sanitario deve agire tutelando l'interesse del paziente.

Principio di *non maleficenza*: l'esercizio della medicina non deve causare danno al paziente.

Principio di *giustizia*: in caso di risorse limitate, i trattamenti devono essere distribuiti tra i pazienti in modo equo e giusto.

Quanto c'è di antico o di nuovo in questi quattro principi? C'è chi ha trovato delle formule latine per esprimerli, dandogli in questo modo un aspetto di solennità e autorità. La cosa funziona quasi bene per il terzo principio, con la ben nota frase *primum non nocere*, che erroneamente attribuita a Ippocrate, sarebbe ben più recente, persino ottocentesca. Mentre sembrano un po' forzate le prime due proposte, rispettivamente: *voluntas aegroti suprema lex* e *salus aegroti suprema lex*. La prima soprattutto, essendo il paternalismo la norma e la prassi di secoli, e l'autonomia una conquista recente. Sul quarto principio non c'è neppure bisogno di trovare una frase in latino, il problema è, come si vedrà più avanti, la sua corretta applicazione proprio in momenti di grave crisi.

Bioetica come conflitto di principi

Il problema che si vorrebbe risolvere definendo i quattro principi è in realtà assai più complicato. Sia perché l'applicazione del singolo principio non è mai semplice e scontata, sia perché il dilemma etico nasce più spesso dal bilanciamento e dalla necessità di conciliare esigenze opposte, non il bene contro il male, ma un bene con un altro bene. Un esempio classico di questa situazione lo troviamo in un noto brano del Vangelo, in Matteo 2:28 nel quale si racconta di una guarigione operata da Gesù nel giorno di Sabato, della critica a lui rivolta per aver profanato il Sabato, e delle sue risposte, tra cui la frase: "E diceva loro: «Il sabato è stato fatto per l'uomo e non l'uomo per il sabato!»". La discussione è sul fatto che il rispetto del Sabato è un dovere religioso importante, e che la vita e la salute dell'uomo sono importanti, ma che dovendo scegliere tra i due è la vita più importante del Sabato. Chi legge quel brano nei Vangeli ricava l'impressione di un insegnamento rivoluzionario rispetto a un contesto in cui il Sabato sarebbe stato considerato prevalente sulla vita umana. In realtà il confronto con i testi rabbinici mostra la condivisione dello stesso principio. Trattando questa regola estesamente (TB *Yomà* 85b), i rabbini non misero in discussione il fatto che la vita prevale sul Sabato; si dilungarono piuttosto su due piani; il primo, la ricerca di una giustificazione scritturale o logica a un principio condiviso, e su questo discussero varie soluzioni compresa quella della frase di Gesù, ma alla fine conclusero che la prova migliore derivasse da una frase del Levitico, 18:5: *questi sono i precetti che l'uomo metterà in pratica e vivrà con loro*; interpretata nel senso che con i precetti si deve vivere e non si deve morire a causa dei precetti. L'altro piano di intervento rabbinico fu quello della distinzione e del bilanciamento: non tutte le regole del Sabato sono di pari rigore, e non tutte le malattie sono uguali, c'è il pericolo di vita e c'è il raffreddore, per cui non basta dire che la vita prevale sul Sabato,

ma bisogna bilanciare e distinguere. È in questa classificazione di gravità che tuttora, in ogni scelta bioetica, si soppesano e si articolano le scelte morali.

La problematicità delle fonti

L'antichità delle fonti con conferisce automatica autorevolezza né certezza, e richiede un approccio critico. Un esempio importante è nel Giuramento di Ippocrate, un documento fondamentale della storia della medicina, e per certi aspetti della bioetica. Tre frasi sono significative:

“Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio”. Da alcuni critici questa frase, in assenza a qualsiasi riferimento alla volontà del malato, è considerata come il “manifesto” della medicina paternalistica.

“Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere”. In tempi come il nostro in cui il suicidio assistito viene depenalizzato o autorizzato, questa frase risalta per contrasto, a segno di concezioni completamente differenti.

“...e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto”. La versione originaria pare si riferisse all'uso del “pessario”, la versione corrente sarebbe dovuta a una modifica inserita per influsso cristiano.

Basta questo per mostrare come i principi, le sensibilità le ideologie evolvano e come i documenti che ne attestano l'evoluzione debbano a loro volta essere analizzati per le sovrapposizioni e le modifiche apportate.

Un problema non tanto recente: il suicidio assistito in accezione militare

Per un tema di dibattito attuale come quello del suicidio assistito, in cui lo sviluppo tecnologico è di minore importanza, le fonti antiche non mancano e vanno in direzioni opposte. È interessante come il problema sia affrontato nella Bibbia. Il re Saul morì in battaglia sconfitto dai Filistei. Per non cadere vivo nelle loro mani chiese allo scudiero di trafiggerlo, ma questi si rifiutò e allora il re si gettò sulla sua spada. Così racconta i fatti l'ultimo capitolo (31) del primo libro di Samuele (vv. 3-5). L'inizio del libro successivo, 2 Samuele, porta una versione integrativa: il re fu finito, per sua richiesta, da un giovane amalecita che girava per il campo di battaglia in cerca di bottino; ma quando il giovane lo raccontò a David, pensando di fargli un piacere, questi lo fece uccidere. Si imparerebbe da tutto questo che sul tema del suicidio in condizioni particolari (per evitare sofferenze) c'è una certa tolleranza, ma l'assistenza al suicidio, o l'omicidio su richiesta non sono consentiti, anche se in questo caso c'è la specifica aggravante di lesa maestà.

La storia ha però declinato le circostanze in modo diverso. È ben noto l'uso di un tipo speciale di pugnale, corto e molto affilato, in dotazione dei soldati per secoli, chiamato eufemisticamente "la misericordia"; perché veniva utilizzato dopo la battaglia per finire "misericordiosamente" i feriti gravi, anche del proprio campo, che non sarebbero sopravvissuti, per risparmiargli un'agonia lunga e dolorosa.

Versioni e esegesi. Una parola cambia la storia

La stessa fonte antica, e per alcuni sacra, può essere elaborata in modi differenti e basta poco per creare un divario tra le tradizioni. Un esempio notevole è un passaggio dell'Esodo 21,

versetti 22-23, dove si discute il caso di due persone che litigando colpiscono una donna incinta e ne provocano l'aborto. Se non avviene una disgrazia, nel senso che la donna non muore, allora bisognerà compensare il danno con una pena pecuniaria. Se invece la donna muore, allora si entra nell'ambito giuridico dell'omicidio. Letta così, la norma dimostra che la vita della madre non vale quanto quella del feto e l'aborto è un reato, ma non è omicidio. Questa è la versione del testo masoretico, quello originario e ufficiale della tradizione ebraica, e a questa si adegua anche la Vulgata latina. Ma la traduzione greca dei Settanta, in una prima versione prodotta ad Alessandria d'Egitto ai tempi di Tolomeo Filadelfo (285-247 av. e.v.) introduce una variante, al posto di "disgrazia" mette "formato", per dire che se il feto non è formato ci sarà una pena pecuniaria, ma se è formato allora la sua morte equivale all'omicidio. Si noti come il cristianesimo nascente si sia basato molto più sul testo greco che su quello ebraico, e il suo particolare rigore nel divieto di aborto può discendere anche da questa lettura modificata. Basta una parola per cambiare la storia.

A volte, anche una virgola

Sempre sul tema dell'aborto è interessante la discussione che parte dal versetto della Genesi (9:6) che è il primo a vietare l'omicidio. La legge è formulata in questi termini: *Chi versa il sangue dell'uomo con / nell'uomo il suo sangue sarà versato. Con / nell'uomo* rende l'ebraico *baadàm (adàm* è l'uomo, da cui Adamo) con la preposizione *ba* che può avere vari significati: "con", "in", "per mezzo di". Il senso letterale della frase è che lo spargimento di sangue umano sarà punito con il sangue di chi l'ha sparso, per mano umana. Appare evidente la struttura simmetrica della frase, fatta di due elementi speculari: *chi versa / sarà versato, il sangue / il suo sangue, dell'uomo / nell'uomo*. E questo autorizza a mettere una pausa, una specie

di virgola tra i due segmenti simmetrici (*dell'uomo, nell'uomo*). Ma c'è la possibilità di spostare avanti la virgola e leggere tutto insieme: *dell'uomo nell'uomo*, . E chi è *l'uomo nell'uomo*? Il feto nel grembo materno. Quindi la soppressione del feto sarebbe un omicidio. In tempi molto più recenti il ragionamento su questa fonte è servito per un problema attuale. L'ovulo umano fecondato in vitro, e non ancora impiantato nel grembo materno, ha dignità giuridica umana? Su questo i pensieri e le teologie in particolare hanno molto dibattuto. Partendo dal versetto citato e dalla sua seconda interpretazione che difende il feto, si osserva che la sua dignità umana gli deriva dal fatto che è essere umano *dentro* a un essere umano, ma finché sta fuori, in una capsula di Petri, ancora non ce l'ha.

Lezioni chiare

A fronte di queste difficoltà interpretative, il racconto biblico presenta delle situazioni esemplari dalle quali si ricavano insegnamenti chiari. All'inizio del libro dell'Esodo (1:15-20) il Faraone decide di iniziare una campagna di sterminio dei figli di Israele, usando metodi discreti, chiedendo la collaborazione delle levatrici che, al momento del parto, se esce un maschio lo dovranno sopprimere simulando una malattia. Le levatrici si rifiutano adducendo una scusa, le donne ebraiche sono rapide a partorire e loro arrivano tardi. Se ne deducono diversi principi: il divieto di uccidere neonati, il divieto di selezione di sesso, e una sorta di obiezione di coscienza e di rifiuto di obbedire al potere, anche se esercitata in modo non esplicito.

Un altro esempio importante e ben noto è quello del giudizio del re Salomone, raccontato in 1 Re (3:23-27). Due prostitute stanno allevando insieme i loro neonati ma uno di loro muore e la madre si vuole prendere l'altro bambino. La lite arriva davanti al re che, per decidere chi sia la madre, elabora lo stragemma di ordinare di dividere in due il bambino tra le conten-

denti; al che la vera madre si rivela tale cedendo il piccolo all'altra donna, rinunciando a lui purché non venga ucciso. Dall'episodio si ricava tra l'altro la morale che in caso di contesa è l'interesse del bambino prioritario, da affidare al genitore o a chi può meglio tutelarlo.

Lezioni meno chiare

In altri casi gli episodi biblici propongono situazioni attuali o addirittura anticipano l'attualità, ma il confronto richiede molta cautela e grandi distinzioni. In tempi di maternità surrogata, viene portata ad esempio la storia delle matriarche sterili. Al capitolo 16 della Genesi si racconta che Sara, non avendo figli consegna al marito Abramo, la sua serva Hagàr perché la metta incinta, con la speranza, assistendola al parto, di potere avere figli per suo tramite. Una situazione analoga si ripete con il nipote di Abramo, Giacobbe, la cui moglie, Rachele, che non riesce ad avere, gli consegna la serva Bilha: "che partorisca sulle mie ginocchia, e anche io possa avere figli da lei" (Gen. 30:3). L'analogia con la maternità surrogata di oggi sta nel forte desiderio di maternità, nella ricerca di soluzioni, nell'uso di un'estranea per risolvere il problema. Ma l'analogia si ferma qui, perché la "tecnica" è differente, la madre sterile non mette il suo patrimonio genetico a disposizione, il bambino non è suo, anzi è un estraneo che pone un problema conflittuale con il suo inserimento in famiglia, così come lo pone il destino della madre "surrogata", che resta madre e sta con il bambino, laddove nel meccanismo attuale la madre che ha portato avanti la gravidanza scompare, e non è un piccolo problema etico. E ancora fa pensare il fatto che le due "surrogate" della Genesi siano delle donne serve, quindi non libere, e nell'attualità si pone il problema se sia veramente libera, oltre che lecita, la scelta delle donne che accettano di mettere a disposizione la

propria capacità di portare avanti una gravidanza per conto di altri.

Pandemia e bioetica

La bioetica è salita bruscamente alla ribalta con la pandemia Covid-19, nel corso della quale i governi hanno dovuto prendere rapide e drastiche decisioni sulla base di dati tecnici; ma molte delle questioni erano essenzialmente bioetiche, anche se forse questa parola non veniva molto citata. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (che poteva riunirsi solo telematicamente) in questi due anni è stato molto attivo nel seguire le discussioni e intervenire puntualmente. L'orizzonte dei problemi è cambiato in corso d'opera. All'inizio il grande problema etico era la definizione dei criteri di priorità nel diritto di accesso a cure intensive, quando i malati erano tanti e i posti in terapia intensiva pochi. In alcuni Stati si parlava persino di non ammettere pazienti al disopra di una certa età. Poi il problema etico si è spostato sulla liceità di interventi di salute pubblica limitativi della libertà di movimento. Quando si è cominciato a parlare di vaccini la discussione pubblica si è arroventata e i problemi sollevati diversi: se ci fosse un dovere per lo Stato a predisporre e accelerare la campagna vaccinale, se ci fosse un diritto o un dovere di vaccinarsi, un diritto di rifiutare il vaccino, e, di nuovo, scarseggiando le dosi, chi ne avesse il diritto prioritario. E ancora, la liceità di limitare i movimenti in base all'effettuata vaccinazione. E poi cosa fare dei minori, degli stranieri e dei rifugiati. E come condurre una corretta campagna di informazione.

La discussione bioetica ha mostrato come fosse problematica l'applicazione dei quattro principi. Per quello dell'autonomia: se le persone fossero libere di rifiutare le cure e il vaccino, quando, con la loro scelta negativa, potevano contribuire alla diffusione del contagio. Per il principio di beneficenza: se

l'obbligo di fare il bene riguardasse solo gli operatori sanitari o chiunque, che si deve preoccupare della salute collettiva (e quindi vaccinarsi). Per il principio di maleficenza: se il vaccino è efficace, se andasse fatto per non esporre gli altri a rischio di infezione; se è rischioso per le persone o poco efficace, perché imporlo. Quanto al principio di equità, il problema si pone nel definire regole di uguale o prioritario accesso a cure/vaccino.

Rischio personale e collettivo

È interessante notare come nella storia dei vaccini (e della bioetica ad essi collegata) c'è stato uno spostamento di problematica. All'inizio il problema era se fosse lecito affrontare il rischio collegato al vaccino stesso per evitare le conseguenze spesso catastrofiche della malattia. In campo ebraico la prima testimonianza in proposito viene dall'Italia, circa 10 anni prima della scoperta di Jenner e si inserisce nel dibattito sulla variolizzazione. Un'autorità rabbinica importante e riconosciuta, Laudadio Sacerdote di Modena (Ishmaël haKohèn, *responsa Zèra' Emèt II*), affrontò il problema giuridico del bilancio rischio/beneficio e concluse sulla liceità (non l'obbligatorietà) della variolizzazione. Il suo ragionamento partiva da una informazione scientifica errata, che la procedura fosse sostanzialmente innocua se non in una minima percentuale di casi, laddove sappiamo che la percentuale di mortalità era rilevante (forse il 10%, un grave incidente era avvenuto proprio a Modena). Ma una volta comparso il vaccino di Jenner, non senza rischi, ma di entità effettivamente minore, i ragionamenti di Sacerdote aprirono la strada ad un'ampissima accettazione. Il quadro bioetico è da allora cambiato, o meglio si è integrato: dal rischio personale si è passati a quello pubblico, con il concetto di "Immunità di gregge". Il vaccino diventa per chi accetta la sua validità scientifica, un obbligo sociale; il problema

bioetico diventa quello dei doveri del singolo nei confronti del pubblico anche a rischio personale, con il limite all'autonomia decisionale.

Risorse limitate

Se non ci sono sufficienti posti in rianimazione, chi ha la precedenza? Se non ci sono sufficienti vaccini, chi ha la precedenza? Normalmente vi sono delle regole precise per il triage, in cui si classificano gli accessi per gravità e ordine temporale. L'emergenza ha messo in crisi un ordine abbastanza stabile. Ma si sapeva già che l'emergenza può rimescolare le regole. Un caso "classico", da un contesto bellico, è quello che si pose alla fine del 1942, quando era in corso l'operazione Torch, che aveva lo scopo da parte degli alleati di contrapporsi alle forze dell'Asse in Nord Africa. Truppe inglesi combatterono in Algeria, e i feriti riempirono gli ospedali da campo. Gli inglesi, grazie alla scoperta di Fleming, erano riusciti a produrre la Penicillina, ma le quantità disponibili erano poche. Un ferito in battaglia avrebbe sicuramente giovato della Penicillina, sarebbe sopravvissuto ma probabilmente inabile a tornare a combattere. Ma nel frattempo le truppe in licenza si erano sparpagliate, malgrado gli ordini, nei bordelli della Casbah, e molti si infettarono di gonorrea. Anche a loro poteva essere utile la Penicillina e sarebbero potuti tornare a combattere subito. Per cui si pose il problema di chi avesse la priorità sulle risorse limitate. La risposta del War Cabinet fu decisiva: darlo ai frequentatori dei bordelli. Nulla di più "immorale" se si considerano le condizioni che avevano determinato la necessità dell'antibiotico, ma il ragionamento fu che bisogna vincere la guerra e che servivano soldati per combatterla.

Sono considerazioni che ancora valgono in incidenti di massa. Lo scopo è quello di salvare quante più vite possibili, e non è più possibile salvare ognuno. Per cui i pazienti che possono ca-

varsela con piccoli e brevi interventi per salvare la vita o gli arti, con buone possibilità di sopravvivenza, hanno la precedenza su quelli che hanno lesioni molto gravi. Considerando l'individuo singolo può sembrare una crudeltà, considerando la collettività è un beneficio. Fortunatamente con la pandemia, almeno in Italia, la necessità di questa scelta è apparsa all'orizzonte ma non si è concretizzata realmente. Però esiste.

Considerazioni finali

Gli esempi presentati sono serviti a dimostrare quanto sia antica la riflessione umana su problemi attuali che possono arrivare ad essere estremamente divisivi. La saggezza antica va conosciuta, esplorata e discussa. Maimonide (1138-1204) che era medico, filosofo e rabbino, nella sua *Guida degli smarriti* (3:14) si pose il problema dell'autorità degli antichi. E introdusse un'importante considerazione: la scienza ai loro tempi era limitata e le affermazioni scientifiche dell'antichità possono essere giuste o erranee, e vanno sempre vagliate con prove ed esperienza. L'autorità degli antichi è una guida, da gestire però criticamente. Ma è anche uno strumento prezioso da usare per allargare le prospettive e gli orizzonti anche se ci sembra che i problemi di oggi siano una novità assoluta.

La pandemia nella storia

Le epidemie tra medicina e politica

R. Malta

Università di Palermo

L'epidemia da coronavirus (COVID-19) che da oltre due anni imperversa in Italia e nel mondo ha chiamato i governi ad adottare speciali misure di contenimento. Le soluzioni dei governi hanno impegnato la vita individuale e collettiva con decisioni inedite e forse non disgiunte da convenienze politiche. Già, la politica! Invocata di solito per ricevere finanziamenti e governare gli assetti dell'organizzazione sanitaria, l'abbiamo vista attivarsi nel "controllo sociale" della comunità. Come scrive William H. McNeill, le epidemie hanno avuto una certa importanza nel ridurre la densità delle popolazioni, ma anche nel determinare il corso degli eventi militari e, specifico, politici (Sabbatani).

La ricercatrice sudafricana A. Coetzee (2021) ha denunciato – in dichiarazioni rilasciate al *Welt* e al *Daily Telegraph* – di aver ricevuto pressioni da governi stranieri, anche europei, affinché affermasse che la variante Omicron era "pericolosa", e a non dichiarare invece che era responsabile di "una malattia lieve"; tuttavia il direttore generale dell'OMS diede l'immagine di uno "tsunami di casi", da cui numerosi governi inasprirono le restrizioni. Perché? Per perseguire l'obiettivo di mantenere la tensione al fine di stringere le maglie sul controllo sociale? Usare l'epidemia come uno strumento per altri fini di cui la sanità è mezzo? La peste di Palermo del 1575-1576 di G.F. Ingrassia offre l'occasione per riflettere sui rapporti tra medici e politica, e di scavare nei dubbi sollevati da questo studio.

Il virus nella mente. Un'analisi dei comportamenti reiterati nelle grandi epidemie della storia

A. Bellomo

Università di Foggia

L'Autore ha effettuato un percorso storico-narrativo delle principali epidemie della storia dell'uomo, soffermandosi maggiormente su quelle di cui esiste maggiore documentazione (Peste Nera, Febbre Spagnola, Tubercolosi, AIDS, Pandemie influenzali del XX secolo), al fine di valutarne i principali effetti psicosociali; ha voluto cioè evidenziare quali credenze, comportamenti e reazioni psicologiche sono state messe in atto dalla popolazione nelle condizioni prodotte da queste calamità naturali, al fine di evidenziare quelle che si ripetevano più frequentemente.

Ne è emersa una disamina che spazia dalle più frequenti ipotesi causali effettuate dalla popolazione, quali la necessità etico-religiosa di espiare una propria colpa pregressa, l'ipotesi di un complotto ordito da gruppi di "diversi" (gli ebrei furono ripetutamente accusati di avvelenare i pozzi) o nemici ("guerra batteriologica"), o alcune bizzarre teorie pseudoscientifiche (la congiunzione dei pianeti Marte, Giove e Saturno avvenuta in data 20 marzo 1345, ad esempio) che attualmente dovremmo identificare come *Fake News*, alle più frequenti risposte comportamentali quali la fuga nelle campagne, l'isolamento forzato (con forme atipiche e ludiche come quella descritta da Boccaccio nel Decamerone), la segregazione dei contagiati nei

lazzaretti o nei sanatori, l'investimento nel culto di santi particolarmente vicini ad ogni singola malattia (San Rocco in primis), fino a vere e proprie forme di superstizione come quella messa in atto dai Flagellanti durante la Peste Nera.

Il risultato ottenuto da questo percorso è stato quello di evidenziare che spesso ripetiamo sempre gli stessi pensieri o comportamenti (ancorché con modalità culturali diverse), se esposti alla stessa tipologia di minaccia, anche a distanza di alcuni secoli, in una sorta di “coazione a ripetere” collettiva; un obiettivo intelligente potrebbe essere quello di apprendere dal passato per controllare meglio il futuro, ma anche quello di poter intervenire, laddove possibile, al fine di evitare nuovi episodi di pregiudizio, discriminazione, segregazione che in passato si sono rivelati francamente inutili, se non dannosi.

Le grandi epidemie della storia e l'arte figurativa

N. Ferrara

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

M.D. Iovino

Università Federico II

M. Spoleto

Università Federico II

Le malattie epidemiche a carattere trasmissibile hanno da sempre accompagnato la storia della umanità, dai primi casi di vaiolo descritti in Egitto alle ondate di peste che hanno sconvolto il mondo, fino alle recenti pandemie virali come l'influenza spagnola da virus Influenza A H1N1 a RNA, alla COVID - 19 da Virus SARS CoV 2 a RNA. Il grande impatto delle devastazioni indotte dalle epidemie sul piano umano, sociale ed economico è stata fonte di ispirazione, nell'ambito delle arti, e in particolare di quelle figurative, per artisti coevi e no. In questa breve trattazione sottolineeremo alcuni aspetti delle opere più note che hanno come tema l'epidemia.

La rappresentazione della *La Peste di Azoth* (dipinto di Nicholas Poussin, 1631. Louvre) (148x198 cm) fu ispirata all'autore dall'epidemia di peste scoppiata a Milano nel 1630, una terribile epidemia descritta nei *Promessi Sposi* da Alessandro Manzoni che si scatenò nel Nord Italia tra il 1630 e il 1631 e descrive un passo del primo libro di Samuele, nel quale Dio punisce i Filistei rei di aver rubato l'Arca dell'Alleanza. Interessante osservare la descrizione che fa Poussin dell'episodio biblico individuando in primis la presenza dei

ratti. Di fatto, la peste è una malattia infettiva di origine batterica causata dal bacillo *Yersinia pestis*, scoperto nel 1894 da Alexandre Yersin. Si tratta di una zoonosi, il cui reservoir è costituito proprio dai roditori che diffondono il batterio e la malattia mediante l'utilizzo di un vettore ematofago (la pulce) che si annida nel manto dell'animale. Nel libro di Camus "La Peste" il ritrovamento di un topo morto è il primo episodio che fa presagire la catastrofe imminente. Altro aspetto da evidenziare è la presenza nel dipinto di Poussin degli uomini che si coprono il viso nel tentativo di proteggersi dai miasmi. Il miasma, emanato dalla decomposizione di materiale organico, che era ritenuto fino al XVIII secolo segno patognomonico degli episodi di pestilenza (malaria, peste, etc.) e responsabile della diffusione e del contagio in coerenza con le teorie ippocratiche/galeniche basate sugli umori. Il dipinto, che ha come sfondo numerose architetture classiche, esprime un intenso pathos con colori scuri e oppressivi con la rappresentazione di persone letteralmente terrorizzate. Il richiamo religioso è evidente nella raffigurazione dell'arca della alleanza sullo sfondo del dipinto confermando che, da sempre, tali catastrofi sono interpretate come una divina punizione.

Il rapporto tra religiosità ed episodi di devastazione legati alla peste o ad altre calamità epidemiche ricorre in molte opere di arte figurativa di tutte le epoche. Classica rappresentazione di questo rapporto è la tela *San Gennaro intercede presso Cristo, la Vergine e il Padre Eterno per la fine della peste* di Luca Giordano (Napoli, 1634-1705) (400x315 cm) attualmente conservata nel Museo e Real Bosco di Capodimonte, Napoli (dal 2002), in consegna cautelativa, e proveniente dalla chiesa di Santa Maria del Pianto, una delle chiese monumentali di Napoli, il cui edificio sorge nel nucleo originario del cimitero di Poggioreale, attualmente in cattivo stato di conservazione, eretta in commemorazione delle vittime della epidemia di peste del 1656 a Napoli. Nella parte superiore del dipinto, oltre al patrono San Gennaro, è possibile riconoscere la gloria celeste,

rappresentata dal Cristo e dalla Madonna, inondati da intensi raggi di luce celeste. In contrasto, nella parte inferiore della tela, è perfettamente riconoscibile la scena degli appestati riversi per le strade (di cui i coevi e Luca Giordano furono probabilmente testimoni diretti), caratterizzate da immagini drammatiche con colori lividi. Pregevoli sono alcuni dettagli, come la presenza del monatto con il bavaglio per proteggersi dai miasmi e la presenza in primo piano di bubboni, segni patognomici della forma bubbonica della peste, caratterizzata dallo sviluppo di bubboni (raggruppamenti linfonodali infiammatori) a cui di norma seguono febbre, cefalea, brividi e astenia. A differenza della forma di peste polmonare la bubbonica non si trasmette da persona a persona, ma richiede il meccanismo del vettore.

Sempre a Capodimonte, dello stesso periodo, sono conservati i bozzetti preparatori (127x75 cm) per uno dei sette affreschi ex voto per le sette porte di Napoli realizzati da Mattia Preti (1613- 1699), pittore italiano tra i principali esponenti della stagione matura del barocco italiano e, più in particolare, del caravaggismo e della pittura napoletana del Seicento. Le due tele, anche se con qualche diversità nelle pose, sottolineano l'acquisizione di uno stile di pittura partenopea francamente barocco. Mediante un abile uso di contrasti cromatici l'artista rappresenta il mondo terreno, come teatro di desolazione e morte, con la scena dei monatti, intenti a trascinare i cadaveri, e quella della donna con il bimbo in grembo, che richiamano ampiamente i particolari della Peste di Azoth di Nicolas Poussin, dimostrando come tali elementi siano comuni a tutte le rappresentazioni della Peste. Aspetti dei bozzetti riprodotti anche da Luca Giordano nella tela relativa a San Gennaro che intercede presso Cristo e la Vergine.

Tornando alla iconografia classica del periodo a cavallo tra Basso Medioevo e Rinascimento, tipico è il tema del *Trionfo della Morte*, la cui massima rappresentazione è l'omonimo affresco staccato conservato nella Galleria regionale di Palazzo Abatellis a

Palermo (600x642 cm). Non si conosce il nome dell'autore (indicato come un generico *Maestro del Trionfo della Morte*) e viene datato al 1446 circa. La composizione è dominata al centro dall'ingombrante presenza di uno scheletrito cavallo bianco, montato dalla "cupa mietitrice" (palese rimando all'apocalittico cavaliere di S. Giovanni). L'arco e le frecce rappresentano simbolicamente la rapidità con cui la peste colpiva ampie fette di popolazione. Nell'affresco, ai piedi del destriero, si notano genti di ogni estrazione trafitte dai dardi che sottolinea come la malattia colpisca tutti indistintamente senza cura del ceto. Diversi studiosi teorizzano che la posizione delle frecce non sia casuale, bensì indichi i punti in cui la peste dà le sue massime espressioni cliniche (testa/occhi per febbre e cefalea, gola per tosse e polmoni, ascelle per i bubboni). La potenza espressiva della composizione è tale da continuare a ispirare anche i contemporanei, come Cecily Brown, che ripropone l'affresco nel suo *The Triumph of Death* (2019, attualmente in mostra al museo di Capodimonte) (535,94 x 535,94 cm) rappresentando persino le 4 suddivisioni centrali a croce dell'affresco originale (susseguente il distacco e successivo restauro dell'opera). L'autore, inserendo volutamente un ulteriore sfasamento dell'immagine, ha voluto aggiungere ulteriore dinamicità alla già drammatica scena, situazione esaltata ancor più dall'uso di colori innaturali e artificiosi (in netto contrasto con quelli miti e naturali dell'originale di Palermo).

In conclusione, la ricorrenza anche nell'arte moderna dei temi della morte e della devastazione delle malattie epidemiche è una viva e tangibile testimonianza di come tali eventi possano affascinare e terrorizzare gli uomini di tutte le epoche nel tentativo di esorcizzare la fragilità della natura umana.

Epidemie in diretta dalla storia

A. Beccarelli

Accademia Italiana di Storia della Farmacia

Nella storia delle malattie infettive e della lotta intrapresa per combatterle, l'Italia ha rappresentato il crocevia tra le conoscenze mediche e le epidemie transitate sul suo territorio.

I governanti degli stati italiani, dei ducati, o delle repubbliche hanno saputo limitare, o almeno attenuare, gli effetti devastanti di “morbi sconosciuti” adottando misure sanitarie d'avanguardia per quei tempi. Vennero predisposte strutture difensive organizzate e complesse con norme stringenti, minuziose e severissime.

Sorgerà spontaneo un parallelismo con l'attualità e si potrà notare come vi sia stata una sostanziale sovrapposizione di “modus operandi” per circoscrivere i contagi, nonostante i mezzi e le conoscenze mediche fossero allora nettamente inferiori.

Una rassegna di documenti originali, curiosi e inediti farà comprendere che, oggi come allora, l'uomo contemporaneo, davanti ad un virus sconosciuto, ha dovuto rassegnarsi a seguire strettissime regole di prevenzione in attesa nuove terapie.

Una maggiore diffusione della cultura medico-scientifica, l'importanza della ricerca farmaceutica, una maggior consapevolezza e fiducia nelle misure di prevenzione e delle pratiche vaccinali ci aiuteranno a far sì che l'attuale emergenza sanitaria divenga, al più presto, storia passata.

Pandemie, alias catastrofi e guerre

R. Ottaviani

Società Italiana di Storia della Medicina

Le pandemie presentano indubbiamente caratteri comuni, sia che appartengano al passato che a tempi più recenti: l'inizio è sempre improvviso o almeno sembra tale, si sottovalutano o addirittura si negano o si nascondono i primi casi, le autorità sanitarie impongono misure di prevenzione, in primis isolamento e quarantene...

Nella *Peste* di Albert Camus, l'argomento trattato non ha riferimenti storici pur descritto come una pandemia di peste bubbonica e polmonare di manzoniana memoria. Spesso la narrazione è metaforica, si tratta di una grave calamità che colpisce l'uomo come una guerra mondiale. (Non dimentichiamo che il libro fu stampato nel 1947)

Il protagonista, il dottor Rieux, alla fine del testo, quando finalmente il paese si è liberato dal morbo, afferma con parole precorritrici di "sapere tuttavia che non poteva essere la cronaca della vittoria definitiva [...] ricordava che quell'esultanza era sempre minacciata[...] il bacillo della peste non muore né scompare mai[...]sarebbe venuto il giorno in cui per disgrazia e monito agli uomini, la peste avrebbe svegliato i suoi topi e li avrebbe mandati a morire in una città felice". Parole significative perché purtroppo la condizione umana è estremamente precaria e non basta tutelarla con ogni mezzo disponibile, sarà sempre esposta a calamità e guerre anche al di fuori della propria e comune volontà di pace.

Pandemie e guerra nella Sicilia greca

E. Galvagno

Università di Catania

Quando si pone l'attenzione ai casi di peste nel mondo greco antico, viene subito in mente la descrizione di Tucidide su quella scoppiata ad Atene nel 430 durante la guerra del Peloponneso. Questa, però, nell'immediato non condizionò molto le sorti belliche. Tuttavia, la Grecia antica conobbe molti altri casi di pestilenza, meno noti perché non ebbero la fortuna di incontrare la penna di un Tucidide. Tale fenomeno, invece, ebbe una notevole importanza nella Sicilia greca antica. Oltre alla pandemia che colpì l'esercito ateniese nel 414, risultano molto importanti i casi di peste del 395 e del 382 che colpirono l'esercito cartaginese determinandone le sorti belliche.

Appare, perciò, fondamentale indagare sulla eziologia di queste frequenti pandemie e sulle caratteristiche iatriche del fenomeno.

***La Peste* di Camus quale paradigma sociosanitario del sovvertimento epidemico**

L. Ferrari

Anatomia Patologica, Ospedale Cardinal Massaia, Asti

M. Giacchetti

Divulgatore letterario radiofonico

La Peste, romanzo di Albert Camus del 1947, narra di un'epidemia mai realmente avvenuta ambientata negli anni Quaranta del secolo XX nella città di Orano. Nel corso di una storia dal tono asettico di una cronaca giornalistica, secondo l'esperienza lavorativa di Camus stesso, si delineano aspetti salienti della risposta medico-sociale alla violenza dell'epidemia che irrompe e sovverte la normalità, quali il monitoraggio epidemico, l'impatto sociale delle misure di contenimento della diffusione dell'infezione e il ruolo della comunicazione, verosimile echi della pandemia di influenza Spagnola. Nella narrazione la scienza medica appare in difficoltà nella gestione degli eventi, le conoscenze si dimostrano impotenti e l'unica risposta pare essere quella dell'impegno individuale rivolto alla comunità. I personaggi sono caratterizzati come attori di una tragedia dove la dimensione quotidiana è persa in tappe progressive. Il romanzo, quindi, pur essendo opera letteraria, riflette in modo fedele la dimensione sociale e medico-scientifica nel contesto epidemico.

La peste: una calamità demografica nell'Impero ottomano tra XVII e XVIII secolo

C. Buccianti

Università di Siena

M. Semboloni

Università di Pisa

Partendo dal presupposto che per un demografo superare i confini degli studi demografici per avventurarsi in altri campi, oggi più di ieri, rappresenta un'operazione imprescindibile per giungere a un approccio trasversale quali-quantitativo, il nostro contributo si incentra sull'epidemia di peste del 1676 che colpì alcune realtà del nord Africa. La ricostruzione prende spunto da alcuni documenti conservati presso l'Archivio storico del *De propaganda Fide* di Roma.

Una testimonianza dell'epidemia di colera del 1836 a Napoli, descritta da Francesco Mastriani ne *I misteri di Napoli*

Arturo Armone Caruso

Francesco Mastriani (Napoli, 1819-1891) è uno scrittore giornalista, poco noto. Come altri autori napoletani (es. Salvatore Di Giacomo) nel 1837 si iscrisse alla facoltà di medicina, che avrebbe frequentato per qualche anno, interrompendo tuttavia gli studi per dedicarsi ad un'intensa collaborazione giornalistica con vari giornali, già cominciata alla fine degli anni trenta, ma destinata ad intensificarsi dopo la morte del padre, avvenuta il 21 aprile 1842.

Può essere considerato un antesignano del genere noir in Italia “Il mio cadavere, 1853”. Nei suoi racconti sono riportati episodi della vita quotidiana e tra questi, nel romanzo *I Misteri di Napoli*, riporta episodi accaduti durante la epidemia di colera del 1836.

I racconti si snodano attraverso una narrazione di episodi che collimano, oltre che con i racconti coevi, con la documentazione che è rintracciabile presso l'archivio di Stato di Napoli.

Dai documenti e dalle storie analizzate, si può desumere che la società studiata è terribilmente vicina a noi. Appaiono evidenti le similitudini con il presente ma da cui, allo stesso tempo, emergono i problemi che oggi, come in passato, si fatica a risolvere.

Perseguitato dal successo. Aldo Castellani e l'epidemia di malattia del sonno nell'Africa di inizio novecento

Luca Borghi

Università Campus Bio-Medico di Roma

Nella primavera del 1901, i casi spesso fatali di sleeping sickness, la malattia del sonno, iniziarono a contarsi a migliaia nel Protettorato inglese dell'Uganda e molti a Londra iniziarono a temere che l'epidemia, per via degli intensi traffici all'interno dell'Impero Britannico, potesse arrivare a colpire persino il "gioiello della Corona", l'India. Nella Commissione della Royal Society incaricata in tutta fretta di andare a studiare la situazione in loco entrò a far parte, per un caso fortuito, un giovanissimo medico italiano, Aldo Castellani (1874-1971), che pochi mesi dopo fu il primo ad osservare il tripanosoma che causava la malattia, dando così il via a una serie di scoperte che, se non poterono debellare immediatamente la malattia, permisero perlomeno di contrastarne efficacemente la diffusione. Il successo ottenuto spalancò al non ancora trentenne Castellani numerose opportunità di lavoro e di ricerca che lo resero, nel giro di pochi decenni, uno dei medici italiani più conosciuti ed apprezzati, anche a livello internazionale. Al tempo stesso, l'interminabile polemica su quali fossero stati realmente ruoli e meriti nella scoperta dell'eziologia della malattia del sonno continuò a perseguitare Castellani per tutta la sua lunghissima vita, rendendolo un po' ossessionato dalle questioni di priorità e incidendo profondamente sulla sua per-

sonalità e sul suo modo di gestire i rapporti di potere in ambito medico-scientifico. Ne derivò una figura affascinante ma controversa, amata e odiata da molti con la medesima intensità.

Expertise medica e politiche sanitarie di fronte all'epidemia di Spagnola

Roberto Cea

L'epidemia di influenza “Spagnola” ha rappresentato la più grave emergenza pandemica delXX secolo. Essa non ha ricevuto tuttavia un'attenzione adeguata da parte degli studiosi e, se si escludono alcuni contributi fondamentali, la storia della “Spagnola” in Italia rimane ancora in gran parte lacunosa e bisognosa di ulteriori approfondimenti. A partire da tali considerazioni, la relazione intende ricostruire la strategia sanitaria messa in campo dal governo italiano per gestire l'emergenza epidemica del 1918-1920. Ricorrendo a un'ampia tipologia di fonti, in parte a stampa e in parte ricavate dall'Archivio della Direzione Generale della Sanità Pubblica depositato presso l'Archivio Centrale dello Stato di Roma, l'intenzione è di analizzare la politica sanitaria nei confronti della “Spagnola” prendendo in considerazione due assi tematici principali: le pratiche e le procedure utilizzate dall'amministrazione statale in caso di epidemia, misure che in gran parte risultavano modellate dalle precedenti emergenze legate al colera, e l'expertise a disposizione dei funzionari della sanità, a lungo influenzata dal prevalere della teoria del bacillo di Pfeiffer.

Le conclusioni metteranno in luce come le pratiche e le conoscenze consolidate nell'amministrazione sanitaria risultarono inadeguate a contenere la malattia e finirono con l'ostacolare l'adozione di provvedimenti idonei a limitare il diffondersi della pandemia.

L'Encefalite di von Economo: apprendere il futuro dalla Storia della Medicina

Giuseppe Donato

Università Magna Grecia. Catanzaro

Constantin von Economo il 17 Aprile 1917, presentò alla Società Psichiatrica di Vienna il quadro clinico di encefalite che oggi porta il suo nome. La descrizione di von Economo, che comprende aspetti clinici e patologici, inizia così: “Da Natale abbiamo avuto l'opportunità di osservare nella clinica psichiatrica una serie di casi che non soddisfano i criteri delle nostre diagnosi abituali. Nonostante ciò, mostrano una somiglianza nella forma di esordio e nei loro sintomi che ci costringono a raggrupparli in un'unica entità clinica”. Grazie alle sue grandi capacità di osservazione e applicando la figura logica del Modus Tollens questo studioso individuò una nuova entità nosologica. Questa descrizione apparve sulla stessa rivista (*Wiener Klinische Wochenschrift*), dove molti anni dopo Birkmayer e Hornykiewicz illustrarono per la prima volta l'utilità della levodopa nel morbo di Parkinson, un'altra pietra miliare nell'area dei disturbi del movimento e uno storico relais per quanto riguarda l'Encefalite di von Economo. Essa originariamente era classificata in tre forme cliniche: sonnolento-oftalmoplegica, ipercinetica e amiostatico-acinetica, dimostrando un'eterogeneità che può essere ricollegata a una diversa distribuzione e attività a livello sottocorticale del quadro neuroinfiammatorio e del susseguente danno anatomico. Dal punto di vista eziologico, nei decenni passati, veniva ritenuto probabile che, data la presunta contemporaneità con l'influenza spagnola, fosse stato il medesimo agente causale a provoca-

re l'epidemia di Encefalite di von Economo. In realtà tale contemporaneità non è dimostrabile poiché Cruchet aveva notato per la prima volta l'encefalite letargica nell'inverno del 1915-16 nei soldati francesi a Verdun, e alcuni casi erano stati osservati nella primavera del 1915 in Romania. Sappiamo, invece, che la prima ondata di Influenza Spagnola fu nella primavera del 1918 e che, inoltre, il tentativo di ritrovare il materiale genetico del virus influenzale H1N1 nei campioni autoptici dei pazienti con Encefalite di von Economo ha dato esito negativo. Quest'ultima è stata recentemente descritta come associata all'infezione da streptococco e inclusa nei disturbi neuropsichiatrici autoimmuni pediatrici associati alle infezioni da streptococco (PANDAS). Tuttavia, data la differenza della sintomatologia nei bambini rispetto agli adulti affetti da Encefalite di von Economo, riteniamo sia possibile ipotizzare meccanismi patogenetici diversi legati a un differente stato immunitario del paziente. Si può concludere che l'Encefalite di von Economo è un "caso" ancora aperto che dimostra che la Storia della Medicina ha sempre di più le caratteristiche di un sapere multidisciplinare che avrà anche un ruolo nel gettare luce su eventi presenti e futuri, come potrebbero essere nuove epidemie o patologie emergenti.

Il colera in Toscana: dall'epidemia del 1835 a quella del 1865. Cambiamento nell'approccio della malattia

Roberto Diddi

Se descrivono gli effetti della pandemia di colera in Toscana e, attraverso le testimonianze nell'arco del trentennio dal 1835 al 1865, si analizzano i cambiamenti avvenuti grazie all'apporto della ricerca e scienza medica.

Si espongono le statistiche sugli effetti delle epidemie coleriche nel 1835, 185, 1865 e mutamenti dell'approccio verso tale malattia. Viene valutata l'importanza della ricerca per debellare le malattie e vengono fatte considerazioni sull'apporto della classe medica anche in confronto con quanto dimostrato in occasione della pandemia COVID 19.

Epidemie e sanità nella capitanata dell'ottocento

Vincenzo Gambatesa

Nella Capitanata dell'Ottocento e fino ai primi due decenni del Novecento, alle ricorrenti fiammate epidemiche di malattie endemiche diventate oramai presenze “storiche” come vaiolo (1871), tifo petecchiale (1864), morbillo, difterite (1870), tubercolosi e soprattutto malaria, responsabili degli elevati tassi di mortalità, specie infantile, si sovrapposero le crisi di mortalità, fra le più gravi mai osservate, provocate dalla comparsa di una “nuova” malattia: il colera.

L'Italia è stata teatro di ben otto epidemie importanti: sette nel corso dell'ottocento e l'ultima agli inizi del novecento, alla vigilia della Grande Guerra (1910). Cinque di queste hanno interessato anche la Capitanata: 1835-37, 1854-55, 1865-67, 1886-87 e 1910.

Questi eventi morbosi, oltre a costituire un dramma umano, contribuirono ad aggravare ulteriormente le condizioni socio-economiche già di per sé critiche della popolazione della Capitanata.

A partire poi dalla prima epidemia post-unitaria (1865-67), il colera cominciò a caratterizzarsi in maniera sempre più evidente come “malattia meridionale”, carattere che andrà sempre più accentuandosi fino all'ultima epidemia, quella del 1910-11, che interesserà quasi esclusivamente il sud. Questo dipenderà dal crescente divario economico, sociale e culturale fra nord e sud che si tradurrà in un incolmabile squilibrio nella dotazione di infrastrutture civili.

Le epidemie di colera in Italia: storia medica, antropologia e politiche sanitarie

Gianni Iacovelli

Giuseppe Marceca

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Roma

In Italia il colera imperversò dal 1835 al 1911, in periodiche epidemie che si svilupparono con varie modalità e incidenza nelle zone diverse della penisola. Determinarono, specie le prime, migliaia di morti.

Le ondate epidemiche svilupparono paure collettive, reazioni individuali e di gruppo, psicosi di massa; indussero mutamenti nei comportamenti sociali, nelle abitudini di vita. I medici, dapprima disorientati e privi di difesa contro la malattia, reagirono con gli strumenti della scienza, con studi e ricerche a tutto campo, che portarono nel 1884 alla scoperta dell'agente patogeno. Furono essi a denunciare le carenze igienico-sanitarie delle popolazioni, la mancanza di servizi (igiene pubblica, fognone, acqua potabile), di istituti di ricovero e cura. Costringendo i governi, prima quelli preunitari poi quelli dell'Italia unita, a drastici interventi, più o meno efficaci. E a misure legislative ed a opere infrastrutturali che portarono a trasformazioni radicali della società.

La retro-vaccinazione antivaiolosa a Napoli all'inizio del XIX secolo

Renato Jungano

Società Italiana Di Urologia. Roma

Gloria Castagnolo

Biblioteca Di Area Medica Università Federico II, Napoli

Per lunghissimo tempo si praticò, come metodica di immunizzazione contro il vaiolo la variolizzazione o vajuolazione, realizzata attraverso l'inoculazione del virus del vaiolo geneticamente umano, con risultati poco affidabili. In seguito venne introdotta la “vaccinazione” che costituì la svolta fondamentale nel campo della immunizzazione attiva; John Fewster, nel 1765, aveva scoperto che un'immunizzazione realizzata con la inoculazione del virus geneticamente bovino – vaccino – non patogeno per la specie umana, aveva gli stessi effetti profilattici anche nei riguardi di infezioni da vaiolo umano; di qui l'esperienza di Jenner su larga scala in Inghilterra. Pertanto il materiale da inoculare era tratto dalla linfa dei bovini infetti e veniva somministrato con la metodica “da braccio a braccio” tra un soggetto e un altro ma questa metodica era responsabile della trasmissione simultanea di altre malattie, quali la sifilide, la tubercolosi, l'epatite e la “risipola vaccinale” quale effetto diretto dell'innesto, soprattutto quando, in un'epoca e in un contesto diversi, venivano adoperati, come fonte del materiale vaccinico, gli sfortunati bimbi ospiti degli orfanotrofi che purtroppo risultavano essere portatori delle suddette malattie. Gennaro Galbiati e Michele Troja introdussero a Napoli la retro-vaccinazione in quanto nel 1803 riuscirono a dimostrare

che il vaiolo poteva essere inoculato dagli individui umani sani, vaccinati con il virus bovino, ai bovini e che, in conseguenza, la linfa dei bovini infettati era efficace come vaccino sugli umani, evitando in questo modo la trasmissione di altre malattie nella popolazione umana. Allevamenti di bovini, specificamente selezionati potevano essere, pertanto, destinati a essere “serbatoi” del materiale vaccinico. Il metodo di Galbiati ebbe larga diffusione e veniva citato come metodo efficace e sicuro, anche molti anni dopo.

La lotta alle epidemie di fine Ottocento e la rivoluzione igienica incompiuta

Andrea Marinelli

L'Italia post unitaria, affetta da tante problematiche, ne presenta una di particolare gravità, quella legata all'igiene pubblica. L'inosservanza anche delle norme igieniche più elementari e l'assoluta insalubrità degli spazi pubblici e dei contesti abitativi privati, congiunta all'utilizzo ed al consumo di acque chiare spesso contaminate da acque scure, hanno determinato la diffusione di gravissime ondate epidemiche di tifo e colera che tantissime vittime hanno mietuto in quegli anni. Il primo intervento governativo di una certa consistenza viene fatto risalire alla Legge Napoli del 1885, emanata a seguito di un'epidemia di colera che nell'anno precedente aveva falciato la popolazione. Tale legge determinò non solo una rivoluzione urbanistica della città partenopea, ma costrinse tutti gli altri comuni italiani ad adeguarsi a determinate misure igieniche. Qui però si determinerà una seria spaccatura tra i grandi centri e i piccoli comuni di periferia che faranno fatica a seguire le misure indicate dallo stato nazionale, anche per la resistenza opposta dai medici del territorio spesso impreparati o comunque legati a vecchie tradizioni. Nella città di Recanati inizierà a farsi strada nell'ultimo ventennio dell'ottocento il dottor Vincenzo Andre-nelli che, formatosi all'università di Roma ed in contatto con alcuni tra i più autorevoli esponenti del mondo della medicina e della scienza dell'epoca, su tutti Cesare Contini, padre della disciplina dell'igiene in Italia, inizierà una lunga battaglia per dimostrare che la causa delle ondate epidemiche di febbri tifoidi che falciavano il piccolo comune del recanatese era

l'acqua inquinata. Combatterà contro colleghi che rimanevano legati alla teoria dei miasmi pestilenziali e contro politici che non ritenevano centrale il problema di un'acqua pubblica che fosse pulita ed abbondante, ma al contrario continuavano ad insistere con l'apertura di nuovi pozzi e cisterne, spesso contaminati da acque scure o a cielo aperto. La legge Pagliani-Crispi del 1888 rappresenterà un primo aiuto importante per Andrenelli, visto che da quel momento inizierà quel percorso che porterà alla nascita del sistema sanitario nazionale e contestualmente ad un legame più stretto tra il ministero specifico ed i territori. Celebri saranno le inchieste condotte dal medico recanatese, tutte volte a dimostrare il legame tra la scarsa igiene ed il diffondersi delle malattie ed una di queste sarà presentata durante il congresso medico marchigiano che si tenne ad Ancona nel 1882 e fu ritenuta dall'intero consesso come decisiva nel dimostrare l'inattualità delle teorie miasmatiche. La lotta di Andrenelli continuerà, coadiuvata anche dal conte Giacomo Leopardi, fino a quando non riuscirà a costringere i politici del territorio ad investire sulla realizzazione di un acquedotto. La relazione sarà incentrata sull'analisi della figura e delle idee di Vincenzo Andrenelli e sulle resistenze che ha dovuto fronteggiare. Resistenze frutto di un'ignoranza che ha finito per determinare la morte di migliaia di persone.

L'influenza spagnola attraverso la malattia e la morte di artisti e pensatori

Maurizio Mercuri

Università di Ancona

L'influenza spagnola colpì un terzo degli esseri umani, cinquecento milioni di individui. Il primo caso registrato fu il 4 marzo del 1918, l'ultimo nel marzo del 1920. Uccise tra i cinquanta e i cento milioni di persone, tra il 2,5% e il 5% della popolazione mondiale. La storia della pandemia è stata raccontata da coloro che subirono meno danni: i bianchi e i ricchi. Tra questi risultano nomi famosi di illustri artisti e pensatori: Guillaume Apollinaire, Edvard Munch, Edmond Rostand, Agon Schiele e la moglie Edith, Max Weber. Si intende qui presentare i loro racconti e rappresentazioni.

I Registri d'accettazione dell'Ospedale San Gallicano di Roma 1814-15 e 1869, '70 e '71: nuove fonti storico-scientifiche nella comprensione della realtà romana nel panorama europeo

Aldo Morrone

Flavio Stocco

Ospedale San Gallicano Roma

In una prospettiva storica e clinica del panorama italiano ed europeo, l'ospedale San Gallicano di Roma rappresenta certamente un esempio di prim'ordine. Fondato nel 1725 per volere di Papa Benedetto XIII (1724-30), il San Gallicano è considerato il primo ospedale dermatologico d'Europa, anticipando in questo anche L'*Hôpital Saint Louis* a Parigi, il quale, nonostante fosse stato istituito nel 1607, divenne ospedale dedicato alle malattie cutanee solamente nel 1801 prendendo il nome di *Hospice du Nord*.

Il contributo vuole presentare l'analisi di due registri d'accettazione del San Gallicano risalenti il primo, al biennio 1814-15 e il secondo al triennio 1869-70-71. I registri presi in considerazione, oggi presenti presso la biblioteca dell'Ospedale San Gallicano, sono documenti inediti e sono stati recuperati solo recentemente attraverso dei lavori di restauro dell'ospedale.

I Registri del 1814-15 e del 1869-70-71 possiedono un'innegabile valenza storico-scientifica in quanto ci forniscono numerose informazioni sui pazienti: generalità (Nome, Cognome, luogo di nascita, stato civile), età, sesso, professione,

domicilio, reparto ospedaliero, qualità del fagotto in possesso, date d'ammissione, patologie di cui erano affetti, dimissione o decesso. Questa considerevole mole di dati presenta un potenziale enorme che ci ha permesso d'intraprendere molteplici percorsi di ricerca multidisciplinari e ci ha consentito di collegare svariati ambiti umanistici e scientifici. L'apporto medico e ospedaliero che l'ospedale San Gallicano diede ai suoi pazienti, in particolare alla popolazione romana, fu costante, nonostante alcuni eventi storici fondamentali che si succedettero nel corso degli anni presi in considerazione: Congresso di Vienna (1° novembre 1814-9 giugno 1815), guerra Austro-Napoletana (15 marzo-20 maggio 1815), Breccia di Porta Pia (20 settembre 1870) e Roma capitale d'Italia (21 gennaio 1871).

Nello specifico sarà presa in considerazione una campionatura di pazienti del 1815 la cui analisi delle condizioni sociali e sanitarie servirà come lente d'ingrandimento per contestualizzare la situazione italiana ed europea dell'epoca. I pazienti esaminati sono 114 soldati ricoverati nell'Ospedale San Gallicano. I militari austriaci, tedeschi, ungheresi, napoletani e toscani provengono dalle diverse fazioni belligeranti che si affrontarono sul suolo italico durante la Guerra Austro-Napoletana (15 marzo-20 maggio 1815) e che vide la città di Roma come snodo fondamentale delle loro tappe militari.

Il vaccino antivaioloso: un terreno d'incontro tra diversi sistemi medici. Il caso degli omeopati nell'Italia dell'Ottocento

Paola Pancioli

Università di Roma "Tor Vergata"

Tra le malattie infettive che più duramente colpirono l'Europa nel corso dei secoli vi fu certamente il vaiolo. Una svolta nella lotta contro questo virus avvenne nel 1796, quando Edward Jenner mise a punto la vaccinazione antivaiolosa. Da questo momento la pratica di immunizzazione si diffuse nel continente, accompagnandosi a un acceso dibattito tra favorevoli e contrari, sostenitori dell'obbligo e della persuasione, nonché a dubbi sulla sua efficacia e sicurezza. Tra i fautori meno noti del vaccino antivaioloso nell'Italia dell'Ottocento, vi furono gli omeopati. Da un lato, infatti, essi adottarono gli argomenti di Samuel Hahnemann (1755-1843), il fondatore dell'omeopatia, secondo il quale il funzionamento della vaccinazione, in assenza di spiegazioni scientifiche alternative, rispondeva al principio di similitudine *similia similibus curantur*. Dall'altro lato, soprattutto a partire dalla metà del secolo e in concomitanza con un aumento degli incidenti da vaccino, essi si fecero promotori di una sua versione diluita. La revisione omeopatica del vaccino antivaioloso si inserì in un dibattito internazionale sulla sicurezza vaccinale. Gli omeopati italiani, quindi, a differenza di quelli americani non adottarono mai un atteggiamento antivaccinista. Essi furono, in un primo momento, ferventi sostenitori del vaccino antivaioloso, che interpreta-

vano come mezzo di legittimazione scientifica. In un secondo momento, invece, tentarono di migliorarne la sicurezza sulla base del principio di diluizione. In ogni caso, però, il loro obiettivo non fu mai quello di contrapporsi all'invenzione jennericiana, quanto piuttosto di farla propria e migliorarla attraverso i contributi del proprio sistema medico.

Salvate la razza dalla tubercolosi! La lotta antitubercolare nei giovani in epoca fascista a Parma: dalla prevenzione alla propaganda.

Nicoletta Piazza

Il regime fascista avviò un'imponente lotta contro la tubercolosi, tralasciando molte altre piaghe sociali che affliggevano la popolazione italiana. In effetti, oltre agli elevati tassi di mortalità, vi erano risvolti sgraditi al regime: l'immagine del tifico pallido, gracile e potenziale corruttore della razza, contrastava troppo con l'ideale fascista dell'uomo forte e muscoloso e con la necessità di preparare 'la grande Italia di domani'. Gli sforzi di prevenzione si concentrarono soprattutto sui giovani, i più colpiti: nonostante le rassicurazioni fornite dalla scienza sulla non trasmissibilità della malattia alle generazioni successive, la razza andava fortificata, cancellando le funeste conseguenze della Grande Guerra. L'impegno sull'infanzia era massiccio, non a caso in molte immagini di propaganda comparivano bambini dall'aspetto florido, con il motto «Salvate la razza dalla tubercolosi». Dalla scuola elementare all'università, i ragazzi venivano istruiti a tenere comportamenti sani e a riconoscere i sintomi precoci della malattia tubercolare. L'ufficiale sanitario che si recava nelle scuole stilava mensilmente un prospetto numerico dei bimbi predisposti a tubercolosi, 'difettosi e denutriti', mentre gli insegnanti dovevano segnalare per una visita tutti i fanciulli pallidi o sottopeso. A Parma, oltre a queste attività profilattiche, nel 1922 venne

inaugurata la stazione elioterapica dove fanciulli dai sei ai dodici anni, gracili o scrofolosi, provenienti dai quartieri poveri, predisposti ma non ammalati, trascorrevano la giornata al sole, giocavano e facevano ginnastica all'aperto, mangiavano tre pasti. I medici del dispensario li visitavano quotidianamente e, a fine stagione, riferivano che tutti erano cresciuti di peso e statura; l'abbronzatura era un altro indizio del successo della terapia. Nel 1924 venne istituita anche una colonia parascolastica o 'campo solare', con finalità simili. In seguito, nel 1936 a Marina di Massa entrò in attività anche l'Istituto Vittorio Emanuele III: si trattava di una colonia estiva, che ospitò, nel corso degli anni, migliaia di bambini della provincia di Parma, bisognosi di cure solari e marine. Nonostante l'approccio nei confronti dell'infanzia non avesse il carattere vessatorio riscontrato per gli adulti, tutte le iniziative rivolte alla prevenzione della malattia erano comunque utilizzate anche per propagandare il regime, tuttavia va riconosciuto che all'epoca vennero poste le basi per tutte quelle azioni di sanità pubblica che nel dopoguerra, unitamente all'utilizzo degli antibiotici, permisero il controllo della malattia.

Orazio Ausonio e i suoi consigli contro la peste a Tolentino nel 1577

Anna Maria Raia

La peste bubbonica, dopo la grande pandemia del Trecento, continua a colpire l'Europa, l'Italia e anche le Marche in molteplici ondate nei secoli successivi. Tra il 1575 importanti città italiane, come Milano e Venezia, sono colpite dall'epidemia, comprese alcuni centri della Marche.

Si intende presentare i consigli contro la peste che il medico Orazio Ausonio – nato a Potenza Picena nel 1527 e diventato professore di medicina in diversi atenei italiani, in ultimo a Padova – pubblica in italiano a Fermo nel 1577, mentre è a Tolentino, nel maceratese, dove imperversava l'epidemia.

“Per insidioso morbo”. Milano e le infermiere colpite da pandemia influenzale (1918-1919)

Ivana Maria Rosi

Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Roberto Milos

Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Alessandra Cerra

Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Paolo Maria Galimberti

Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Stefania Rancati

Università degli Studi di Milano

Nell'anno conclusivo della Grande Guerra, anche l'Italia fu investita dall'influenza Spagnola. Gli Ospedali civili fronteggiarono una sciagura mortale con carenti risorse. Il pesante carico di lavoro si riversò sul personale infermieristico femminile, unico in grado di garantire la continuità del servizio ospedaliero perché escluso dall'arruolamento. L'Obiettivo della comunicazione è quello di Esplorare l'impatto dell'influenza Spagnola sulla salute delle Infermiere dell'Ospedale Maggiore di Milano durante la seconda e terza ondata pandemica.

È stata svolta un'indagine storica. I materiali sono stati reperiti nell'Archivio Storico della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico e nell'Archivio Storico del quotidiano Corriere della Sera tra febbraio-maggio 2020. Si sono ritrovate fonti primarie, inerenti le infermiere in servizio durante l'epidemia influenzale negli anni 1918-1919.

Nell'autunno del 1918 l'Ospedale Maggiore di Milano cambiò la sua organizzazione per ricoverare i malati d'influenza. Sebbene la Direzione Ospedaliera volesse proteggere dal contagio il personale di assistenza con norme di profilassi, si ammalarono dell'*insidioso morbo* 388 infermiere laiche e 80 religiose. A causa della seconda e terza ondata pandemica perirono in 25, *vittime del dovere*. Ricordate per l'altruismo e lo spirito di abnegazione, la comunità ospedaliera onorò il loro sacrificio, cui si unì la gratitudine della cittadinanza.

Nella primavera del 1919 l'influenza pandemica si attenuò. In Italia e nel mondo, le infermiere assicurarono l'assistenza ai malati contagiosi e numerose persero la vita per la professione. Il loro ricordo e la riconoscenza si affievolirono in poco tempo, oscurati dal desiderio collettivo di dimenticare il dramma provocato da una tragedia immane.

L'infanzia ieri e oggi

Soffiando nelle sue orecchie e sfregando la cipolla nella sua bocca. Rianimare il neonato tra Medioevo ed Età moderna

A. Foscati
Università di Lovanio

Sebbene non sembrano emergere dai testi medici dell'antichità, del tardoantico e del Medioevo prove dell'esistenza di tecniche da mettere in atto al fine di tentare una "rianimazione" dei bambini usciti dall'utero della madre quasi privi di vita, apprendiamo comunque dell'esistenza di precisi comportamenti in tal senso da testi agiografici medievali. Si tratta di rimedi e metodi applicati dalle ostetriche e tramandati oralmente fino ad essere trascritti nei trattati medici, a partire da quello di puericoltura del XVI secolo di Simon de Vallabert. Altre tecniche, che includono il riscaldamento della placenta quando ancora collegata al bambino, anche nei casi di cesareo *post mortem*, sono poi ricordate in testi di chirurgia redatti tra XVI e XVII secolo. Rimedi sempre appartenenti al sapere empirico delle ostetriche che vengono fatti propri dai chirurghi.

Scopo del contributo è quello di raccontare queste tecniche "rianimatorie" attraverso un'analisi di varie fonti, non solo mediche, redatte tra il Medioevo e il XVII secolo e di mettere in luce alcuni aspetti dello scambio di saperi tra l'ostetrica e il medico e/o chirurgo.

I Buttatelli e l'ospedale Santo Spirito a Roma nel Medioevo

G. Marceca

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

G. Iacovelli

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

In questo lavoro si passa in rassegna l'attività assistenziale dello stato Pontificio e l'attività meritoria del Papato nell'affrontare e risolvere una delle emergenze più drammatiche della società dell'epoca: l'abbandono dei neonati.

Una pratica che affonda le sue radici nelle società e culture (meglio definibili inculture) antiche, con metodi e comportamenti che abitualmente sconfinavano nell'infanticidio.

Per infanticidio qui si intende la soppressione di un neonato o di un bambino nella prima infanzia, esclusivamente da parte della madre, il cosiddetto omicidio di impeto.

Lo stesso termine *buttatelli* riflette l'assenza di rispetto per la vita umana di chi lo ha coniato e l'atteggiamento altamente spregiativo per la vita di un esserino, da buttare, usato per definire gli oggetti inutili o fallati.

Deposizioni di prematuri e neonati nel nord est italiano dall'epoca tardo antica al 1500

P. Saccheri

Università di Udine

L. Travan

Università di Udine

Così recita una carniella, un canto popolare della Carnia, trascritta da Valentino Ostermann, primo studioso friulano del folklore, alla fine dell'Ottocento. Tradotta suona più o meno così: "Fossi morta piccolina, quando avevo otto, dieci giorni; mia madre sarebbe stata contenta perché avrebbe saputo che ero in paradiso". È la testimonianza evidente di un mondo in cui l'elevatissima mortalità perinatale si traduce in accettazione. Molto si è dibattuto, a partire dagli inizi degli anni Ottanta, periodo in cui Ariès ha dato alle stampe il suo primo lavoro sull'infanzia nel passato, sulla qualità di questa accettazione: davvero la morte di un neonato era un piccolo lutto, vissuto con distacco o rappresentava comunque un momento di dolore profondo unito, dai tempi di Sant'Agostino, alla preoccupazione per il destino dell'anima? La risposta non è affatto semplice, anche per la scarsità di dati storici e archeologici. Un contributo in tal senso può giungere dall'analisi integrata tra i dati archeologici e lo studio dei resti ossei. Nel presente lavoro vengono analizzati i dati relativi a un'ottantina di subadulti, deceduti perché nati fortemente pretermine o comunque nel periodo perinatale, provenienti da 14 diversi siti del Friuli Venezia Giulia e datati tra il IV/V e il XV/XVI secolo. Il tratta-

mento funerario dei piccoli corpi pare modificarsi all'interno delle diverse epoche e culture di appartenenza. È tuttavia innegabile che, nella quasi totalità dei casi, le deposizioni accurate diano testimonianza di affetto e dolore da parte dei genitori.

Infanzia abbandonata a Siena tra il 1762 e il 1764 attraverso alcuni documenti dell'Archivio di Stato di Siena

C. Buccianti,
Università degli Studi di Siena
A. Foscati
Università di Lovanio

Scopo del presente lavoro è quello di apportare ulteriori elementi alla conoscenza sull'infanzia abbandonata in una realtà locale, ovvero a Siena, nel periodo compreso tra il 1762 e il 1764. La base di ricerca è costituita da alcuni registri della serie "Baliatici" conservati presso l'Archivio di Stato di Siena dove sono riportate, in ordine cronologico, notizie su ogni bambino introdotto nello Spedale di Santa Maria della Scala, destinato all'epoca alla cura dei malati e dei trovatelli, e le retribuzioni corrisposte alle nutrici con le relative spese connesse alla cura dei fanciulli stessi.

La Pedagogia in Girolamo Cardano

T. Dall'Osso

Bologna

A Bologna, dal 1562 al 1570, insegna Medicina teorica un personaggio poliedrico, dalle innumerevoli attitudini, il suo nome è Girolamo Cardano (1501-1576). Medico, astrologo, matematico ma anche letterato, ha avuto una vita travagliata, costellata di eventi tragici (la morte della moglie ancora giovane e di due dei suoi tre figli, uno giustiziato per aver avvelenato la moglie e il secondo imprigionato per furti e truffe continue). Nel 1526 si laurea in Medicina a Pavia, ma più volte il Collegio dei Fisici di Milano gli nega l'affiliazione perché nato illegittimo. Trova un lavoro come insegnante di aritmetica e geometria, materie a lui molto care, tanto che ancora oggi viene ricordato per la regola di soluzione (detta cardanica) dell'equazione di terzo grado ridotta. Nel 1634, Gabriele Nandè, medico e bibliofilo parigino, in viaggio in Italia, scopre un manoscritto inedito firmato da Girolamo Cardano, lo manda a Parigi per la pubblicazione. Si tratta proprio del *Libellus praeceptorum filiis*, scritto da Cardano nel 1549, all'età di 48 anni, mentre era professore a Pavia. Dopo la morte prematura della moglie Lucia, si occupa a tempo pieno dell'educazione dei figli e scrive a tal proposito il trattatello pedagogico, nel quale, ben prima che le avversità si accaniscano sulla sua prole, tesse le lodi della vita familiare e inquadra con precisione i turbamenti psichici dell'infanzia, rivolgendosi ai genitori consigli utili per prevenire tali disturbi. I suoi studi di psichiatria si concretizzano nel *De utilitate ex adversis ca-*

pienda, stampato a Basilea nel 1561, dove associa i lineamenti di una persona alle sue attitudini criminali (fa riferimento esplicito al figlio morto in maniera violenta), tanto che alcuni secoli dopo Cesare Lombroso riconosce in Cardano il suo precursore. Giunto a Bologna nell'ottobre del 1562 per cominciare le lezioni quel novembre, le sue critiche nei confronti della medicina di Galeno che era invece il faro per i medici dell'epoca, non migliorano la sua reputazione. Il suo scopo, in qualità di Lettore di teoria medica, è quello di portare un rinnovamento dell'insegnamento. Dal suo punto di vista, il professore di medicina ideale era quello che si avvicinava di più ad Ippocrate, quindi l'insegnamento avveniva dopo una lunga esperienza pratica. A Bologna acquista ulteriore fama, così che dopo solo un anno gli viene concessa la cittadinanza bolognese e proposto un rinnovo della cattedra di altri 8 anni. Poi, viene fuori la sua fama di mago che lo porta ad essere accusato di eresia per alcuni scritti nei quali compare un oroscopo di Gesù e un encomio di Nerone. Nell'ottobre del 1570 lo arrestano e rimane più di due mesi in carcere. Pur se rimesso in libertà, dopo alcuni mesi lascia Bologna e torna a Roma dove nel 1576 termina la sua intensa esistenza. Un ultimo rammarico, quello di non essere sepolto nella sua Milano (città natale) a causa dell'imperversare di un'epidemia di peste.

Le malattie dei bambini nei dipinti votivi italiani

G. Cerasoli

Società Italiana di Storia della Medicina

In questa relazione si mette in luce l'importanza dei dipinti votivi per lo studio delle patologie infantili, dal secolo XV ai giorni nostri. La rappresentazione dettagliata dei corpi ammalati consente in alcuni casi di porre la diagnosi dell'affezione morbosa della quale erano affetti con un'elevata probabilità, svelando patologie ora scomparse (vaiolo) o diventate rare nei paesi industrializzati (colera, tifo addominale, difterite, tubercolosi, etc.). In altri dipinti la didascalia consente di conoscere la storia dei malati per la cui guarigione sono stati offerti gli ex voto, le modalità di cura messe in pratica e l'esito ottenuto. Ogni vicenda raccontata nei dipinti permette inoltre di conoscere più da vicino il vissuto di malattia dei protagonisti e come hanno saputo affrontare gli stati morbosi.

Gli incidenti dei bambini nei dipinti votivi italiani

G. Cerasoli

Società Italiana di Storia della Medicina

In questa relazione si mette in evidenza l'importanza dei dipinti votivi per conoscere alcuni dei più comuni e drammatici incidenti dei quali i bambini sono vittime, dal secolo XV ai giorni nostri. Dall'analisi quantitativa di alcune raccolte di ex voto presenti nel nostro paese è possibile constatare come si passi da incidenti prevalentemente in ambito domestico e per avversità naturali a quelli legati ai mezzi di trasporto e a conflitti bellici. Lo studio di ogni dipinto, inserito nel preciso contesto geografico, temporale e culturale al quale appartiene, ci permette inoltre di ottenere importanti informazioni di tipo qualitativo riguardanti molti ambiti: dalla storia dell'infanzia e della famiglia a quella della mentalità, della violenza di genere e dei maltrattamenti.

I pueri proieci: mito e iconografia nella storia

M.F. Vardeu

Società Italiana di Storia della Medicina, Cagliari

La tutela dei diritti del minore in Italia è rappresentata da un insieme di norme che hanno origini antiche, disposizioni legislative nazionali, riferimenti, acquisizioni di principi e di convenzioni nazionali e internazionali. Si sono strutturate negli anni, in particolare in Italia dopo la Legge 19 maggio 1975, n. 151 (in G. U. 23 maggio, n. 135, edizione straordinaria) *Riforma del diritto di famiglia*. Con la legge 1127 2011 è costituita la figura del Garante dell'Infanzia. La legge n. 219 del 10 dicembre 2012 Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali ha definitivamente superato le ineguaglianze normative tra figli legittimi e figli naturali, equiparando i figli nati fuori dal matrimonio ai nati in costanza di matrimonio. Di recente un grande passo in avanti è stato fatto con la legge 7 aprile 2017 n. 47 Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati (GU n.93 del 21-4-2017) entrata in vigore il 06/05/2017. All'elaborazione del testo di legge ha contribuito l'Associazione *Save The Children*. Il mito ci tramanda come il minore privo di tutela sia stato al centro di preoccupazione e interessi sociali e politici disparati, nei secoli il mito e l'arte hanno descritto il percorso sociale e personale di alcuni di questi minori divenuti celebri dedicando alle loro persone un ricordo e un sentimento, nel quale si rispecchia ancora oggi la società attuale.

Salute sessuale degli adolescenti: cenni di storia

M.F. Vardeu

Società Italiana di Storia della Medicina, Cagliari

È descritta, dopo un breve excursus storico che si estende dal medioevo al XIX secolo, la storia dei tentativi degli ultimi quattro decenni volti alla realizzazione di una condizione di buona salute sessuale tra gli adolescenti, tentativi caratterizzati da inchieste considerazioni progetti iniziative e disposizioni legislative, che hanno interessato in occidente l'Italia e l'intera comunità internazionale. In particolare della figura dell'adolescente sono esaminati gli aspetti storici legati a sessualità, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmesse e contraccezione, aspetti psicologici e fenomeni emergenti quali alcolismo o *addiction*, che coinvolgono la famiglia di provenienza, scuola, sanità e l'intera comunità sociale che li ospita.

Storia del trattamento del dolore pediatrico

M. Ciuffreda

Asur Marche Av2- Anestesia Rianimazione –Fabriano

C. Piangatelli

Università Politecnica delle Marche

E. Pisello

Università Politecnica delle Marche

U. Winga Basso

Università Politecnica delle Marche

J. Silvestri

Ospedale E. Profili Fabriano

D. Galante

Siaatip

D. Pedrotti

Come nell'adulto, anche in ambito pediatrico il dolore è un sintomo molto frequente in corso di malattia e, fra tutti, è quello che ha un impatto psico-fisico maggiore e che più preoccupa il bambino e la sua famiglia.

Fino a pochi anni fa, la letteratura riguardante il dolore in ambito neonatale e pediatrico era estremamente povera, tanto che si pensava che i soggetti più giovani non percepissero o non ricordassero gli eventi dolorosi con la stessa intensità di un adulto.

Di conseguenza, la pratica clinica pediatrica non prevedeva o relegava a un ruolo molto limitato l'analgesia e, in generale, qualsiasi cura nell'ambito del dolore per i piccoli pazienti.

Si temeva inoltre in modo infondato che il trattamento del dolore mascherasse sintomi di lesioni ingravescenti. Ai giorni nostri è stato dimostrato che tutto ciò non corrisponde alla realtà e non è più corretto limitarsi a negare l'analgesia. Sono state date numerose ed erronee motivazioni per non trattare il dolore in pediatria, l'affermazione più frequente era che i bambini, specie se lattanti, non provassero dolore.

La valutazione ed il trattamento del dolore nell'adulto hanno da sempre ricoperto un ruolo fondamentale nella Storia della Medicina, sin dai tempi più antichi, ma per quanto riguarda il soggetto pediatrico particolare attenzione è stata posta solo negli ultimi decenni.

L'idea stessa del dolore nel corso dei secoli ha subito una profonda evoluzione, da concetti più astratti legati prevalentemente alla sfera emotiva o a quella religiosa si è passati a una concezione più concreta del fenomeno grazie agli sviluppi nello studio dell'anatomia e della fisiologia, insieme all'analisi delle evidenze cliniche.

Attualmente, grazie agli studi anatomofisiologici e comportamentali, sappiamo che fin dalla 23a settimana di gestazione il sistema nervoso centrale è anatomicamente e funzionalmente competente per la nocicezione. Inoltre, a parità di stimolo doloroso, il neonato percepisce un dolore più intenso rispetto all'adulto. Le evidenze ci dicono, inoltre, che stimoli dolorosi non trattati adeguatamente in età pediatrica hanno effetti importanti sulla prognosi attuale e futura del piccolo paziente.

A livello clinico abbiamo a disposizione validi strumenti di misurazione del dolore per i bambini in età sia verbale che preverbale e cure, farmacologiche e non, sicure ed efficaci. Le conoscenze raggiunte ad ora sono così vaste e consolidate da consentire una diffusa pratica dell'analgesia in ambito pediatrico.

Eppure ancora oggi, nella realtà clinica, il controllo del dolore nel bambino-neonato è spesso affrontato in modo non adeguato.

Storia sociale delle sindromi neurocutanee (facomatosi) attraverso le prime descrizioni, l'arte e le antichità

M. Ruggieri

Università degli Studi di Catania

A.D. Praticò

Università degli Studi di Catania

A. Polizzi

Università degli Studi di Catania

Le sindromi neurocutanee sono un gruppo di condizioni genetiche che colpiscono il sistema nervoso e la cute, oltre a diversi altri organi e apparati inclusi occhio, cuore, vasi, polmone, rene, ossa e ghiandole endocrine. Le principali manifestazioni cliniche sono anomalie congenite della pigmentazione e/o vascolari cutanee e/o del tessuto connettivo e tumori. Il termine “sindromi neurocutanee” fu impiegato per la prima volta, nel 1931, dal neurologo americano Paul Ivan Yakovlev e dal suo collega psichiatra statunitense Riley H. Guthrie; queste affezioni sono anche conosciute con il nome di “facomatosi”, termine coniato, nel 1932, dall’oftalmologo olandese Jan van der Hoeve; il patologo belga, Ludo van Bogaert, nel 1935, chiamò queste sindromi “displasie neuroectodermiche”, cercando di fornire un’interpretazione patogenetica. Numerosi medici e storici della medicina hanno postulato svariate ipotesi diagnostiche quando hanno osservato persone, possibilmente

affette da queste sindromi, raffigurate o dipinte in quadri o stampe o litografie o descritte in lavori scientifici o brani letterari; ciò ha contribuito nel tempo anche a errate interpretazioni mediche e/o storiche che hanno alterato il concetto delle sindromi stesse. Abbiamo rivisto criticamente le sindromi neurocutanee nell'arte e nei reperti antichi seguendo questo schema: (1) neurofibromatosi tipo 1, dalla preistoria all'antico Egitto ed al mondo greco ed ellenistico, attraverso il medioevo e l'umanesimo sino alla scoperta valse l'eponimo a von Recklinghausen (1882); (2) neurofibromatosi tipo 2, dalla scoperta della forma giovanile di Wishart (1822) sino alla forma adulta di Gardner (1950); (3) Schwannomatosi, rivisitata nei disegni originali di Smith (1849); (4) sclerosi tuberosa, dalle prime rappresentazioni di Olive Rayer (1835) sino alla prima descrizione di Bourneville (1880); (5) sindrome di Sturge-Weber, dalle descrizioni originali tra fine Ottocento e inizio Novecento sino alle possibili rappresentazioni di René Magritte (*La Memoria, 1948*); (6) sindrome di Klippel-Trenaunay, con la rappresentazione dell'infante San Giovanni nella Vergine della Roccia (1483-1486) di Leonardo da Vinci; (7) ipomelanosi di Ito e linee di Blaschko (1901) rappresentazione grafica del mosaicismo cutaneo; (8) lipomatosi encefalocraniocutanea nelle litografie del XX secolo. Le immagini raccolte descrivono un arco di storia sociale di queste sindromi malformative complesse, raffigurate secondo la concezione del tempo, e ben riflettono il pensiero clinico e umano che, nel tempo, si è andato affermando nella medicina.

Prevenire vale meglio che guarire. **Itinerari documentari inediti per lo studio dell'educazione igienica e della salute infantile tra Ottocento e Novecento**

R. Mazzagatti

Università Milano-Bicocca, Monza

Il presente contributo ripercorre alcune iniziative di matrice assistenziale e caritativa avviate in contesto milanese tra la fine dell'Ottocento e le soglie della Grande Guerra.

Più in particolare, lo studio intende delineare le esperienze di cooperazione medico-pedagogica promosse da due esponenti del positivismo italiano quali Malachia De Cristoforis (1832-1915) e Gaetano Pini (1846-1887). Ambedue queste figure si prodigarono infatti come medici e come uomini per soddisfare il rinnovato bisogno di assistenza della popolazione scolare.

In età post unitaria il proletariato milanese era in aumento e all'interno di queste sacche di indigenza incubavano nuovi e peculiari problemi sanitari per la cittadinanza, primo fra tutti il flagello tubercolare e segnatamente per la popolazione infantile anche la gracilità e la rachitide.

In risposta a questa situazione, De Cristoforis e Pini si erano fatti animatori di progetti volti all'elevamento igienico dell'infanzia e dell'adolescenza ed entrambi erano anche stati

fondatori di istituzioni per la prevenzione e la cura delle forme morbose connaturate alla crescita in stato di povertà.

Fra le esperienze rivolte all'assistenza dei fanciulli svantaggiati residenti a Milano e nel forese si può ricordare la Cura Climatica sorta nel 1881 che concedeva agli scolari più fiaccati dagli stenti e della vita urbana il soggiorno di un mese in una località salubre. In favore degli assistiti della colonia era stato predisposto un apposito protocollo che alternava il riposo con stimoli di vario tipo – trattamento climatico all'aria fresca, elioterapia, esercizi ginnastici – il tutto corroborato da un supporto nutrizionale adeguato alla ripresa fisica dei corpiccini debilitati. Un regime ricostituente che, mirando a contrastare carenze congenite o acquisite, si proponeva di rendere questi fanciulli refrattari a molte malattie.

Il *modus operandi* era estremamente dettagliato e non lasciava nulla al caso bensì rivelava una cognizione di causa e un rigore scientifico del tutto caratteristici di questa Cura Climatica, prima istituzione italiana di questo tipo che annoverava nella sua gestione, insieme al De Cristoforis, i clinici Edoardo Porro e Ariberto Tibaldi e gli scienziati Tito Vignoli e Lodovico Zambelletti.

La principale fonte di questo studio è stata la documentazione archivistica dell'Opera Pia Istituzione per la Cura Climatica Gratuita ad Alunni Gracili delle Scuole Elementari Comunali di Milano conservata presso l'Archivio Storico Intesa Sanpaolo. Un complesso di carte inedite, la cui esplorazione consente di formulare originali approcci interpretativi e di proporre contenuti utili a integrare la storiografia già esistente sull'argomento.

Secondariamente sono stati utilizzati alcuni scritti (letteratura medico-pedagogica) redatti da Malachia De Cristoforis, Paolo Pini, Paolo Mantegazza e altri studiosi. Si tratta di una selezione di testi utili per ricostruire i primi passi di una tradizione igienista applicata alle istituzioni educative che nei de-

cenni successivi incontrerà un sostenuto sviluppo in tutto il territorio italiano.

Il contributo intende suggerire infine alcuni percorsi di ricerca in merito alla battaglia antitubercolare all'interno del sistema scolastico e più in generale intorno alla prevenzione dei disturbi costituzionali e della tubercolosi infantile tramite l'alfabetizzazione igienico-sanitaria degli alunni e delle loro famiglie.

Cretinismo in Lombardia. Analisi degli atti della commissione lombarda 1864

P.L. Longhin

Ausl 6 Euganea, Padova

Nella prima metà dell'Ottocento numerosi studi sono stati compiuti, in più paesi europei, allo scopo di descrivere e analizzare il fenomeno del cretinismo. Per tale quadro clinico viene intesa una particolare alterazione dello sviluppo infantile sia sotto il profilo organico che intellettuale, spesso associato a sordomutismo, oggi correlata a gravi alterazioni della funzione tiroidea.

Tale quadro colpiva più componenti della stessa famiglia e più famiglie dello stesso villaggio con gravi conseguenze sanitarie ed economiche per le comunità. Incostante la correlazione con il gozzo. Vennero descritte tre forme di cretinismo, secondo il grado di compromissione intellettuale e funzionale. Le forme più gravi venivano gestite all'interno dei manicomi. Per le forme più lievi esistevano esperienze pionieristiche di assistenza.

La correlazione col gozzo era oggetto di accesa polemica come pure la cura dello stesso. Infine non esisteva una chiara classificazione delle patologie psichiatriche.

L'indagine della Commissione Lombarda del Regio Istituto di Scienze, Lettere ed Arti di Milano rappresenta un esempio

di grande studio epidemiologico del passato con coinvolgimento di medici condotti, sindaci e autorità religiose dei comuni aderenti. L'indagine venne condotta all'indomani della seconda guerra di indipendenza (1859) e si avvalese di questionari inviati alle amministrazioni comunali di tutta la regione lombarda e della valutazione clinica dei medici condotti.

Vennero definiti numerosi elementi, secondo gli studi dell'epoca: il contesto idrico-geologico del territorio; le caratteristiche abitative e l'alimentazione dei malati; la distribuzione familiare della malattia; le comorbilità; le possibili cause derivanti da carenze nutrizionali o da precedenti malattie, nonostante mancasse una certezza condivisa sulle cause.

Vennero formulate ipotesi di cura secondo le conoscenze e il dibattito culturale dell'epoca. Vennero suggerite ipotesi di supporto riabilitativo con la creazione di strutture dedicate.

Pur non riuscendo ad essere conclusiva sulle cure l'indagine della commissione lombarda rappresenta un grande esempio di studio di popolazione del passato.

Luigi Carozzi (1880-1963) e la tutela della salute dei fanciulli al lavoro

M.A. Riva

Università Milano-Bicocca, Monza

M. Belingheri

Università Milano-Bicocca, Monza

M.E. Paladino

Università Milano-Bicocca, Monza

R. Mazzagatti

Università Milano-Bicocca, Monza

Il lavoro minorile e le sue ripercussioni sulla salute dei fanciulli è una tematica molto dibattuta a inizio del Novecento in tutte le nazioni europee. In Italia, la legge 19 luglio 1902, n. 242 (legge Carcano) innalzò il limite di età per l'ammissione al lavoro dei fanciulli dai 9 ai 12 anni. Alcuni lavori giudicati particolarmente pericolosi e insalubri furono vietati ai minori di 15 anni. In questo contesto, medici e scienziati italiani diedero un contributo importante al dibattito su questo tema, sia a livello nazionale che internazionale. Tra questi è importante ricordare la figura di Luigi Carozzi (1880-1963). Allievo di Luigi Devoto (1864-1936) a Pavia, Carozzi si laureò in medicina e chirurgia nel 1904 con una tesi sulla nocività del lavoro notturno, dove sottolineò i danni provocati dall'attività lavorativa svolta nelle ore notturne sulla salute dei fanciulli e delle donne. In quegli stessi anni Carozzi pubblicò alcuni lavori più specifici sul solo tema dell'insalubrità del lavoro nei fanciulli

sulla rivista “Il Lavoro”. Inoltre, presentò una comunicazione sul lavoro notturno minorile al Congresso di Medicina del Lavoro del 1906, che fu alla base di una mozione sul lavoro minorile notturno, approvata dal Congresso all’unanimità. Tale mozione venne recepita nella legge 816/1907 che allineava l’Italia alla Convenzione internazionale sul lavoro notturno firmata a Berna nel 1906, portando all’interdizione del turno di notte alle donne e ai maschi minorenni. Dopo un periodo di attività presso la Clinica del Lavoro di Milano (1908-1914) e presso l’Ispettorato Centrale del Lavoro a Roma (1915-1918), Carozzi si trasferì a Ginevra dove dal 1920 al 1940 ricoprì l’incarico di responsabile dell’Industrial Health Service del neofondato International Labour Office (ILO). Nei primi anni di attività, anche in virtù del contributo e dell’attenzione di Carozzi su questo tema, ILO ratificò alcuni importanti convenzioni internazionali sull’età minima per l’accesso al lavoro nei settori industriale (Convenzione n. 5, 1919), marittimo (Convenzione n. 7, 1920) e agricolo (Convenzione n. 10, 1921). Oggi, anche grazie ai primi studi pioneristici dei medici come Luigi Carozzi sull’insalubrità del lavoro dei fanciulli, la Convenzione ILO n. 182, 1999 sulle peggiori forme di lavoro minorile è l’unica convenzione ad avere ottenuto la ratifica universale da parte di tutti i paesi membri dell’organizzazione.

Cesare Arrigo: storia dell’Ospedale Infantile di Alessandria, dalla filantropia alla ricerca

M.T. Dacquino
ASL Alessandria

La storia dell’Ospedale Infantile di Alessandria inizia ufficialmente il 18 aprile 1886 quando un gruppo di cittadini politicamente e culturalmente influenti costituirono il Comitato promotore per la sua edificazione.

La sua istituzione si inserisce quindi pienamente all’interno di un nuovo interesse verso l’infanzia che si è fatto strada proprio a partire dall’Ottocento in tutti gli ambiti, dalla letteratura alla scienza, con la nascita della Pediatria e della Psicologia infantile. Il bambino acquisiva una sua complessità e sempre più alta si faceva l’attenzione verso la sua debolezza sociale e fisica: molte sono infatti le rappresentazioni ottocentesche di bambini malati allattati, come *Il giorno di visita a l’ospedale* (1889) di Jean Geoffroy, testimonianza evidente di una recente specializzazione degli ospedali anche nell’ambito infantile.

Il cosiddetto “Ospedaletto” venne aperto il 15 giugno 1890 accanto alla Chiesa del Civile, era dotato di sei posti letto e dedicato alla cura dei bambini poveri di Alessandria dai due ai sette anni. Il suo Direttore Sanitario era Cesare Arrigo, a cui ancora oggi è intitolato l’ospedale a seguito del cospicuo lasci-

to (pari a tre terreni con cascine annesse, per un valore di 180mila lire) da lui donato all'Infantile alla morte, avvenuta nel 1902. Laureato a Torino prima in Chirurgia e poi in Medicina, dopo un periodo formativo a Parigi, Arrigo rimase primario di Chirurgia dell'Ospedale Civile di Alessandria per quarant'anni. Dal 1878 al 1888 ricoprì anche la carica di Presidente del Manicomio della Provincia, mentre nel 1993-1994 fu Presidente della Congregazione di Carità. A questo grande benefattore si deve anche il "Fondo Arrigo", ovvero una collezione di 1720 preziosi volumi appartenuti proprio a Cesare Arrigo che costituiscono il patrimonio librario antico della Biblioteca Biomedica.

Con Regio Decreto, il 24 settembre 1891 l'Uspidalët fu elevato a Opera Pia Ospedaletto Infantile di Alessandria per poi spostarsi in Via Ghilini nel giugno del 1910, prima di essere costruito nella sede attuale di Spalto Marengo nel 1913, grazie alla donazione di Rosa Borsalino. Di quella struttura resta ancora visibile e attivo il Padiglione degli ambulatori con l'antico atrio, mente il padiglione centrale e quello degli Infettivi, costruito nel 1952 da Ignazio Gardella, vennero abbattuti rispettivamente nel 1990 e negli anni Ottanta.

Oggi l'Ospedale Infantile "Cesare Arrigo" è parte della rete AOPI, ovvero l'Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani che comprende solamente tredici strutture a livello nazionale, è dotato di tutte le specialità di base, di un Pronto Soccorso di II livello, ed è in grado di fornire assistenza di terapia intensiva neonatale e pediatrica. Costituisce quindi un centro di riferimento per molte malattie del bambino e nello specifico, per quanto riguarda le patologie gastrointestinali pediatriche, è all'avanguardia dal punto di vista scientifico, tanto da aver portato nel 2022 l'Azienda Ospedaliera di Alessandria a entrare nella rete di riferimento europea per le anomalie congenite ed ereditarie degli apparati digerente e gastrointestinale ERNICA.

Origine e sviluppo della pediatria contemporanea. Il caso Padovano

G. Silvano

Università degli Studi di Padova

G. Perilongo

Università degli Studi di Padova

F. Zacchello

Università degli Studi di Padova

La Pediatria, come la conosciamo oggi, è il frutto di un lungo e talvolta conflittuale processo di distacco dalla Clinica medica. Le ragioni dei pediatri, che rivendicavano autonomia in ambito clinico e scientifico, e la disponibilità dei più accorti clinici medici ad accogliere tali richieste, portarono all'insegnamento della materia a Padova nel 1882. Questo divenne un insegnamento ufficiale della Facoltà medica. Nel 1895 Dante Cervesato diventò professore straordinario, nel 1898 ordinario e dal 1899, ordinario a Bologna. Da quegli anni, la Pediatria si sviluppò e acquistò spazi clinici e di ricerca impensabili qualche anno prima. Il cambiamento maggiormente significativo si ebbe dopo il secondo conflitto mondiale quando la disciplina si confrontò con l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 e con la Riforma degli studi universitari del 1980. Inoltre, è fondamentale ricordare le trasformazioni della pediatria contemporanea dovute alla nascita delle specialità pediatriche che hanno modificato il curriculum

formativo dei giovani pediatri. La pediatria contemporanea ha saputo adattarsi bene alle esigenze cliniche e terapeutiche in continuo cambiamento e ha impresso alla ricerca scientifica nuove prospettive delle quali si avvale, più in generale, la medicina di oggi. Di questa storia la pediatria padovana è stata protagonista.

Comunicazioni a tema libero

Interpretazione della mente nella storia e l'influenza sulla pratica clinica

A. De Giorgio

Università eCampus

Cosa sia la mente e come questa influenzi o faccia parte integrante del corpo è materia di dibattito da millenni. Questa può sembrare una mera speculazione filosofica, ma la definizione di cosa sia la mente ha orientato le scienze biomediche a suddividersi in branche via via sempre più differenziate.

Neurologia e psichiatria, in particolare, diventano nella seconda metà del Novecento due scienze distinte. La neurologia iniziò a dedicarsi allo studio delle malattie con una radice organica; la psichiatria concentrò il suo interesse verso i disturbi mentali veri e propri, considerando tutto sommato poco importanti le radici biologiche. Negli anni tra le due guerre mondiali si assiste a un crescente interesse per lo studio della mente, ma la diffusione di alcune malattie neurologiche, come l'encefalite letargica di von Economo e la paralisi progressiva, ridestò l'interesse per le origini neurobiologiche del comportamento. La correlazione tra area cerebrale danneggiata e deficit motori, sensitivi, percettivi o cognitivi, può essere riassunta dal termine neuropsichiatria. Ma una locuzione, neuroscienze cliniche, viene coniata come cappello per racchiudere i diversi campi di indagine: neurologia, neurochirurgia, neuroradiologia, neuropsicologia clinica, psichiatria, neuropsichiatria e neuro-riabilitazione.

Seppur tematiche interdisciplinari, la valutazione clinica rende l'interdisciplinarietà quasi assente. Pensiamo a neurologi

e psichiatri: i primi tendono a trascurare i disturbi comportamentali associati a deficit neurologici; i secondi possono avere scarso interesse verso disturbi neurologici, pensandoli come secondari a un danno organico cerebrale. Tuttavia, basti pensare a come non sempre una TAC restituisce ciò che un clinico si aspetterebbe; e viceversa. Così, i disturbi del comportamento vengono prima divisi in organici e non organici, per poi lasciare spazio alle definizioni malattia del cervello e malattia della mente. Oggi il termine organico andrebbe attribuito esclusivamente a disturbi comportamentali seguenti a danno accertato. Come dire che tutto ciò che non è organico è di pertinenza psichiatrica perché mentale. Una schizofrenica sovrapposizione disciplinare che è dovuta a un solo problema: non si è ancora definito se cervello e mente siano, davvero, la stessa cosa. Il definitivo chiarimento su dualismo, dicotomia o monismo tra mente e cervello si è, infatti, perso o complessificato lungo la storia. La verità è che – forse – cervello e mente sembrano avere la stessa relazione che hanno la lampada e Aladino: veri entrambi, inspiegabili entrambi.

I discorsi dei pazzi: due studi sul linguaggio psichiatrico dal manicomio di Nocera Inferiore

F. Donato

B. Pittore

C. D'Orlando

C. Carpentieri

R. Greco

Fondazione CeRPS (Centro ricerche sulla Psichiatria e le Scienze Umane)

Al tempo degli antichi greci, la malattia mentale era diagnosticata secondo due macrocategorie che includevano delle classificazioni secondarie, tutte comunque riconducibili alla *mania* o alla *malinconia*. Negli scritti dei medici greci non emerge esplicitamente il riferimento a studi che riguardavano gli aspetti linguistici legati alla malattia mentale, eppure i medici rilevano variazioni nel tono di voce dei pazienti e, con espressioni quasi formulari, descrivono nei pazienti la mancanza di un linguaggio razionale e organizzato.

Molti secoli dopo, durante l'Ottocento, inizia a farsi vivo l'interesse per il linguaggio dei pazienti psichiatrici e in particolare di quelli schizofrenici. Nei pazienti schizofrenici, si presentano, infatti, delle turbe linguistiche la cui individuazione aiuta la diagnosi. Risulta interessante notare che gli studi sul linguaggio si svilupparono proprio nei manicomi, perché il rapporto diretto e continuo con i pazienti permise di analizzare più approfonditamente questi fenomeni.

Il presente lavoro si basa sulla analisi di un articolo pubblicato alla fine dell'Ottocento dal professor Silvio Venturi, in comparazione con gli studi condotti alla metà del Novecento dal professor Sergio Piro.

Il professor Silvio Venturi, nel suo scritto *I discorsi dei pazzi*, che fu edito sulla rivista del manicomio di Nocera nel 1897, registrò e studiò il linguaggio dei suoi pazienti dei manicomi di Nocera in Campania e di Girifalco in Calabria. L'analisi si serve di tre diverse forme espressive: il monologo, il dialogo e lo scritto. Alla luce di quanto emerge nel corso del suo lavoro, il professor Venturi distinse in base al diverso grado di dissoluzione intellettuale quattro categorie: i deliranti, i mistici, i dementi e gli stupidi. Egli analizza caso per caso le turbe linguistiche dei suoi pazienti, ma non trascura la storia degli ammalati perché la ritiene necessaria per comprenderne il contenuto del delirio.

Il professor Piro, uno dei protagonisti del processo di riforma che ha portato alla legge 180 e direttore del manicomio di Nocera Superiore negli anni sessanta del Novecento, si occupò soprattutto del linguaggio degli schizofrenici e riuscì a dimostrare che il linguaggio di questi pazienti non è impossibile da decodificare. Dopo anni di studio, arrivò a formulare l'interessante teoria della dissociazione semantica. Grazie alle competenze del professor Piro in linguistica, semantica e glottologia, egli comprese che il linguaggio schizofrenico è caratterizzato da un allentamento dei nessi che collegano il segno verbale (parola-significante) all'infrastruttura semantica referenziale ed emotiva (significato).

Entrambi gli studiosi operarono, quindi, all'interno del Manicomio di Nocera e condussero lì i loro studi sul linguaggio. Dall'analisi del loro lavoro, emerge la consapevolezza che per le malattie psichiatriche sia auspicabile un'analisi multidisciplinare, l'unica in grado di coglierne le caratteristiche multifattoriali.

Da dove siamo partiti? Quanto ci siamo realmente evoluti? La lunga storia della neurochirurgia: sedersi sulle spalle dei giganti

M. Gladi

Università Politecnica delle Marche

F. Greco

Campus Biomedico Roma

A. Di Rienzo

Università Politecnica delle Marche

M. Dobran

Università Politecnica delle Marche

A. Iacoangeli

Università Politecnica delle Marche

S. Lisi

Università Politecnica delle Marche

D. Aiudi

Università Politecnica delle Marche

M. Strovegli

Università Politecnica delle Marche

F. Salvinelli

Campus Biomedico Roma

M. Iacoangeli

Università Politecnica delle Marche

La Neurochirurgia è una disciplina che si occupa del trattamento chirurgico delle affezioni che interessano il sistema nervoso centrale (encefalo, midollo spinale), il sistema nervoso

so periferico (nervi cranici, spinali e periferici), il sistema nervoso autonomo, le corrispondenti strutture di supporto (es. meningi, cranio, colonna vertebrale) e il loro apporto vascolare.

Fin dagli albori è stata ritenuta una specializzazione molto rischiosa e delicata: “Quelli che sono Maestri e Professori scelti per eseguire questo mestiere, dovrebbero necessariamente avere un cuore di leone, una mano di donna e un occhio acuto e pietoso, poiché è un lavoro di estrema importanza e delicatezza” (Traduzione da William Clowes, 1602).

Il pensiero comune è che la neurochirurgia, essendo essa una disciplina specialistica, derivi dalla chirurgia generale e che sia nata in tempi relativamente recenti; questo, in realtà, non è del tutto vero. Infatti, questa nobile arte, è forse la più antica e praticata di cui si abbia datazione certa. Reperti archeologici fanno risalire i primi rilievi di rudimentali craniotomie agli inizi del mesolitico, circa 12.000 anni fa.

La neurochirurgia oncologica invece rappresenta una branca più recente, a causa della complessità anatomica e gestionale del paziente a cui far fronte, la scarsità delle tecnologie di cui invece oggi disponiamo e dalla prognosi rapidamente infausta che in passato avevano i tumori cerebrali. Risulta comunque evidente una lenta ma tangibile evoluzione della neurochirurgia in genere, e quella oncologica nello specifico, nel corso dei secoli grazie a reperti archeologici e iconografici di grande valore culturale. Presso il museo di storia della medicina di Roma è custodito il cranio appartenente ad un bambino, datato intorno al II secolo d.C., caratterizzato dalla presenza di una craniotomia fronto-parietale destra. Nel contesto dell'approccio chirurgico si apprezzano delle aree di riossificazione, segno che il bambino è sopravvissuto per un certo lasso di tempo dopo la procedura. Reperti analoghi sono stati anche rinvenuti in crani trapanati dalle popolazioni Incas.

Nel “*Methodus Medendi*” di Galeno (metà II secolo d. C.), è citata la tecnica della apertura del cranio nei bambini, medi-

ante la sezione delle ossa, piuttosto che tramite il trapano, segno di una buona conoscenza della tecnica e dell'anatomia.

Risale al 1484 un dipinto di Bosch, intitolato *L'estrazione della pietra della follia*, che raffigura un uomo intento ad incidere la cute del capo di un individuo, con il chiaro intento di rimuovere ciò che gli arreca danno (la pietra, allegoria di un tumore) o in alternativa per una epilessia tumorale.

Nell'opera *Chirurgiae universalis opus absolutum* di Giovanni Andrea Dalla Croce (1573), vi è una accurata descrizione dello strumentario utilizzato all'epoca per l'esecuzione di una craniotomia.

Nel *De Humani Corporis Fabrica* di Vesalio (1543), due interi volumi sono dedicati all'anatomia dei nervi e del cervello ed alla strumentazione chirurgica specifica.

Nel 1664 Thomas Willis scrive un'opera caratterizzata da un approccio multidisciplinare all'argomento, con nozioni di chirurgia, anatomia e di clinica applicata.

Nel corso dei secoli è evidente come la medicina si sia evoluta, raggiungendo alti livelli di cura in molte patologie. L'avvento di nuove tecnologie, l'ampliamento delle conoscenze e la collaborazione multidisciplinare hanno reso possibile tutto questo. Non dobbiamo però dimenticare che non siamo noi a essere partiti dalla valle per raggiungere la vetta della montagna, ma siamo solo saliti sulle enormi spalle di chi ci ha preceduto. Non a caso, nello specifico, lo strumentario chirurgico che oggi comunemente utilizziamo nelle nostre sale operatorie è sì più ricco, variegato e tecnologico, ma ricalca concettualmente molto da vicino la concezione della strumentazione chirurgica ed i concetti di visione e meccanica della strumentazione più antica, di cui discuteremo l'evoluzione moderna partendo dalle concezioni più remote.

La Rianimazione ovvero “le tecniche salvavita”: dai primordi fino ai tempi d’oggi

L.F. Antignani

Usl Centro Toscana

Nella propria attività professionale di medico si verificano alcuni particolari eventi che possono rappresentare quelli che vengono definiti “the best moment in a doctor’s life”.

Qualcuno ritiene che al primo posto di questi “best moment” sia da considerare “the cry of new born”, qualcun altro ritiene invece che sia “the sound of resuscitation”.

Nella mia professione di medico le ho vissute entrambe e personalmente ritengo che sentire il “bip” del monitor nel vedere ricomparire la traccia elettrocardiografica di un cuore che torna a pulsare, dopo il silenzio assoluto di una asistolia o dopo il fragore di una “scarica” per colpire una caotica fibrillazione ventricolare, ha una valenza maggiore perché riportare in vita una persona sulla soglia della morte è il risultato di un lungo processo di tentativi e di applicazione di manovre che l’uomo è riuscito ad elaborare e a perfezionare nel corso dei tempi, mentre una nascita quasi sempre è un evento del tutto naturale anche se ogni pianto di un neonato è in sé sempre qualcosa di emozionante.

Nella presentazione quindi si riporta una cronistoria di tutti i passaggi che sono stati necessari per arrivare agli attuali metodi di Rianimazione Cardiopolmonare, iniziando dai primi episodi di “risuscitazione” come riportati e descritti nelle Sacre Scritture e come e quando si è susseguito nelle varie epoche

successive: i vari metodi applicati sia empirici che in seguito più razionali; le prime descrizioni anatomiche e le conseguente applicazioni e sperimentazioni sui due versanti rianimatori: quella della ventilazione e quello del massaggio cardiaco. La parte preponderante si è verificata con la scoperta dell'elettricità e l'uso degli anestetici che spesso per i loro effetti collaterali causavano arresti cardiaci testimoniati e proprio dagli anestesisti iniziavano le pratiche di rianimazione secondo metodi scientifici. È agli inizi degli anni sessanta che si sono raggiunte le basi fondamentali per la Rianimazione Cardiopolmonare che hanno caratterizzato e caratterizzano ancora i protocolli dei tempi d'oggi.

L'anatomia medievale nelle opere di Dante

G. Natale

Università di Pisa

La conoscenza dell'anatomia nel Medioevo era molto approssimativa e faceva riferimento alla cosiddetta *hystoria incisionis*, l'incipit di trattati dedicati alla descrizione del corpo umano. Da questi manoscritti si evince che dovevano esserci nove raffigurazioni anatomiche fondamentali. Le prime cinque, riferite a sistemi generali (scheletro, muscoli, arterie, vene, nervi) furono facilmente identificate nella *Fünfbilderserie* (serie delle cinque figure). Una ricerca più paziente è stata necessaria per riconoscere nella *Nine-System Figure Series* (serie delle nove figure) la serie completa, comprendente anche i vari organi. Dante Alighieri era membro della Corporazione Fiorentina dei Medici e degli Speciali. Dunque, conosceva l'arte medica e poteva indossare la lunga e ampia veste rossa (lucco), ornata di vaio bianco, con il capo ricoperto da un cappuccio (becchetto) con le punte ricadenti ai lati del viso, abbigliamento tipico del medico. Infatti, in due delle sue opere principali, la *Divina Commedia* e il *Convivio*, ci lascia molte testimonianze mediche e anatomiche. Innanzitutto, dimostra di conoscere bene alcune figure mediche, sia antiche, come Ippocrate, Galeno e Avicenna, che a lui contemporanee, come Taddeo Alderotti. Usa termini anatomi-

ci, come *casso* (gabbia toracica), *omero*, *cerebro*. Usa il termine *nuca* secondo l'accezione dell'anatomia islamica, inteso come midollo spinale cervicale, dimostrandone un'ottima conoscenza (*Inferno* XXXII, 127-129). Fra gli scismatici della nona bolgia si assiste a una vera e propria dissezione anatomica, quella di Maometto:

rotto dal mento infin dove si trulla. / Tra le gambe pendevan
le minugia; / la corata pareva e "l tristo sacco / che merda fa
di quel che si trangugia (*Inferno* XXVIII, 24-27).

Di particolare interesse, poi, è il canto XXV del *Purgatorio*, in cui Dante espone un'articolata descrizione fisiologica ed embriologica del corpo umano con la teoria della generazione dell'anima e dei suoi rapporti con il corpo. Quando nel *Convivio* (I, VII) esprime il concetto di misura esatta, prende a esempio alcune parti del corpo umano che sono di numero preciso, come i denti o le dita della mano. Sempre in quest'opera (II, III, IX), c'è una dettagliata descrizione dell'apparato visivo, dei mezzi diottrici dell'occhio e della trasmissione della luce, nonché delle illusioni ottiche. La parte anatomica di questa disamina richiama proprio le figure dell'apparato della vista dell'*hystoria incisionis*. Questi numerosi riferimenti anatomici danteschi, soprattutto nell'*Inferno*, non sorprendono, considerando la numerosità di corpi incontrati, spesso sconvolti dalla legge del contrappasso. E non sorprende neppure questa grande competenza medica di Dante, considerando che nei tempi passati gli uomini di cultura avevano una conoscenza su tutti gli ambiti del sapere.

La nefrologia nel sapere medico antico e bizantino: alcune considerazioni

D. Mussi

Università di Napoli L'Orientale

Oggetto della presente proposta di intervento è un'analisi di alcune fonti che trattano la nefrologia nel panorama della letteratura scientifica greca e bizantina. Sulla base di un lavoro di dottorato ancora in corso – incentrato sull'edizione critica (la prima) corredata di introduzione, traduzione e commento di un testo di nefrologia pseudo-galenico dal titolo *De affectuum renibus insidentium dignotione et curatione*, ascrivibile con ogni probabilità al periodo medio-tardo bizantino (XII-XIII sec.) – e alla luce dei risultati finora emersi, si cercherà di dimostrare come la tradizione degli studi di nefrologia nel mondo greco antico e bizantino meriti un'attenzione sicuramente maggiore rispetto a quanto evidenziato dagli sporadici contributi a oggi rintracciabili, in particolare per quanto concerne il *Corpus Hippocraticum*.

Si procederà partendo da una breve descrizione del suddetto scritto pseudo-galenico e dei suoi contenuti, per poi passare alla lettura di alcuni brevi passi (in traduzione italiana) degli autori e delle opere maggiormente ripresi dallo stesso, in particolare il *Corpus Hippocraticum* (V sec. a.C.), le opere biologiche di Aristotele (*Historia animalium* e *De partibus animalium*, IV sec. a.C.), fino a Rufo di Efeso (*De renum et vesicae morbis*, I-II sec. d.C.), Galeno di Pergamo (*De usu partium* e *De locis affectis*, II-III sec.

d.C.) e i compilatori tardo-antichi, Oribasio di Pergamo (*Collectiones medicae*, IV sec. d.C.) e Aezio Amideno (*Libri medicinales*, VI sec. d.C.).

Evoluzione storica della medicina in tema di “stato vegetativo”

I. Vecchio

Università di Messina

Lo “Stato Vegetativo” si instaura dopo un coma dovuto ad eventi traumatici o non traumatici (ictus cerebrale, anossia cerebrale, encefaliti).

L’eziologia che determina le lesioni encefaliche, l’età e la durata dello stato vegetativo sono i parametri che condizionano la prognosi. Quest’ultima, a sua volta, è meno infausta per lo stato vegetativo che consegue ad eventi traumatici, è molto infausta dopo danni cerebrali di tipo anossico.

Il termine “Vie Vegetative” fu coniato dal francese Arnaud nel 1963, e qualche anno dopo, ridefinito “Vegetative Survival” da Vapalahti e Trupp. Nel 1972, Jennet e Plum definirono “Persistent Vegetative State” la condizione di veglia apparente, senza consapevolezza, di soggetti che emergevano dal coma. Nel 1989, la “World Medical Association” definisce lo Stato Vegetativo persistente, la cronica perdita di coscienza determinata da “un’assenza di consapevolezza per almeno dodici mesi”. La diagnosi di uno stato vegetativo è importante per effettuare una corretta ed appropriata riabilitazione ed una scelta efficace di adeguati modelli di intervento assistenziale.

Lo stato vegetativo suscita riflessioni di tipo bioetico che determinano decisioni riguardanti le cure, la riabilitazione e l’alimentazione e idratazione artificiale. La dialettica sui temi di tipo bioetico rimane controversa ed elicitando riflessioni e scelte delicate e importanti in ambito medico.

Storia del diabete nel mondo antico

F.A.G. Vecchio

Università di Messina

Il diabete è una malattia già descritta dai medici nel mondo antico. Il papiro scoperto a Luxor, in Egitto, nel 1872, dal tedesco George Ebers, e risalente a circa 1500 a. C, riporta una formula per alleviare la poliuria di pazienti con diabete.

Sucruta, medico indiano del V secolo a. C, descrisse una malattia frequente nei soggetti con abitudini alimentari caratterizzate da eccessivo consumo di farinacei, zuccheri e riso che, con il passare degli anni, soffrivano di intensa poliuria, con richiami di formiche intorno alle abbondanti urine emesse.

Anche gli antichi medici cinesi descrissero soggetti che emettevano urine ricche di zuccheri, che attiravano i cani randagi. Ippocrate, nel V secolo a.C, descrisse nei suoi “Aforismi”, l’importanza della ispezione delle urine dei malati, per valutare l’effetto di disordini alimentari, causa di gravi malattie, fra le quali il diabete.

I primi studi sul diabete, in assenza delle moderne metodiche del laboratorio, e di adeguati strumenti diagnostici, dimostrano che gli antichi medici, erano costretti a basarsi, su due criteri: l’anamnesi e l’ispezione delle urine.

I Greci per spiegare questa teoria, usarono il termine Diabete (che deriva da “diabaino”, che significa “attraversare” o meglio “passare attraverso”).

La teoria di Galeno sull’origine del diabete nei reni, fu assimilata successivamente da molti medici bizantini, quali Oribasio, Alessandro di Tralles, Ezio di Amida, Paolo di Egina.

Nel Medioevo, gli studi sul diabete furono sviluppati dalla medicina araba, che si nutriva sia delle conoscenze di Ippocrate e Galeno sia degli scritti della medicina indiana.

Avicenna, nel suo “Canone” affermava che il diabete fosse una malattia caratterizzata dai sintomi della polifagia, foruncolosi, tisi ed impotenza sessuale.

Thomas Willis conclude il cosiddetto periodo pre-chimico del diabete riuscendo a dimostrare la presenza di zucchero nelle urine dei diabetici, descritto nella sua opera “*Pharmaceutice rationalis*” edita ad Oxford nel 1674.

Le conoscenze mediche sul diabete, soprattutto nel mondo antico erano basate su differenti teorie: Areteo di Cappadocia considerava lo stomaco responsabile dell’insorgenza del diabete, Galeno, invece, riteneva i reni responsabili della malattia.

Avicenna e Arnaud de Villaneuve attribuirono al fegato la responsabilità della malattia. Paracelso ipotizzò che la sede del diabete fosse nel sangue.

Nel mondo antico, l’assenza delle tecniche di laboratorio, non permise, ai medici, di comprendere le reali cause del diabete. Essi avevano elaborato conclusioni interessanti, basate sull’osservazione empirica dei disturbi urinari, e sulla importanza della scelta di regimi alimentari che si ritenevano utili alla cura del diabete.

Una macchina ottocentesca per le rappresentazioni anatomiche

A. Armone Caruso
ORL AIAS Afragola

Per chi voglia affrontare gli studi di medicina, l'Anatomia riveste un ruolo fondamentale perché, rappresenta l'*iniziazione* all'esercizio della medicina; è un vero e proprio battesimo dello studente, che per la prima volta si trova ad affrontare sul "campo" l'osservazione diretta del corpo.

Tale aspetto è sempre presente nell'insegnamento dell'Anatomia. Sono da esempio le immagini Vesaliane o di stampe settecentesche e ottocentesche dove il docente spesso volte è accompagnato da uno scorticato mantenuto in piedi da una corda. E proprio su questo aspetto, la documentazione, rintracciata presso l'Archivio di Stato di Napoli, mette in risalto questo principio. Nel 1822 presso uno dei teatri anatomici degli Incurabili di Napoli, fu costruita una macchina, formata da una struttura in ferro su un sistema di ganci, funi e pulegge, che permetteva di sollevare le strutture anatomiche per essere osservate a 360°. Inoltre, per migliorare gli studi, nello stesso teatro Anatomico, come si documenta dalle spese occorse, furono eseguiti dei lavori di ammodernamento. Di quanto effettuato, ad oggi, non è stata trovata altra documentazione né sono stati individuati con certezza i luoghi, visti i danni e rimaneggiamenti che gli Incurabili ha avuto nel corso dei secoli.

Filandro Vicentini: musealizzare la ricerca medica a Chieti nella metà del XIX secolo

A. Di Fabrizio

Cineca

M. Del Cimmuto

Università di Chieti

A. Rapinese

Università di Chieti

A. Fazio

Università di Chieti

M.C. Capasso

Università di Chieti

Il Museo universitario dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara ha ricevuto, nel mese di maggio 2016, una donazione di strumenti medici appartenuti al dottor Filandro Vicentini. Tale lascito è avvenuto per volontà della famiglia Finizio, discendente del medico teatino, che ha individuato nel Museo universitario di Chieti un ambiente in sintonia, proprio per il suo carattere scientifico, con il campo di lavoro e ricerca del Vicentini e, nello stesso tempo, un luogo consono a conservare e divulgare la memoria del proprio antenato.

Filandro Vicentini è stato un medico e letterato italiano, nato nel 1836 a Fara Filiorum Petri, in provincia di Chieti.

Conseguì ben quattro lauree presso l'Università di Napoli: in Lettere e Filosofia e in Scienze Matematiche nel 1855, in Medicina nel 1860, in Chirurgia nel 1862.

L'illustre medico, molto legato alla città di Chieti dove gli è stata intitolata anche una strada, esercitava la libera professione e si muoveva sul territorio provinciale alla ricerca di casi di malattie di origine microbica: questo tipo di studio l'ha reso noto come batteriologo perché egli scoprì nel cavo orale un microorganismo da lui chiamato *Leptothrix Racemosa*.

I suoi trattati di batteriologia vennero pubblicati anche all'estero.

Alla fine del secolo XIX, è stato Associate Editor della rivista scientifica "The journal of microscopy and natural science" (rivista della "Postal Microscopical Society", società scientifica inglese fondata nel 1873).

Il Museo universitario di Chieti ha provveduto all'inventariazione e alla catalogazione di tutti i materiali dello studio medico del Vicentini: libri, opuscoli, lettere, relazioni sulla *Leptothrix Racemosa*, quaderni di appunti con i primi disegni di funghi microscopici della saliva umana eseguiti da Filandro Vicentini, medicinali, antichi mobili, vetrinette espositive e, soprattutto, strumenti medici come microscopi ottici, set di vetrini con tessuti umani, provette per prelievi microbiologici, bilance per elementi chimici, scatole con attrezzi per trapanazioni, siringhe, tubi di vetro in scatola di piombo per il prelievo di saliva, oftalmoscopi.

Varie sono già state e saranno le iniziative promosse dal Museo per far conoscere la storia del rinomato medico: a lui è stato dedicato l'intero calendario dell'anno 2020 realizzato e stampato dal Museo universitario con foto dei materiali più significativi della collezione medica; è stata programmata per l'anno 2022 una giornata di studi con conferenze e laboratori da svolgere con gli studenti del Liceo scientifico di Chieti; si sta lavorando alla stesura e all'impaginazione grafica del quinto quaderno della collana "Quaderni del Museo universitario dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara" che tratterà dell'importanza della figura medica e rigorosa dello studioso Vicentini.

Infine, obiettivo principale sarà, nell'anno 2022, l'allestimento, presso il Museo universitario, di un'esposizione temporanea dove verrà ricostruito lo studio medico del Vicentini e saranno esposti tutti i materiali della donazione per narrare ai nostri utenti il percorso umano e scientifico di uno stimato ricercatore teatino.

Un progetto allestitivo che, attraverso la selezione del materiale catalogato dal museo, vuole ricostruire l'ambiente lavorativo del medico teatino, trasportando il visitatore all'interno della realtà della Medicina di metà Ottocento.

Il dogma centrale della biologia molecolare e la teoria della selezione clonale: due pilastri del paradigma riduzionista in biomedicina.

Breve storia di un crollo e delle sue conseguenze

F. Bottaccioli

Università dell'Aquila

Il significato tradizionale di immunità, sia nell'immaginario popolare che in quello medico, è di tipo protettivo-privativo. Si è esenti da qualcosa, da una malattia, dal pagare le tasse, come era previsto per i medici che esercitavano nell'antica Roma, dagli ordinari controlli di polizia, come nel caso dei diplomatici e dei parlamentari. L'immunità quindi protegge l'individuo, tant'è che, in ambito medico e anche nel linguaggio corrente, il suo sinonimo è "difese immunitarie". Questo concetto emerge come conseguenza dell'imporsi del paradigma microbico tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, secondo cui le cause di malattia sono esterne all'organismo, sono provocate da microbi di varia natura e possono essere curate con le "pallottole magiche" di Paul Ehrlich. Il paradigma verrà consolidato, sul finire degli anni cinquanta del Novecento, dalla teoria della selezione clonale di Frank Macfarlane Burnet, che, nel descrivere la modalità con cui un linfocita

risponde a un antigene clonando se stesso in una quantità rilevante di copie identiche, presuppone la netta distinzione tra self e non self, ovvero tra ciò che la cellula immunitaria riconosce come proprio e ciò che invece identifica come estraneo, da cui difendersi. Questa separazione, secondo Burnet, avviene molto precocemente, già a livello embrionale, di modo che alla nascita il self sia già delineato, le difese in sostanza siano pronte.

Burnet presenta il “dogma centrale della immunologia” nello stesso periodo in cui è stato elaborato il “dogma centrale della biologia molecolare” a opera di Francis Crick. Secondo quest’ultimo, l’individuo è il prodotto lineare e necessario del genoma contenuto nel nucleo cellulare. Il self è così cementificato, dalla genetica e dai meccanismi protettivi, geneticamente determinati, dell’immunità. L’individuo è un prodotto granitico, il suo sviluppo è autocentrato e guidato dalla necessità, dal suo genoma, che l’influente biologo del Novecento Jaques Monod definì “l’invariante fondamentale”, che contiene anche tutte le istruzioni necessarie per difenderlo dall’esterno. Il self immunologico sotto questo profilo funziona come “l’invariante molecolare” dell’organismo, che sorregge un modello di individuo di tipo essenzialistico.

L’emergere della epigenetica, a partire dalle ricerche di Conrad Waddington, negli anni quaranta del Novecento, cambia radicalmente la visione del genoma, che non viene più visto come un centro direttivo che impartisce istruzioni all’organismo, bensì come un dispositivo adattativo che risponde alle esigenze ambientali regolando l’espressione genica. L’epigenetica è la scienza in rapida espansione che studia i meccanismi molecolari con cui l’ambiente e la vita individuale agiscono sulle informazioni contenute nel genoma.

Adattamento è anche la parola chiave della recente immunologia, che mette in discussione il concetto di *self* immunologico rigidamente separato, *à la* Burnet, a partire dalla constatazione che il nostro organismo è colonizzato da una quantità di microbi (batteri, virus, funghi) dotati di un proprio genoma individuale (DNA

o RNA), il cui numero si ipotizza superi quello delle nostre cellule. Il sistema immunitario è in continuo commercio con questi esseri viventi al nostro interno, il cui peso relativo è modulato dall'ambiente, dall'alimentazione, dallo stress, dai farmaci. Il non-*self* quindi è interno al *self*. L'esistenza del *self* immunologico dipende dal sistema di relazioni che stabilisce e continuamente adatta con l'altro, con il diverso da sé, che è all'interno di sé.

Nella teoria del *network* di Niels Jerne e in alcune ricerche successive (soprattutto quelle di Polly Matzinger) la ricognizione dell'altro (antigene) non dipende tanto dalla sua natura quanto dal contesto e cioè dal sistema di relazioni dentro cui esso è annidato e riconosciuto. Il riconoscimento dell'altro (antigene) non è tanto un fatto molecolare quanto un cambiamento di stato del *network* immunitario.

Ripensare la complessa composizione dell'individuo umano significa quindi vedere il mondo che è in noi: quello biologico, quello fisico, quello sociale. Significa rintracciare lo scambio biologico continuo che realizziamo con le altre specie viventi e con il mondo fisico, la sovradeterminazione culturale e comportamentale e quindi biologica che il contesto sociale produce sulla singola vita umana. Un grande pioniere della fisiologia sistemica come François Xavier Bichat, nelle sue *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, definì la vita “come l'insieme delle forze che resistono alla morte”. C'è quindi uno sforzo continuo che l'individuo deve compiere per rimanere in vita. Questo “sforzo di perseverare nel suo essere”, che Spinoza definì *conatus*, mette in campo un'idea, a mio avviso, centrale per la biologia, per la medicina e per la filosofia: l'idea che la vita sia un flusso continuo di un sistema composito e complesso alla costante ricerca dell'equilibrio. È il concetto di “omeoresi”, proposto da Waddington, di “allostasi” proposto da Sterling e McEwen, è l'idea di “senso di coerenza” e di “autoefficacia” proposta in psicologia, rispettivamente, da Antonovsky e da Bandura, è la sensazione di “intrinseca adeguatezza” di cui parla Gadamer descrivendo con ciò la salute come attributo del soggetto.

L'evoluzione storico-deontologica della c.d. “clausola di coscienza”

S. Patuzzo

Università di Verona

All'interno della declinazione deontologica, la possibilità per il medico di rifiutare la propria opera professionale, che diventerà nota come “clausola” o “cautela di coscienza”, compare formalmente per la prima volta nell'edizione del Codice deontologico del 1978.

Le ragioni di questo inserimento e l'evoluzione deontologica che ha caratterizzato nel tempo il relativo articolo, offrono un peculiare strumento di indagine utile allo sviluppo di riflessioni in merito al principio di indipendenza, sia in termini etici sia squisitamente scientifici, riferito alla categoria professionale medica.

La medicina nel mondo degli Etruschi

G. du Ban

Società Italiana di Storia della Medicina, Trieste

A parte i venti volumi (Tirrenikà) del dotto imperatore Claudio, andati distrutti nella biblioteca di Alessandria, non si ha nessuna scrittura originale della loro storia e ci si deve accontentare di quanto raccontano i greci e i romani ai quali non sempre erano simpatici. L'arte pittorica delle necropoli ci fa conoscere un popolo dove il banchetto può essere considerato il simbolo di una convivialità vivace e gioiosa: erano all'avanguardia riguardo ai saldi valori familiari con particolare evidenza della donna (*mater familiae*) che gode di una moderna considerazione. A rigor di logica possiamo ipotizzare la presenza del medico (sacerdote), ben distinto dal mago (ciarlatano), e del protospesiale già agli albori della loro civiltà attorno al 900 a.C. ed era ampiamente riconosciuta la loro vasta e profonda competenza: tra le varie patologie che ci affliggono la malaria è quella, alla quale secondo la letteratura potremmo ascrivere una delle ragioni del loro declino e scomparsa. In un territorio ancora oggi così fertile e ricco sicuramente sono state utilizzate molte sostanze a scopo terapeutico, ma gli storici, senza testi sicuri, ne elencano a seconda dei casi specie diverse alle quali aggiungerei tra le altre il silfio cirenaico, preziosa panacea, e la lumaca internazionale, cosmetico e afrodisiaco.

I cosiddetti precursori della Croce Rossa, si possono definire veramente tali?

R. Ottaviani

Società Italiana di Storia della Medicina

Si discute in questo testo, alla luce dei riscontri documentati e citati nel testo di C. Chaponnière tradotto in italiano: Henry Dunant, la croce di un uomo, sul ruolo pionieristico di F. Palasciano, di F. Nightingale, di Arrault... Secondo l'autore del presente articolo potrebbero essere più esattamente considerati e definiti precursori umanitari, pionieri di una fattiva azione di soccorso ai militari feriti. Infatti il loro operato, con i nuovi e ultimi documenti trovati che arricchiscono la biografia del Dunant, risulta lontano dall'idea e dall'azione del fondatore della Croce Rossa. L'attività esuberante e continua di Dunant portò non solo alla formazione dei Comitati di Croce Rossa e alla formazione di volontari soccorritori nei teatri di guerra, ausiliari dei corpi di Sanità militare, ma anche e soprattutto promosse la costituzione della Convenzione di Ginevra del 22 agosto 1864 da cui ebbe origine il Diritto Umanitario Internazionale.

Le grandi epidemie della storia e l'arte figurativa

M. Converti
Asl Napoli 2 Nord

Quasi nessuno conosce la Storia della Medicina LGBTI perché questa include l'omofobia sanitaria che è una delle tre forme di persecuzione sistematica insieme a quella religiosa e giuridica. In Italia, inoltre, vige ancora l'omofobia sanitaria.

Partiremo ovviamente da Ippocrate ed attraverso Avicenna e Krafft-Ebing arriveremo ai nostri giorni a parlare del grave deficit in Sanità rispetto ai Diritti Sanitari LGBTI acquisiti in altri Paesi occidentali.

Palermo 1937: Segrè e la scoperta del Tecnezio

D. Picone

A. Lo Casto

A.E. Cardinale

Università degli Studi di Palermo

Emilio Segrè, uno dei componenti la “Scuola di via Panisperna”, aveva vinto nel novembre del 1935 il concorso per la cattedra di Fisica sperimentale all’Università di Palermo, dove si trasferì. Quando Emilio Segrè arrivò a Palermo l’attività di ricerca dell’Istituto di Fisica dell’Università era spenta da anni. Durante l’estate fece un viaggio negli Stati Uniti e in occasione della visita al ciclotrone da 37 pollici di Berkeley chiese a Ernest Lawrence, direttore del Laboratorio, il permesso di prendere alcuni pezzi di molibdeno deflettore che erano stati sostituiti con pezzi nuovi ed erano abbandonati su un tavolo dopo essere stati per anni nell’interno del ciclotrone, irraggiati a lungo con deutoni e neutroni. All’Università di Palermo, insieme al suo collega, Professore di Mineralogia, Carlo Perrier, riuscì ad estrarre alcuni radioisotopi a vita media lunga dell’elemento ancora mancante 43. Successivamente, insieme al suo assistente Cacciapuoti, dimostrò l’esistenza di almeno cinque radioisotopi a vita media lunga di questo elemento a cui, gli scopritori, circa dieci anni dopo, su richiesta della Unione Internazionale di Chimica Pura e Applicata, diedero il nome Tecnezio (Tc), dal greco τεχνητός, “artificiale”, cioè il primo elemento prodotto artificialmente. I pezzi di metallo portati da Berkeley contenevano quantità apprezzabili anche di P^{32} e Co^{60} e altri radioisotopi. Insieme al fisiologo di Palermo Camillo Artom. utilizzò il P^{32} per investigare, con il metodo

dei traccianti radioattivi, l'assorbimento dei fosfolipidi nei diversi organi. Il Tecnezio⁹⁹ è stato ed è il principale elemento che viene utilizzato in Medicina nucleare per studiare il metabolismo di diversi organi, grazie alla sua breve emivita (6,01 ore), in quanto emettitore di raggi gamma e per la capacità di legarsi a numerose molecole di interesse biochimico (radiofarmaci) è impiegato nella scintigrafia con gamma camera e nella tomografia ad emissione di fotone singolo (SPECT). Nell'estate 1938 Emilio Segrè decise di andare a Berkeley per qualche mese per studiare i radioisotopi a vita breve del nuovo elemento. Durante il viaggio in treno fra New York e la California apprese dai giornali che in Italia il Governo Fascista aveva cominciato a promulgare le leggi razziali, grazie alle quali, fra l'altro, aveva perso il suo posto di Professore. Scrisse alla moglie di chiudere casa senza fretta e di raggiungerlo a Berkeley con il loro primo figlio, Claudio, che non aveva ancora due anni.

Un Nobel mancato: Antonino Sciascia da Canicattì e la fototerapia

A. Lo Casto

D. Picone

A.E. Cardinale

Università degli Studi di Palermo

“La fortuna, purtroppo, non arrise a tanto scienziato, che ebbe il solo torto di essere nato e vissuto in un modesto centro, senza veste ufficiale, né réclame piazzaiola”. Queste parole, pubblicate sul “Giornale di Sicilia” nel 1925, riassumono la vicenda umana e scientifica di un medico, inventore e scienziato della Sicilia fin de siècle. Antonino Sciascia era nato in un piccolo centro della provincia agrigentina, Canicattì, il 19 novembre 1839. Nel 1860 si laureò non ancora ventunenne in Medicina all’Università di Palermo, proprio nel bel mezzo dell’epopea garibaldina. Per una strana coincidenza nel 1860 nasceva Niels Ryberg Finsen, medico danese, insignito del premio Nobel per la medicina nel 1903 per la fototerapia. Peccato però che il primo lavoro di Finsen su “La Photothérapie” veniva pubblicato a Parigi nel 1899. Sciascia già nel 1892 aveva fatto la sua prima comunicazione sui principi della fototerapia al XIII Congresso dell’Associazione Oftalmologica Italiana, svoltosi a Palermo. Nel 1894, al Congresso Medico Internazionale di Roma, presentò la relazione “La fototerapia in medicina e chirurgia e la cura specifica della resipola”. I suoi esperimenti a scopo terapeutico erano iniziati nel 1890 con il fotocauterio, lo strumento da lui inventato e poi brevettato nel 1894. Ne “La fototerapia”, edito a Roma nel 1902 dalla Socie-

tà Editrice Dante Alighieri, Antonino Sciascia pubblica – forse è questa la sua colpa principale nel mancato Nobel, la tardiva pubblicazione rispetto a Finsen – un resoconto sulla procedura da lui messa a punto, che include il sunto della comunicazione presentata al XIII Congresso dell’Associazione Oftalmologica Italiana, una discreta casistica di pazienti trattati con guarigione definitiva o significativi miglioramenti, una descrizione e schemi dell’apparecchiatura utilizzata, la copia dell’attestato completo al brevetto d’invenzione, rilasciata dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio del Regno d’Italia nel 1894 ed infine la lettera pubblicata sul giornale “La Riforma” dei dottori Kossonis e Chronis di Smirne. Nella pubblicazione di Sciascia viene descritto in dettaglio il “Fotocauterio”, costituito da una o più lenti biconvesse o piano convesse, sostenute da un braccio, destinato a condensare i raggi solari o altre sorgenti luminose artificiali per la fototerapia. Le fotografie pubblicate dei pazienti trattati dimostravano l’efficacia terapeutica del metodo innovativo in una serie di patologie, dalla pustola maligna all’epitelioma, passando per alcune localizzazioni tubercolari e l’epilessia. Le applicazioni spaziavano dal trattamento di lesioni cutanee ad altre di organi profondi, graduando in base alla distanza l’energia luminosa. Perché il Nobel andò a Finsen? Probabilmente perché la pubblicazione di Finsen in francese e tedesco gli aveva consegnato la primazia nella diffusione dei suoi risultati nel mondo occidentale. Pur tuttavia, come rilevato dal Prof. Giuseppe Cirincione, direttore della Clinica Oculistica dell’Università di Roma: “Il Finsen, contrariamente a quanto molti credono, in una conversazione avuta meco a Berlino, riconosceva ed ammirava francamente nel dottor Sciascia il creatore della odierna fototerapia, alla quale egli, con mezzi semplici, seppe dare consistenza di vera scienza”. Nonostante ciò Finsen prese il Nobel e le circa duecentomila lire del premio. Il Re, il 6 ottobre 1910, lo insignì del titolo di Commendatore dell’Ordine della Corona d’Italia. Molte sono state le attestazioni della primazia della sua invenzione di

illustri cattedratici suoi contemporanei. Restano a memoria di Sciascia un monumento nella sua natia Canicattì, l'intitolazione di una strada, un busto e alcune delle sue attrezzature nel Museo della Radiologia di Palermo.

L'ospedale di san Damiano in Vercate: oltre mille anni di storia

R. Brambilla

Vercate

Nell'anno 833 (ben 1189 anni fa) vi era a Vercate un monastero “col titolo de' Santi Cosma e Damiano”, tenuto dai Monaci di S. Ambrogio. In questo luogo sorse, nella tradizione ed uso tipico dell'epoca un ospedale dei pellegrini che prese il nome di ospedale di S. Damiano. Vi erano allora in Vercate quattro ospedali, tre fuori le mura (l'Hospitale di S. Giovanni, quello di S. Maria e quello di Moirano) ed uno all'interno delle mura della città, l'Hospitale di S. Damiano.

Pur con traverse vicende e fortune, questi sopravvive tuttora. Nel 1447, quando l'Arcivescovo di Milano Enrico Rampini al fine di riassetare il disordine degli Ospedali del Ducato di Milano, riunì sotto la tutela dello Hospitale Grande della Annunziata i 26 maggiori ospedali (tra cui quello di Vercate), perse la propria autonomia. Fu chiamato Hospitale di S. Giuseppe e quindi Hospitale Pauperum.

Nel 1600, unico sopravvissuto dei quattro ospedali di Vercate, viene riportato con il più semplice nome di Hospitale del Borgo di Vicomercato. Dal 1447 al 1674 fu governato prima da quattro e quindi da sei deputati (scelti dal capitolo dell'Ospedale Maggiore di Milano tra 12 proposti) e noti col nome di Congregazione dei Deputati. Dal 1674 al 1760 la nomina dei deputati fu svolta col diretto intervento della Aduanza dei Sindaci o meglio dal Capo della Comunità.

Furono sovrintendenti dell'Ospedale prima il Conte Francesco Secco Borrella e quindi Il Conte Luigi Trotti, feudatari di Vercate. Sotto la spinta del Conte Trotti, nel 1778, il “con-

vocato dei proprietari del comune di Vimercate” decide di riformare e ristrutturare l’Ospedale.

Venne così costruito il nuovo fabbricato, tuttora esistente, inaugurato il 25 maggio 1783 con 24 posti letto e con il nome di “Opera Pia ed Ospitale dei Poveri e Luoghi Pii Uniti di Vimercate”. Numerose ristrutturazioni e riforme portarono alla costituzione nel 1926, ad opera del dott. Giulio Banfi, dello Ospedale di Circolo con 200 posti letto.

A queste strutture si aggiunsero poi il Padiglione Sanatoriale (1937), il Dispensario (1954), il Padiglione Maternità (1958), il Poliambulatorio INAM (1961) raggiungendo così i 320 posti letto. Nel 1968 diviene Ente Ospedaliero di Vimercate e Omago con 602 posti letto. Nel 1973 si inaugurò il nuovo monoblocco chirurgico, diventando il Presidio Ospedaliero della USSL 60 prima e 28 poi (1995). Dal gennaio 1998 fa parte della Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile” di Vimercate.

Nella sua tradizione millenaria, oltre alla cura degli ammalati, va ricordata anche la tradizione di educazione ed istruzione e quella elemosiniera. Già nel 1600 (legato Omati) provvedeva a pagare un maestro che si occupasse di istruire “nel leggere, scrivere, far di conto e nella lingua latina” ventiquattro poveri del Borgo. Nell’Ospedale di S. Damiano aveva sede la prima scuola comunale di Vimercate, sino alla riforma Casati.

Gli anziani di Vimercate ancora ricordano “l’elemosina della michetta della Vigilia di Natale”, tradizione antichissima di cui vi è traccia negli archivi dell’Ospedale sin dal 1500 come elemosina del pane e del vino, divenuta del solo pane all’inizio del 1800 con la vendita delle vigne per la ristrutturazione dell’Ospedale. Tale tradizione rimase in uso sino al 1930 circa e forse oltre.

L'agopuntura nella ricerca e nella clinica italiana dell'800 tra chirurgia minore ed elettroagopuntura

P. Miccichè

C. Lucenti

Agopuntura Medica Integrata di Siena

Si tratta di un campo poco studiato, ricco di spunti e aspetti per lo più sconosciuti. L'Agopuntura si affaccia inizialmente a Napoli a fine Settecento e si diffonde successivamente in Italia tra il 1815 e il 1875, stimolata dalle esperienze francesi e inglesi. Il suo utilizzo vedrà coinvolti sia medici condotti che illustri docenti universitari e primari ospedalieri e riguarderà tutta la penisola da Venezia a Napoli, da Torino a Siena.

Si tratta di una variante europea, spesso nella forma dell'elettroagopuntura, mentre l'Agopuntura asiatica rimarrà sullo sfondo a favore di un utilizzo prevalente nel campo della "chirurgia minore".

Il contributo femminile allo sviluppo delle scienze mediche

Le *medicae* nella Roma antica

M. Albana

Università di Catania

Le fonti letterarie ed epigrafiche attestano in maniera inequivocabile che la professione medica nel mondo romano era accessibile anche alle donne. *Medicae* e *obstetrices* erano presenti a Roma sin dalla tarda repubblica, benché non sempre appaiano chiare le loro competenze né il ruolo sociale svolto. In particolare, si discute se i due termini siano da considerarsi sinonimi, e quindi sovrapponibili, o stiano ad indicare professioniste con un grado di preparazione e di abilità differenti. Scoperte epigrafiche, indagini antropologiche e ritrovamenti di strumenti medici in tombe femminili mostrano che le *medicae* non si limitavano all'assistenza al parto e all'ambito ostetrico ma esercitavano la medicina a tutto campo: curavano le patologie femminili, ed erano anche chirurghie, dentiste e oculiste.

Gestione dell'idrocele di Nuck da parte di Aspasia, medico donna del VI secolo d.C.

M. Do Sameiro Barroso
Università di Coimbra

Aspasia, medico donna le cui opere furono trascritte dal compilatore bizantino Ezio d'Amida, descrisse la gestione dell'idrocele femmille. La sua descrizione corrisponde a quello che conosciamo come oggi come "idrocele del Canale di Nuck". Questa rara condizione nelle bambine, causata dal fallimento della completa obliterazione del canale di Nuck, fu identificata per la prima volta dall'anatomista olandese Anton Nuck (1650-1692) nel 1691. Sebbene le traduzioni delle opere di Aspasia presenti in Ezio di Amida siano disponibili dal 1541, la sua "ernia dell'acqua" è passata inosservata. In questo saggio ci proponiamo di presentare il suo testo e valutare le sue capacità nell'ambito della chirurgia bizantina.

Trotula de Ruggiero, icona femminile della Scuola medica salernitana nel secolo XI, tra mito e realtà

V. Altieri

Università Federico II

G. Castagnolo

Università Federico II

R. Jungano

Società Italiana di Urologia

Trotula de Ruggiero rappresenta senz'altro una personalità di spicco nell'ambito della Scuola medica salernitana, nell'XI secolo: Trotula era una delle *Mulieres* salernitane ma era accomunata a pieno titolo tra i medici e gli insegnanti della Scuola; viene ricordata principalmente per i suoi trattati inerenti alla salute delle donne il *Trotula maior* e il *Trotula minor*; in questi trattati viene descritta la ginecologia dal punto di vista "femminile", dal momento che le pazienti si esprimevano con sincerità e senza i veli dettati dalla pudicizia del tempo che impedivano loro la confidenza con i medici maschi. Oltre alla Ginecologia nei suoi scritti si trovano preziosi insegnamenti anche nei campi della terapia omeopatica, della pediatria, della sessuologia, della igiene e degli stili di vita, e della cosmetica femminile.

Forse una delle cose più interessanti circa la tradizione letteraria del personaggio, è la mistificazione alla quale venne sottoposta la sua memoria nel corso del tempo, fino al XIX secolo; difatti venne messa in dubbio la sua esistenza e addirittura

le sue opere furono attribuite ad altri, come il caso dello schiavo liberto Eros, facente parte della famiglia Julia, esistito molti secoli prima; ma la stessa misoginia scientifica e letteraria è anche presente nei *Racconti di Canterbury* di Chaucer, nei quali viene elencata tra le *wicked women* (donne malvagie). Trotula, quindi, personaggio letterario affascinante, è anche protagonista del romanzo della Presciuttini *Trotula*, edito nel 2013.

La sessualità in medicina è santa. Ildegarda di Bingen e il corpo femminile

P. Fughelli
Università di Bologna

Mai come in questo periodo di pandemia si è parlato di allontanamento fisico. I vissuti di paura, rabbia, perdita, senso di colpa e dolore hanno caratterizzato la maggior parte della gente. Questo certamente allontana sempre di più dagli altri, tuttavia, la letteratura ci viene come sempre in soccorso per capire o almeno lenire. Santa Ildegarda di Bingen dice che l'allontanamento fisico allontana in realtà in primis sempre più da sé stessi e scrive che tutti i cinque sensi sono i gradini di cui si serve l'anima per risvegliarsi, riconoscersi e ascendere.

Dal tavolo al bisturi: il ruolo ritrovato delle donne nella storia dell'anatomia

C. Mascardi

Bologna

Il corpo della donna è stato oggetto di studio durante tutta la storia dell'anatomia, ma per lunghi secoli le dirette interessate non hanno potuto far parte del dibattito riguardante le sue funzioni, le sue simbologie e le sue necessità. Durante l'epoca moderna le nascenti istituzioni accademiche, con la complicità della chiesa cattolica, hanno escluso la figura femminile da tutto ciò che concerne la sfera medica, utilizzando lo stesso corpo delle donne come supporto per giustificare la sottomissione muliebre a quella virile, avvalendosi di tesi classiche come quelle di Aristotele e Galeno. Il primo avvicinamento delle donne al tavolo settorio avviene, oltre che come cadaveri, nelle pubbliche funzioni che si svolgono nei teatri anatomici durante il Carnevale, aventi finalità maggiormente ricreative che istruttive. Ma proprio mentre a Ferrara il Cardinal Riminaldi propone di vietarne l'accesso alle signore, per conservare la dignità delle lezioni, nelle aule di Bologna compaiono le prime pioniere della dissezione. Laura Bassi Veratti (1711-1778), Anna Morandi Manzolini (1714-1774) e Maria Dalle Donne (1778-1842) iniziano ad avvicinarsi al corpo come scienziate, a studiarlo, modellarlo e curarlo, allineandosi ad altre figure europee come Marie Thiroux d'Arconville (1720-1805). È solo l'inizio di un lungo percorso che, per secoli, fa-

tica a portare il “gentil sesso” in quello che è considerato un territorio unicamente virile, dove pesano tabù, pudori e oppressioni. Il corpo delle donne è stato guardato e toccato dal genere maschile per secoli, ma quando il genere femminile si avvicina in modo attivo alla materia fisiologica, sovvertendo i ruoli tradizionali e le gerarchie di potere, diventa un gesto scandaloso. Lo scopo di questo intervento è dimostrare quanto i pregiudizi, nati all’interno della stessa anatomia, abbiano impedito alle donne di partecipare all’evoluzione della disciplina in epoca moderna, riuscendo a entrare negli studi solo in epoca contemporanea. Lo sviluppo dell’anatomia e delle scoperte che da essa derivano sono state rallentate dalla mancanza di supporto attivo femminile? La risposta è sì, e lo dimostrano le figure attuali che, finalmente libere di accedere all’istruzione, hanno dato grandi risultati come, ad esempio, Maria Montessori (1870-1952) e Rita Levi Montalcini (1909-2012).

Le mani di Anna Morandi Manzolini: l'impronta femminile nella ceroplastica anatomica del Settecento a Bologna

N. Nicoli Aldini

Società Italiana Storia della Medicina, Bologna

A. Ruggeri

Università di Bologna

La scuola ceroplastica di Bologna formatasi con Ercole Lelli (1702-1766) nella prima metà del diciottesimo secolo aveva visto rapidamente crescere la propria fama. Fra i collaboratori ed allievi di Lelli figura, dal 1740, Giovanni Manzolini (1700-1755); il sodalizio fra i due doveva però interrompersi dopo pochi anni, ed il Manzolini continuò poi l'attività per proprio conto, con l'aiuto fattivo della moglie, Anna Morandi (1716-1774) che aveva sposato nel 1740, condividendo poi con lei l'attività di modellare la cera per eseguire preparazioni anatomiche. Con l'aiuto della moglie Manzolini realizza preparati per il Re di Sardegna, per la Reale Società di Londra, per il chirurgo Pier Paolo Molinelli; esegue per incarico di Giovanni Antonio Galli, lettore di chirurgia nello Studio, numerosi preparati ostetrici. Morto il Manzolini nel 1755, Anna Morandi assunse completamente sopra di sé il lavoro, raggiungendo in questo una notorietà che ben superò i confini della città e dello Studio bolognese. Il fatto di essere una "anatomista donna",

singolare per il tempo in cui visse, ne mette in risalto ancor più la personalità e l'originalità della produzione. Aggregata all'Istituto delle Scienze nel 1756, viene anche nominata modella-trice presso la cattedra di anatomia "lasciandola libera di dare lezioni nello Studio pubblico o in casa". Continuò così a svolgere la sua attività a Bologna, rinunciando alle offerte di università italiane e straniere fra le quali quelle di Londra e Pietroburgo, ospitata con il suo studio nel palazzo del conte senatore Girolamo Ranuzzi, il quale, viste le condizioni economiche precarie in cui ella si trovava, aveva anche acquistato l'intera sua collezione di modelli anatomici. Scomparsa la Morandi nel 1774, le cere vennero poi acquistate dall'Accademia delle Scienze nel 1776 per essere collocate nella sede dell'Istituto. Luigi Galvani, pronunziando per l'occasione l'orazione *De Manzoliniana suppellectili*, metteva in risalto come il ruolo della Morandi andasse ben oltre la realizzazione di modelli, per assumere un significato originale nella ricerca anatomica, in particolare per quanto riguarda il rapporto fra cervello ed organi di senso.

Il modello in cera relativo al senso del tatto, rappresentato da due mani in atteggiamento l'una di toccare un oggetto e l'altra di allontanarsi da un agente irritante (una spina) si prestano ad un confronto con le mani dei due ceroplasti così come raffigurate nei due busti con cui Anna Morandi ci ha consegnato l'effigie di sé e del marito. In tal senso certamente uno studio morfologico accurato delle differenze e delle rassomiglianze riscontrabili nelle cere delle mani può offrire elementi interessanti per meglio comprendere gli aspetti pratici e tecnici della realizzazione di questi modelli da parte degli artisti.

Quando le donne divennero *medichesse*. Le prime laureate in Medicina nell'Ateneo di Siena

D. Orsini

Università di Siena

M.L. Valacchi

Università di Siena

L'assenza delle donne dalla medicina ufficiale non riesce a negare la loro importanza nell'esercizio di una medicina intesa nel senso più ampio del "prendersi cura" più che del "curare". Il loro ruolo di portatrici di sollievo, benessere e salute nei confronti della comunità di cui erano parte non è stato d'altro canto messo in discussione fino a quando si è svolto in ambito domestico e non ha comportato riconoscimenti sociali.

A parte alcuni esempi del passato, è la presenza delle donne nelle università moderne a porre problemi di ordine sociale che in Italia portò a un acceso dibattito negli anni Settanta del XIX secolo circa l'ampliamento dell'istruzione femminile.

L'accesso delle donne all'Università venne legalmente riconosciuta con il Regolamento Bonchi del 1875. Fino ad allora non era proibito ma la società dava per scontato che non fossero ammesse.

Prendendo spunto da questo contesto, l'intervento proposto vuole ricordare le prime donne laureate in Medicina a Siena, a iniziare da Teresa Ruata che per prima ottenne il titolo nel 1901, oltre 660 anni dopo l'istituzione della Scuola Medica senese. Attraverso documenti d'archivio e testimonianze con-

servate nei musei dell'Università di Siena vengono evidenziate le difficoltà che le donne, tra gli anni dell'Unità d'Italia e i primi decenni del Novecento, dovevano superare non solo per accedere agli studi universitari ma anche per affermarsi nella professione medica.

Rosalie Slaughter Morton (1876-1968) tra medicina, emancipazione femminile e viaggi

M.V. Angrisani

Università Campus Bio-medico Roma

Virginia, 1876, Rosalie Slaughter Morton nasce in una famiglia come tante, dove per le donne l'educazione è limitata allo stretto indispensabile per diventare una brava moglie, ma la tenacia e il coraggio della Morton la portano a intraprendere una vita che consentirà un grande passo in avanti verso l'emancipazione femminile. Ella, non si sottomette passivamente al destino che era stato scritto per lei e riesce a studiare medicina, divenendo la prima donna membro della Columbia University's College of Physicians and Surgeons e del New York Polyclinic Hospital and Post Graduate Medical School. La sua rivoluzionarietà non è limitata agli sforzi per l'affermazione contro la discriminazione di genere, ma si amplia oltre gli orizzonti di un impegno trasversale nel mondo della medicina e nel suo costante donarsi all'aiuto umanitario per i più poveri e per i feriti di guerra. In questa presentazione viaggeremo con Rosalie Slaughter Morton in Iran, analizzando passaggi cruciali del suo poco noto *A doctor's holiday in Iran* per conoscere meglio la medicina del tempo e comprendere come questa straordinaria donna chirurgo sia riuscita anche in questo caso, grazie al suo fattore umano, a fare la differenza.

Anna Kuliscioff: donna, rivoluzionaria, medico. Storia della dottoressa dei poveri nella medicina del suo tempo

F. Zazzara
Asl 1 Abruzzo

Anna Kuliscioff (Anna Moiseevna Rozenštejn, 1857-1925) più nota forse come attivista del Partito Socialista, è stata una delle prime donne laureate in Medicina in Italia alla fine dell'Ottocento.

Giovane attivista russa, si iscrive inizialmente alla Facoltà di Medicina di Berna, per poi trasferirsi in Italia, all'Università di Napoli. Le sue vicende universitarie si snoderanno tra Pavia, Padova, Milano, città nelle quali ha modo di collaborare con alcuni tra i più importanti medici e scienziati del tempo: da Arnaldo Cantani a Cesare Lombroso, da Camillo Golgi ad Achille De Giovanni.

Interessata a tutte le vicissitudini della società e della salute pubblica del suo tempo, dalle epidemie di colera alle prime applicazioni dell'igiene pubblica, degli studi batteriologici e delle neuroscienze, la studentessa Anna Kuliscioff sceglierà come campo di interesse per la sua ricerca e la sua dissertazione la salute femminile, in modo particolare la febbre puerperale. Gli interessi medici si intersecheranno indissolubilmente con quelli politici.

La sua era una concezione di “medicina umanitaria e sociale” prossima al “socialismo medico”: l'esercizio della professione al servizio della collettività e degli ultimi, donne lavora-

trici e fanciulli sfruttati nelle fabbriche in particolare. La lotta di Anna, “dottora dei poveri” e “signora del socialismo”, contro la discriminazione e i pregiudizi verso la donna, l’ingiustizia e le diseguaglianze sociali appare quanto mai attuale.

Marie Curie: il Nobel è doppiamente donna

A. Lo Casto

Università di Palermo

D. Picone

Università di Palermo

A.E. Cardinale

Università Palermo

Maria Sklodowska era nata nel 1867 a Varsavia in Polonia da una famiglia piccolo borghese. Stupì fin da bambina i suoi parenti e docenti perché dotata di tre qualità fondamentali, un'ottima memoria, capacità di concentrazione e sete di sapere, non disgiunte da una ferrea volontà. Per mantenere agli studi sua sorella, in Medicina, e se stessa fece la governante. La sua vita fu segnata da innumerevoli disgrazie, prima la morte della madre, che la privò della fede cattolica, poi quella della sorella, infine quella del marito, il fisico Pierre Curie, collega di ricerca e co-vincitore con lei e Becquerel del premio Nobel per la Fisica nel 1903 per la radioattività. Nonostante tutto questo la sua estrema determinazione la portò ai vertici dell'accademia ed alla imperitura fama mondiale. Infatti è non solo l'unica donna ad aver vinto due premi Nobel, ma anche l'unico scienziato ad aver vinto due premi Nobel in due discipline scientifiche diverse: nel 1911 infatti vinse anche il premio Nobel per la Chimica per la scoperta del polonio e del radio. Ma accanto alla figura della ricercatrice infaticabile, che la portò a scoprire in un laboratorio di fortuna e dopo aver analizzato tonnellate di pechblenda il polonio e il radio, si erge quella della donna autonoma, patriota della sua terra natia, la

Polonia, all'epoca della sua nascita sotto il dominio dello zar, pragmatica combattente per la libertà e la democrazia, a fianco della sua patria di adozione, la Francia. Durante la Prima Guerra Mondiale, fece allestire le famose Petite Curie, delle automobili Renault, modificate per effettuare esami radiografici sul campo di battaglia. Non solo addestrò il personale sanitario ma lei stessa si mise alla guida di un'ambulanza radiologica, coinvolgendo anche la figlia di soli 17 anni nel prestare aiuto ai soldati francesi sul campo di battaglia. Le Petite Curie alla fine della Prima Guerra Mondiale nel 1917-1918 avevano effettuato ben 1.100.000 radiografie. Fondò anche l'Istituto del Radio a Parigi, oggi istituto Curie, per la ricerca sulle radiazioni. In quella sede promosse insieme al Dott. Regaud anche le prime applicazioni della radioterapia oncologica, anche grazie alle donazioni di Radio frutto di raccolte fondi in seguito ad una sua tournée trionfale negli Stati Uniti. Non depositò mai il brevetto internazionale per il processo di isolamento del Radio, convinta che l'umanità avesse bisogno di sognatori che facessero ricerca senza perseguire profitto, al solo scopo di farne beneficiare il genere umano. Fu infine uno dei primi martiri delle radiazioni ionizzanti: morì nel 1934 per un'anemia aplastica causata dall'eccessiva esposizione alle radiazioni, al cui studio si era sempre dedicata senza risparmiarsi.

La vita di una grande studiosa e la determinazione di una grande donna: Marie Salomea Skłodowska (1867-1934)

M. Martini
Università di Genova
F. Brigo
Ospedale di Merano

Grandissimo genio e brillante studiosa, Marie Skłodowska fu una delle prime donne a raggiungere notorietà mondiale in campo scientifico. Donna di umili origini, figlia di una nazione oppressa, Marie da ragazza visse la sua gioventù nella Polonia russa dove le donne non potevano essere ammesse agli studi superiori; per questa ragione fu costretta a trasferirsi a Parigi dove trascorse i primi anni in solitudine, povertà e facendo grandi sacrifici

Nel 1891 iniziò a frequentare la prestigiosa Università La-Sorbona laureandosi prima in fisica e successivamente in matematica. Prima donna a vincere un Nobel, Marie Skłodowska seppe coniugare la sua brillante carriera scientifica con il ruolo di madre.

Quella dell'insigne scienziata, fu tuttavia una vita davvero travagliata e dopo aver raggiunto i più alti livelli professionali e di popolarità fu colpita da una grande tragedia: la morte dell'amato marito.

Devastata negli affetti e fisicamente provata, portò avanti ciononostante, con forza e determinazione, da sola, l'eccezionale opera intrapresa col marito, e sancì in maniera profonda un determinante sviluppo alla scienza creata con lui.

Con questo contributo gli autori si propongono di ripercorre alcune delle principali tappe dello straordinario cammino dell'insigne scienziata e al contempo di esaminare alcuni aspetti del meno noto e intimo percorso di crescita personale, come donna e come madre, in un contesto familiare molto fertile ma segnato nel corso degli anni da perdite importanti.

Scopo del contributo è quello di raccontare queste tecniche "rianimatorie" attraverso un'analisi di varie fonti, non solo mediche, redatte tra il Medioevo e il XVII secolo e di mettere in luce alcuni aspetti dello scambio di saperi tra l'ostetrica e il medico e/o chirurgo.

Dr. Frances Ivens e Maria Curie: la radiografia applicata alla chirurgia di guerra a Royamont Abbey

E. Branca

Ferrara

Mentre usava con orgoglio i servizi delle Infermiere militari inventate da Florence Nightingale, l'Impero Britannico rifiutava l'aiuto dei medici donna, a cominciare dalle scozzesi. Dr. Elsie Maud Inglis con il supporto della Federazione delle Società per il voto alle donne fonda gli "Scottish Women's Hospitals for Foreign Service" e gira quindi l'offerta alla Croce Rossa francese, che le mette a disposizione una abbazia di proprietà del Presidente Edouard Goüin. Il 2 dicembre 1914 viene aperto il primo degli Scottish Women's Hospitals "Hospital Auxiliaire n. 301" a Royamont Abbey che in breve passerà da 100 a 600 posti letto.

L'ospedale sarà dotato di attrezzature di avanguardia come l'ambulatorio radiologico mobile attrezzato sotto la supervisione di Maria Curie dalla Austin. Durante la battaglia della Somme le chirurghe furono impegnate notte e giorno mentre innovativi sistemi: i raggiX uniti a tecniche mutate dai chirurghi napoleonici, venivano usati per prevenire la gangrena gassosa (Mrs Agnes Savill, Doctor – Frances Ivens, Chief Medical Officer); inoltre la formazione in chirurgia addominale fu la marcia in più che consentì a queste chirurghe di salvare un grande numero di militari, in tempi in cui non esistevano anti-

biotici. Per questi risultati, Frances Ivens riceverà la Legione d'Onore e la Croce di Guerra dal governo francese.

Nel frattempo furono create molte altre ambulanze radiologiche chiamate "Petit Curie" sul fronte francese e con altri nomi sugli altri fronti, che servirono a salvare molte vite che altrimenti sarebbero andate perse.

Maria Montessori e le neuroscienze moderne

M. Fabri

Università Politecnica delle Marche

Maria Montessori, nata a Chiaravalle (Ancona) il 31 agosto 1870, è stata una delle prime donne italiane a conseguire una laurea in Medicina, presso l'Università di Roma La Sapienza nel 1896. In seguito ad osservazioni sui bambini da lei definiti "subnormali", mise a punto un metodo educativo che le fruttò notevoli risultati, tanto da indurla a sperimentare lo stesso metodo su bambini "normali", senza problemi caratteriali e/o cognitivi. Il principio fondamentale su cui si basava il metodo montessoriano era la libertà dell'allievo, che sola favorisce la creatività del bambino già presente nella sua natura. Secondo Maria Montessori è proprio il movimento a giocare un ruolo centrale, poiché la personalità si forma con il crescere all'unisono di facoltà psichiche e facoltà motorie. Nell'elaborare la sua pedagogia Maria Montessori si era basata su concetti che aveva intuito anticipando il futuro sviluppo delle neuroscienze. Alcune fondamentali scoperte delle neuroscienze, a partire dalla seconda metà del secolo scorso, offrendo un sostegno scientifico al metodo di Maria Montessori, hanno confermato la genialità delle sue intuizioni, le cui più significative sono: l'esistenza di un periodo critico durante lo sviluppo psico-biologico; l'effetto stimolante dell'ambiente, sia per lo sviluppo che per l'apprendimento; l'importanza della

stimolazione sensoriale affettiva; l'importanza del movimento e del lavoro manuale; la presenza di strutture neurali che permettono l'apprendimento di un linguaggio, la cui peculiarità è determinata dall'ambiente.

La Prof.ssa Maria Luisa Bozza, la Scala Bozza Marrubini e il Centro Antiveleni

M. Sinatra

Milano

La prof.ssa Maria Luisa Bozza nasce a Milano il 10 dicembre del 1924, nel 1948 consegue la laurea in Medicina e Chirurgia, con il massimo dei voti e la lode, e l'anno successivo il diploma di anestesia. Nel 1950, inizia a lavorare presso la Clinica Chirurgica dell'Università degli Studi di Milano come "assistente" anestesista, nel 1956 diventa "aiuto", a fianco del prof. Gian Maria Fasiani, chirurgo che continuava a confrontarsi con la "chirurgia endocranica" creando una nuova specialità: la neurochirurgia, che nel 1959 avrà una cattedra a sé, diretta dal prof. Maspes. Forte dell'esperienza maturata come anestesista la prof.ssa Bozza è sempre più conscia, con dati alla mano, che per la riuscita degli interventi di neurochirurgia non è determinante soltanto risolvere le problematiche intraoperatorie, ma è altrettanto importante essere in grado di affrontare le complicanze del post-operatorio, spesso fatali. Per colmare tale criticità, il paziente va sottoposto ad un attento e stretto monitoraggio. Con questi intenti la Prof.ssa crea nel 1964 un reparto di "terapia intensiva", che sarà quindi una neurorianimazione, una delle prime in Italia. Grazie ad attento studio clinico, la Prof.ssa cerca di schematizzare i deficit funzionali causati da traumi o interventi endocranici, e osserva diversi livelli di coma, che vanno dallo stato di sopore, ovvero

il più vicino allo stato di coscienza, quindi il meno grave, il primo, al coma dépassé, che coincide con la morte cerebrale e corrisponde al settimo livello di gravità. Tali livelli di coma, sono sintetizzati nella scala conosciuta con il nome di Bozza Marrubini, aggiornata e semplificata nel 1987.

Nel 1966 la prof.ssa è trasferita alla sezione “Niguarda” dell’Ospedale Maggiore, come primario incaricato, confermato da concorso pubblico nel 1968. Non smettendo mai i panni del “medico clinico”, con notevole acume e lungimiranza, inizia ad osservare il progressivo aumento di accessi in P.S. per intossicazione acuta di diversa natura. La peculiarità della patologia (cioè l’intossicazione) oltre alla terapia, esige una scheda per ogni sostanza tossica con relativo antidoto, e dalla raccolta dati inizia a maturare l’idea di creare un vero e proprio centro antiveleni. Così il 29 novembre del 1966 la Prof.ssa farà questa proposta all’Amministrazione Ospedaliera, che la stessa approverà con delibera n° 186 del 26 gennaio 1967. Il CAV (Centro Antiveleni), creato secondo le direttive dell’OMS, è il primo Centro Antiveleni d’Italia e tutt’oggi il terzo in Europa.

Quasi tutta l’intera attività lavorativa della prof.ssa è stata affiancata dalla didattica universitaria e dalla ricerca, quest’ultima culminata dalla collaborazione con l’istituto di ricerca Mario Negri per “la sperimentazione clinica dei farmaci”. Lo studio e la ricerca della professoressa sono testimoniati da numerose pubblicazioni su riviste italiane e anglosassoni, nonché da contributi presentati a congressi nazionali e mondiali sia di Anestesia sia sui Centri Antiveleni.

Donne in medicina: i dolori di una giovane ricercatrice

J. Casaccia

Università Campus Bio-Medico di Roma

Uno dei filoni del mio progetto di dottorato riguarda la ricerca delle prime donne laureate in Medicina e Chirurgia a Roma e la conseguente raccolta delle memorie materiali esistenti legate ad esse. Tuttavia, la ricerca ha presentato fin da subito delle problematiche che non ne hanno permesso il completo compimento, come la raccolta di informazioni frammentarie e quindi difficilmente in grado di fornire un quadro coerente. Questo intervento ha lo scopo di spiegare le difficoltà incontrate durante la ricerca mediante la presentazioni di quattro casi: Edvige Benigni, Marcellina Corio, Carolina Carbone ed Elena Fambri, in modo da favorire il dibattito, la discussione e le possibili soluzioni.

La paleopatologia: una scienza fra medicina e archeologia

Storia della radiologia delle mummie antico-egizie: il periodo della “tecnica neonata”

P. Cosmacini

La storia dello studio radiografico delle mummie egizie si può dividere in tre periodi: quello della “tecnica neonata” (dal 1896 al 1913); quello della “tecnica tradizionale” (dal 1913 al 1977); quello della “tecnica digitale” (dal 1977 a oggi). La relazione ricostruisce l’evoluzione del primo periodo. Il fisico tedesco Wilhelm Konrad Röntgen scopre i raggi X nella notte dell’8 novembre 1895 e subito la nuova tecnica di indagine viene utilizzata per studiare il passato. A Frankfurt am Main, il 2 febbraio 1896 il fisico tedesco Carl George Walter König e il dottor von Tischendorf radiografano alcune parti di mummie egizie della collezione del Naturmuseum Senckenberg usando la X-ray lamp. Ad Anversa, sempre nel 1896, il professore di chimica e botanica Henri-Ferdinand Van Heurck radiografa un ibis mummificato, mentre a Vienna, tra il 1896 e il 1897, l’orientalista Alexander Dedekind lavora insieme al fisico-chimico Joseph Maria Ludwig Eder e al chimico Eduard Valenta per indagare il patrimonio del Kunsthistorisches Museum e “identificare il contenuto delle mummie senza sbendarle”. Anche in Inghilterra e in Francia succede qualcosa. A Londra, sir Matthew Flinders Petrie, padre della egittologia britannica, radiografa alcuni resti umani provenienti dai suoi scavi effettuati nella necropoli di Deshasheh e pubblica le immagini, mentre a Parigi il fisico Albert Londe, a capo del servizio di

fotografia della Salpêtrière ove ha lavorato per Jean Martin Charcot, scrive *Les rayons Roentgen et les momies* e predice un grande futuro per la nuova tecnica di indagine. Ma è un medico italiano che nella capitale francese segna la svolta: Mario Bertolotti, che alla Salpêtrière si sta perfezionando in elettroterapia e che nel 1906 diverrà direttore dell'Istituto di Radiologia a Torino, pubblica nel 1913 *Une vertèbre lombaire surnuméraire complète chez une momie égyptienne de la XI Dinastie: trouvaille radiographique* (in “Nouvelle iconographie de la Salpêtrière”, 26, 1913, pp. 63-65). Così facendo, come scrivono Maarten Raven e Wybren Taconis nel loro *Egyptian Mummies, Radiological Atlas of the Collections in The National Museum of Antiquities in Leiden*, “he marks the beginning of radiopathology (or paleoradiology) in the study of the mummified remains”.

Studio paleopatologico del campione scheletrico della necropoli picena di Casine di Paterno (AN)

M.A. Beck De Lotto

Università di Padova

M.R. Ciuccarelli

*Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio,
Ancona, Pesaro e Urbino*

A. Zanatta

Università di Padova

Premessa: Nel 2015/2016, con l'ampliamento della terza corsia dell'autostrada A14, sono state scavate in località Casine di Paterno (AN) una ventina di tombe ad inumazione, afferenti ad una necropoli Picena, inquadrabile tra la fine del VI e gli inizi del V secolo a.C. (Piceno IVB-V). Depositi supini in singole tombe rettangolari, erano orientati NE-SW, adagiati sopra gradoni/banchine poste nella porzione S del sepolcro, con il corredo, quando presente, nella metà N. Lo studio bioarcheologico preliminare ha permesso d'identificare 13 subadulti e 6 adulti, questi ultimi suddivisi in 4 femmine e 2 maschi. Obiettivi: in questa sede viene presentato l'inedito studio paleopatologico del campione, proponendone un primo inquadramento dello stato di salute. Metodi: lo studio si è svolto attraverso l'analisi macroscopica delle diverse patologie e delle eventuali alterazioni funzionali riscontrate, confrontandole con quanto è presente in letteratura. Risultati: Data la scarsa conservazione dei resti ossei dei subadulti, la totalità delle alterazioni patologiche in questa fase dello studio è stata riscontrata

nel campione adulto. Per quanto riguarda le affezioni del cavo orale la carie coinvolge il 50% degli individui, il tartaro l'84%, l'ipoplasia dello smalto il 67%, mentre periodontite e perdita dei denti ante mortem sono state riscontrate in un solo soggetto. Quest'ultimo è anche l'unico a presentare un'usura extramasticatoria. Il 34% dei soggetti presenta noduli di Shmorl, il 50% dell'osteocondrite alle patelle e solo in un caso sono state riconosciute faccette accessorie di squatting e di Poirier. Nel 75% dei soggetti femminili è presente il solco preauricolare. Due inumati, un adulto e un unico subadulto, presentano cribra orbitalia. Un solo inumato presentava l'esito di un trauma inflitto. Si tratta di una depressione di origine traumatica rimarginata, ubicata in corrispondenza della sutura sagittale, sul parietale sinistro. Conclusioni: lo studio paleopatologico è di grande importanza nella ricostruzione biologica di una popolazione e i risultati qui riportati evidenziano negli inumati di Casine di Paterno un importante tassello per la conoscenza dello stato di salute dei Piceni. Un futuro obiettivo sarà di colmare la momentanea assenza di dati nei subadulti con approfonditi studi chimici e microscopici (isotopi stabili, analisi dell'amelogenina, istomorfologia del dente, aDNA), che permetterebbero di migliorare e completare il quadro informativo sin qui tracciato.

Il cd. “Bambino di Fidene”: tra medicina e archeologia. Un caso solo parzialmente compreso

G. Franchetti

Society for the Promotion of Roman Studies-Londra

I resti ossei del cosiddetto “bambino di Fidene” esposti nel Museo di Storia della Medicina presso l’Università La Sapienza di Roma, sono stati oggetto di ricerche ed analisi interdisciplinari. Se la medicina ha fatto chiarezza sulla patologia sofferta dal bambino, nello specifico idrocefalia con particolare espressione sul lato destro del cranio, restano aperte tutte le discussioni sul piano archeologico-sociale (chi pagò per un intervento eseguito con grande abilità da un medico certamente giunto appositamente da Roma, dal momento che la sepoltura e il contesto erano assolutamente poveri e rurali? È possibile risalire agli strumenti utilizzati?). Inoltre, altro quesito interessante, è quello riguardante la conoscenza medica: vari autori antichi trattano la trapanazione e la consigliano per fratture lineari e per traumi cranici chiusi, ma non siamo certi che si conoscessero i benefici della craniotomia come cura per alleviare le “malattie della testa” endogene, che Plinio cita come terza causa di malattie dolorose dell’umanità. Questo caso rappresenta probabilmente la più risalente testimonianza di trattamento chirurgico mirato ad alleviare i sintomi di una lesione espansiva endocranica. L’intervento verterà sul contesto di rinvenimento, sul contesto sociale, sulla preparazione tecnica dei medici del periodo specifico, sulle fonti letterarie che citano interventi di trapanazione cranica e sulla presentazione al pubblico di una serie di strumenti chirurgici connessi all’operazione perfettamente ricostruiti e in mio possesso.

Valutazione preliminare dei reperti anatomopatologici della Collezione Flajani nel Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria a Roma

L. Ferrari

Ospedale Cardinal Massaia, Asti

P.P. Visentin

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma

G. Iacovelli

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma

L. Ventura

Università dell'Aquila

Il Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria venne inaugurato nel 1933 presso il complesso monumentale dell'antico ospedale di Santo Spirito in Sassia, risalente al 1205. In tale sede vennero inizialmente collocati i reperti provenienti dalla mostra "Le Arti Sanitarie" allestita a Castel S. Angelo per l'Esposizione Internazionale di Arte Retrospettiva del 1911, ma presto il Museo si arricchì di altre collezioni. Nella Sala Flajani sono attualmente esposti i reperti provenienti dal Museo Anatomico dell'Ospedale Santo Spirito, fondato nel 1772 dal valente chirurgo Giuseppe Flajani (1739-1808) a scopo didattico. Nell'ambito di un futuro progetto di indagine paleopatologica dei reperti si è provveduto alla valutazione preliminare della collezione, integrando i dati del catalogo ufficiale del Museo con la documentazione fotografica. La collezione esposta nella Sala Flajani comprende modelli in cera anatomici e

ostetrici di chiaro significato didattico, nonché reperti a secco e in liquido. I campioni sono contenuti in armadi di legno, alcuni dei quali risalenti al XVIII secolo, e non presentano serie criticità di conservazione. I reperti a secco sono rappresentati da preparati anatomici di aneurismi, anomalie congenite e tumefazioni dei tessuti molli, mentre i reperti ossei presentano casi esemplificativi di fratture, gomme luetiche e rachitismo/osteomalacia. Vi è inoltre una collezione di calcoli e reperti di malformazioni fetali e sono presenti reperti artistici che possono essere oggetto di studio patografico. La valutazione ha consentito di concludere che la collezione ha caratteristiche di grande interesse storico-medico e paleopatologico, da approfondirsi negli studi in fase di progetto.

I crani peruviani (XV-XVI sec. D.C.) della collezione Boccolari-Parenti: note bioantropologiche e paleopatologiche preliminari.

M. Traversari

Università di Bologna, Ravenna

E. Cilli

Università di Bologna, Ravenna

M.G. Bridelli

Università di Parma

L. Ventura

Università dell'Aquila

E. Righi

Museo civico di Modena

I. Pulini

University of London

La collezione sul Perù Antico custodita nel Museo Civico di Modena conserva una pregevole raccolta di materiali recuperati da Antonio Boccolari e Paolo Parenti, due ufficiali della marina italiana facenti parte dell'equipaggio della Corvetta Vettor Pisani, durante il suo viaggio di circumnavigazione del globo, sul finire dell'Ottocento. All'interno della collezione sono conservati una mummia integra e otto crani provenienti dalla Necropoli di Ancón, riconducibili ad un orizzonte culturale compreso tra l'XI secolo d.C. e il periodo finale dell'Impero Inca (1532). L'oggetto di questa disamina, è la raccolta composta da otto crani, il cui range dell'età alla morte risulta piuttosto ampio

(da circa 1/2 ai 50 anni), ed entrambi i sessi sono rappresentati. I crani, in buono stato di conservazione, presentano in molti casi lacerti di tessuti molli mummificati, cuoio capelluto, meningi, capelli ed accessori riconducibili ad acconciature. Le indagini sugli indicatori occupazionali dimostrano una prevalenza di aspetti legati ad attività masticatoria intensa, riconducibili ad abitudini alimentari specifiche e ad aspetti culturali definiti. Per quanto attiene agli aspetti paleopatologici, sono stati rilevati notevoli stati carenziali che hanno segnato la vita di questi individui, equidistribuiti per sesso ed età, così come notevoli sono le patologie dell'apparato buccale, in gran parte riferiti a processi infiammatori di natura batterica. Interessante è il florilegio delle conformazioni craniche, che in alcuni casi dimostrano un'intenzionalità nell'alterazione della forma fisiologica. Le indagini spettroscopiche Raman e all'Infrarosso Trasformata di Fourier hanno permesso di confermare la buona conservazione dei tessuti residui oltreché individuare in alcuni frammenti, tracce di cinabro (solfuro di mercurio), utilizzato probabilmente a scopo rituale. Sono in corso indagini tossicologiche sui capelli, per ricercare tracce di eventuale consumo di coca; così come si procederà con l'analisi genetica per determinare l'appartenenza ancestrale ad aplogruppi noti in quest'area geografica.

Cancro al seno nel XVII secolo: i casi delle mogli di Luigi Guglielmo di Moncada

A. Fornaciari

Università di Pisa

V. Giuffra

Università di Pisa

G. Fornaciari

Accademia Maria Luisa di Borbone, Viareggio, Lucca

I resti umani mummificati dei nobili aragonesi conservati nella basilica di San Domenico Maggiore a Napoli (XV-XVII secolo) rappresentano una serie importante per quanto riguarda la paleo-oncologia, dal momento che in questo contesto italiano sono documentati tre dei cinque casi noti di tumori dei tessuti molli conosciuti in paleopatologia a livello mondiale. Tra i corpi di San Domenico Maggiore vi sono la prima e la seconda moglie del principe Luigi Guglielmo di Moncada (1614-1672): Maria Afán de Ribera (ca. 1615-1639) e Catalina Moncada de Castro (1611-1659). I corpi delle due donne sono scheletrizzati e l'analisi radiologica ha permesso di identificare alcune lesioni osteolitiche di origine neoplastica. La diagnosi paleopatologica di cancro al seno è stata inoltre supportata da fonti archivistiche e storico mediche che permettono di conoscere le tecniche terapeutiche adottate dai chirurghi della corte Moncada per la cura delle principesse. Con questi due nuovi casi, nella serie napoletana di San Domenico su un totale di diciotto individui adulti di età compresa tra 25 e 71 anni, cinque (28%) risultano affetti da cancro. Nonostante la piccola dimensione del campione, questa prevalenza è sorprendentemente paragonabile a quella del mondo occidentale contemporaneo.

Il cancro della mammella: una storia di oltre duemila anni

U. Carreca

American Society of Clinical Oncology

D. Cova

Università di Milano

La storia del cancro della mammella parte dagli antichi egizi, che conducono le prime osservazioni sul cancro al seno. A quel tempo chi praticava l'arte medica usava già una terminologia basata sulla semiotica: "neos-plasis, onkos". Questo lavoro cerca di fornire un'ampia panoramica storica sullo sviluppo delle conoscenze sul cancro mammario fin dai tempi antichi. Di patologia oncologica della mammella si parla già nell'antico Egitto. Infatti, l'egittologo statunitense Edwin Smith (1822-1906) ha dato il nome a un papiro datato 1500 a.C. (c.d. papiro di Ebers) circa, che costituisce una notevole fonte di notizie mediche dell'Antico Egitto. Un documento coevo del papiro di Ebers riporta gli insegnamenti del famoso medico egizio Imothep vissuto nel 2625 a.C. che per primo parla di un male che provocava "rigonfiamenti grossi, diffusi e duri" a carico della mammella e li definisce *tumori* per i quali – afferma – non esiste alcun trattamento valido. Da quel momento passano più di duemila anni prima che si senta parlare di nuovo di *tumore*. È Erodoto (484-425 a.C.) nelle *Historie* scritte intorno al 440 a.C. che racconta della principessa Atoxa (540-475 a.C.) figlia di Ciro il grande re persiano, colpita da

un'insolita malattia al seno che “si apriva ed estendeva progressivamente e macerava la pelle e i tessuti”. Fu curata e guarita dal medico di corte – Democede – con l'asportazione completa della mammella (primo intervento di mastectomia nella storia umana). Ippocrate alcuni anni dopo osservando un caso di tumore diffuso della mammella definì l'aspetto “simile ad un granchio” da qui la prima definizione di karkinos (carcinoma) e avanzò alcune ipotesi sulle cause (tumore flegmatico e bile nera), concetto ripreso successivamente da Celso e ancor più esattamente da Galeno (atrabile causa il cancro). La storia e i vari tentativi di cura del cancro della mammella si sviluppano costantemente nei secoli successivi coinvolgendo personaggi famosi, tra cui Anna d'Austria, regina di Francia morta per detta neoplasia (1666). Questo e gli altri rapidi decessi che costellano tutta la storia del cancro in generale e della mammella in particolare dovuti alla scarsa efficacia dei tentativi terapeutici nei secoli ci porta a vedere un certo progresso solo modernamente con l'avvento della “mastectomia totale” di W. Halsted (1890) e con la scoperta del radio (coniugi Curie-1898) e la radioterapia, per approdare finalmente verso il 1970 ai primi successi – tutti italiani – della Chemioterapia dei tumori della mammella (G. Bonadonna 1972) e della metodica di Quadrantectomia (U. Veronesi 1973), entrambi dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano con netto vantaggio per sopravvivenza e qualità di vita. Si avviavano così finalmente ad essere smentiti sia l'aforisma di Ippocrate (“... è preferibile per i portatori di cancri estesi non intraprendere alcuna cura... in quanto è manifesta l'impossibilità della stessa”; concetto che portò per secoli alla definizione del cancro male incurabile), sia la paura manifestata da G. D'Annunzio con la definizione di “quel morbo vorace e tenace ch'io non nomino...”

Studio multidisciplinare dei resti scheletrici rinvenuti presso la chiesa di Sant'Egidio di Paganica a Campo Imperatore (AQ)

F. Savini

Itc.Cnr

D.T. Cesana

Soprintenza ABAP, Alessandria, Asti e Cuneo

A. Rotellini

Università dell'Aquila

L. Porzi

Università dell'Aquila

A. Barile

Università dell'Aquila

F. Bruno

Università dell'Aquila

L. Ventura

Università dell'Aquila

La chiesa di S. Egidio di Paganica costituisce uno dei tre siti di epoca medievale documentati a Campo Imperatore (L'Aquila, 1680 m s.l.m.). Luogo di culto dei pastori transumanti in estate e di ricovero per clero, pastori e viandanti, è menzionata a partire dal 1138, vive una fase di declino dalla metà del XIV secolo, viene abbandonata all'inizio del XVI secolo ed infine riutilizzata come ricovero pastorale. Nel corso delle indagini archeologiche (campagne di scavo 2017 e 2018) sono state individuate 5 sepolture ad inumazione, di cui 3 deposte in giacitura primaria (S1, S4 e S5) e 2 in deposizione secondaria (S2 e S3). Lo scavo stratigra-

fico con documentazione archeoanatomologica ha preceduto il recupero dei resti umani, successivamente sottoposti ad analisi osteologica e paleopatologica. Segmenti scheletrici selezionati sono stati esaminati mediante stereomicroscopio LEICA S8APO e/o sottoposti a tomografia computerizzata (TC) con scanner multidetector Toshiba Aquilion ONE. Sono state acquisite immagini planari dello spessore di 3 mm, ricostruite allo spessore di 0,5 mm, ad 80 kV e 28mA/sec (FOV 30,5 x 18 cm) effettuando ricostruzioni con proiezione della massima intensità (MIP), multiplanari (MPR) e con volume rendering 3D. L'area sepolcrale, databile al XIV secolo e impostata sui resti strutturali abbandonati della chiesa, fornisce un caso studio eccezionalmente complesso nell'ambito dell'antropologia fisica e dell'archeologia funeraria nel panorama medievale aquilano. Per quel che concerne la ritualità, aspetti significativi sono legati alle ragioni della scelta di questo sito come luogo di sepoltura, che includono la necessità pratica in occasione di morte improvvisa e l'eccezionale ritrovamento di una sepoltura anomala (deposizione prona coperta da uno stato di pietre). I resti appartenevano ad almeno sette individui adulti di sesso maschile, di età compresa tra 20 e 65 anni, della statura media di 171 cm (range: 163-177 cm) e con numerosi caratteri non-metrici (foramen parietale completo ed endocranico, ossa wormiane, osso epipterico, forame di Huschke, ossa sagittali e coronali, forame di Kimmerle) indicativi di familiarità tra gli individui. Le modificazioni ergonomiche rilevate lasciano ipotizzare attività lavorative all'aperto e deambulazione sui terreni impervi tipici della zona, che coincidono con le attività agricole-pastorali. In due individui (S1 e S5) sono state rilevate alterazioni compatibili con brucellosi osteoarticolare. L'individuo deposto in sepoltura anomala (S4) presentava segni di violenza. L'utilizzo a scopo funerario del sito d'altura conferma l'importanza di questo luogo quale punto di riferimento nel paesaggio montano a ridosso del Gran Sasso.

Come abbiamo riscoperto la tomba di Domenico Cotugno

A. Armone Caruso

ORL AIAS Afragola

A. Del Prete

Università Federico II

A. Corallo

Ass. Getta la rete

G. Moresco

Ass. Getta la rete

Quest'anno ricorre il bicentenario della morte di Domenico Cotugno, nato a Ruvo di Puglia il 29 gennaio 1736 e morto a Napoli il 6 ottobre 1822. Della sua tomba si erano perse le tracce. Si era a conoscenza, dai necrologi coevi, di una sua sepoltura nel complesso Vincenziano in un quartiere di Napoli, i Vergini, ma da ricerche eseguite, in tempi recenti, da molti studiosi, non se ne avevano più tracce. Ma la curiosità non si è mai assopita e dopo un incontro culturale avuto dal sottoscritto e il collega Antonio Del Prete, con i responsabili (Annamaria Corallo e Giovanna Moresco) dell'associazione "Getta La Rete" (associazione che ha sede operativa nel Complesso Monumentale Vincenziano di Napoli, nel cuore del Borgo dei Vergini, di cui cura in via esclusiva la valorizzazione storico-artistica, architettonica e spirituale con studi, ricerche, incontri, approfondimenti e percorsi guidati all'interno del sito, per divulgare una maggiore conoscenza del carisma Vincenziano at-

traverso il sito del Borgo Vergini), è nata una indagine che ci ha portato ad un trafiletto in cui si annunciava, in una Riunione dell'Accademia delle Arti Sanitarie, ("Minerva Medica", volume 44, parte 2, 1953, p. 1537), da parte di Giuseppe Pezzi, l'individuazione della tomba. Una volta identificato l'autore e il luogo, siamo andati alla ricerca degli articoli, in cui si raccontava questo episodio. Grazie al servizio di Ricerca Bibliotecaria della Società Napoletana di Storia Patria (dott.ssa Paola Milone con la collaborazione di Francesca Neri), abbiamo recuperato i due articoli dove Giuseppe Pezzi parla di questo evento. Con i documenti alla mano e grazie alla disponibilità del superiore della Casa della Missione del Complesso Vincenziano dei Vergini, padre Salvatore Farì, e coadiuvati dai responsabili dell'associazione "Getta La Rete" abbiamo non solo rinvenuto la lapide sepolcrale, ma anche il luogo di sepoltura del medico di Ruvo, dandogli giusti onori.

La diagnosi paleopatologica di poliomielite: proposte, approcci e problemi

F.M. Galassi

Università di Bologna

M.E. Habicht

Flinders University, Australia

E. Varotto

Università di Catania

Sin dai tempi delle prime ricerche nel campo della paleopatologia, la tentazione da parte degli studiosi di effettuare diagnosi retrospettive di poliomielite nei resti umani antichi, scheletrizzati o ancora conservanti parte dei tessuti molli, ha prodotto numerosi esempi di tali proposte interpretative. Quale è, tuttavia, il vero livello di evidenza delle diagnosi proposte alla luce dei dati morfologici rilevati? Quali metodologie sono state adottate per formulare siffatte interpretazioni nel corso della storia della paleopatologia e quali approcci potrebbero essere, invece, adoperati per risolvere la *vexata quaestio* della presenza e della paleoepidemiologia della malattia? La relazione prenderà in esame i casi di poliomielite pubblicati nella letteratura paleopatologica internazionale e ne riesaminerà l'evidenza, problematizzando, quindi, il razionale scientifico e il *workflow* usualmente seguiti da bioarcheologi e paleopatologi per giungere a tali conclusioni. I dati ricavati dal riesame della letteratura saranno, poi, messi in relazione ai riferimenti epidemiologici ric-

vabili dalle fonti storico-mediche e letterarie, valutando quindi se una correlazione possa essere individuata o se, al contrario, le fonti bioarcheologiche e quelle da alcuni definite “indirette” non abbiano punti di contatto.

Un probabile caso di paraplegia all'ombra dell'epidemia di tifo in Centro Italia

O. Larentis

Università dell'Insubria

E. Tonina

Università dell'Insubria

S. Vanin

Università di Genova

A. Leto

CNR-IAS Genova

I. Gorini

Università dell'Insubria

Il nostro contributo vuole rivolgere lo sguardo alla pieve di San Cristoforo in Pian di Marte (PG) dove recenti lavori di recupero architettonico dell'edificio hanno riportato alla luce cinque ambienti sotterranei, adibiti a camere funerarie. Qui intendiamo portare l'attenzione sui materiali osteologici umani rinvenuti, dei quali sono stati ricostruiti i profili biologici. In particolare, l'interesse è stato focalizzato su un soggetto, rivelatosi importante da un punto di vista storico-medico e paleopatologico, per la scarsità di casi simili documentati in letteratura. Si tratta di un individuo che mostra caratteristiche ossee probabilmente congruenti con una forma di paraplegia, deceduto nel primo quarto del diciannovesimo secolo, quando il tifo imperversava in quelle terre. La paralisi degli arti è una condizione raramente diagnosticata all'interno del materiale osteologico, benché la sua eziologia sia vasta. La plegia degli

arti può infatti scaturire sia in seguito a lesioni di tipo traumatico o infettivo a carico del rachide toracico o, più sovente, lombare, sia a causa di malformazioni congenite, tumori, lesioni vascolari o disciti. Lo studio del contesto e dei processi tafonomici che hanno interessato i resti umani ha visto un approccio multidisciplinare con il contributo di discipline di tipo naturalistico come l'archeontomologia funeraria e l'archeobotanica. Lo studio condotto, inoltre, non trascura una branca relativamente recente dell'archeologia, detta archeologia della disabilità.

Un caso di morbo di Pott tra gli inumati dell'Ospitale di Santa Maria della Misericordia

P. Saccheri

Università di Udine

L. Travan

Università di Udine

Nel 2003, nel centro di Udine, sotto l'egida dell'allora Soprintendenza Archeologica del Friuli Venezia Giulia, una striscia di terreno compresa tra l'abside della chiesa di San Francesco e piazza Venerio è stata sondata per permettere la messa a norma del parcheggio sotterraneo della piazza stessa. Lo scavo ha permesso di mettere in luce 65 tombe, 2 in muratura e 57 in fossa terragna, da cui sono stati recuperati i resti di 76 individui, spesso deposti sovrapposti, che rappresentano la più numerosa serie osteologica umana recuperata nel territorio della città. I resti verosimilmente risalgono al XIV secolo, epoca in cui era attivo l'Ospitale, fondato tra il 1320 e il 1330 dalla Confraternita di Santa Maria della Misericordia dei Battuti (o Disciplini o Flagellanti) in un edificio collocato a fianco all'area cimiteriale. In origine, l'Ospitale accoglieva poveri, pellegrini e malati. Ebbe un esito straordinario: col passare del tempo si ampliò al punto da acquistare tutti gli edifici che costituiscono l'attuale anagrafe cittadina ed inglobò gli altri enti di assistenza e cura della città (come l'ospitale degli esposti di S. Maria Maddalena, nel 1584). In quest'ottica espansionistica, a partire dal 1781 a seguito del trasferimento dei francescani dalla sede originale - un ampio edificio annesso alla chiesa di S. Francesco -, a una nuova sede, venne demolito il chiostro

del monastero e al suo posto edificato “l’ospedale nuovo”. Attualmente sede del tribunale rimase attivo fino alla prima metà del “900, epoca in cui furono edificati i primi padiglioni dell’odierna ASU Friuli centrale - Santa Maria della Misericordia in prossimità del “Forlanini” (quest’ultimo sorto nel 1924 in un luogo salubre, ai margini della città poiché destinato alla cura dei malati di tubercolosi). Posto che la prima citazione ufficiale dell’ospedale è del 1330, l’istituzione ospedaliera di Udine ha alle spalle sette secoli di storia, in buona parte documentata in un corposo archivio che non è mai stato integralmente indagato. I dati delle analisi antropologiche e paleopatologiche indicano che gli inumati di piazza Venerio erano una popolazione particolare, in cui molti individui presentavano una o più lesioni riferibili a patologie spesso invalidanti dal punto di vista lavorativo. Tra questi, si segnala il caso di un soggetto di sesso maschile di 45-55 anni di età di morte che presenta lesioni compatibili con una localizzazione ossea della tubercolosi a livello dei corpi di T12-L1-L2-L3 con conseguente morbo di Pott ed un particolare pattern di alterazioni muscolari e degenerative compatibile con l’uso di stampelle per la deambulazione. La tubercolosi ossea vede nei corpi vertebrali la sede di localizzazione prediletta, in particolar modo nella parte inferiore del tratto toracico e nel tratto lombare; si tratta di un processo inizialmente lento ma che progredisce inesorabilmente portando a distruzione litica e collassi che causano la formazione del caratteristico gibbo.

Stefano Delle Chiaje e i primi studi italiani di paleopatologia a Napoli nel XIX secolo

R. Jungano

Società Italiana di Urologia

G. Castagnolo

Università Federico II

Stefano delle Chiaje (Teano, 1794-Napoli, 1860) fu un ricercatore poliedrico ed eclettico; queste sue caratteristiche lo condussero a interessarsi, in maniera attiva e scientificamente speculativa, a diversi campi della biologia e della medicina. Entrato giovanissimo nel Regio Istituto di Incoraggiamento alle Scienze naturali di Napoli, guadagnò la cattedra universitaria di Anatomia, che era stata di Domenico Cotugno, e il ruolo di Professore aggiunto presso la cattedra di Anatomia patologica; fu, inoltre, nominato professore di Medicina e Botanica presso il napoletano Collegio medico-cerusico. Numerose furono le sue pubblicazioni nei campi della Anatomia umana normale e patologica, Botanica, Farmacologia, Biologia con particolare riguardo alla Idrofitologia e alla Elmintografia. Alcuni organismi sono stati da lui identificati e descritti: *Amphipholis squamata* (Echinodermata, Ophiuroidea), *Onchidoris neapolitana* (Onchidorididae) e *Spurilla neapolitana* (Aeolidiidae), tra gli altri.

Gli studi sperimentali di Lodovico Brunetti per la costruzione di un forno crematorio alla fine dell'Ottocento

G. Magno
Università di Padova
F. Zampieri
Università di Padova
A. Zanatta
Università di Padova

La pratica della cremazione è documentata fin dalla preistoria ed è rimasta una diffusa pratica funeraria fino all'avvento del cattolicesimo. A partire dalla fine dell'Ottocento iniziarono a sorgere nuovi movimenti per riportare in auge la pratica crematoria con criteri moderni, principalmente per motivi igienici e di sovraffollamento dei cimiteri. Lodovico Brunetti (1813-1899), professore di Anatomia Patologica all'Università di Padova, basandosi sui resti cremati provenienti da contesti archeologici di epoca romana iniziò a condurre una ricerca sperimentale per migliorare la pratica della pira funeraria a cielo aperto in uso nelle popolazioni antiche, adattandola al contesto della sua epoca. I suoi studi e le sue sperimentazioni lo portarono a creare un nuovo forno crematorio e diventare formalmente il padre della moderna cremazione. Per verificare la validità degli esperimenti di Brunetti è stato effettuato un confronto con moderne esperienze di piro-archeologia sperimentale, confrontandone gli esiti osteologici in seguito a condizione di cremazione differenti. Sono stati inoltre indagati gli aspetti sociali e religiosi legati alle invenzioni di Brunetti e alla rivitalizzazione della cremazione, mostrando come non solo

gli strumenti e le tecnologie ma anche l'ambiente culturale si siano evoluti negli anni, accettando di fatto la pratica della cremazione come alternativa all'inumazione.

Mortui viventes docent. L'esposizione di resti umani tra storia, etica e antropologia

E. Tonina

Università dell'Insubria

O. Larentis

Università dell'Insubria

B. Pezzoni

Università dell'Insubria

I. Gorini

Università dell'Insubria

I resti umani sono un prezioso archivio di informazioni per lo studio del passato. Attraverso gli studi antropologici, evolutivi, genetici, paleopatologici, nonché storico-medici, contribuiscono alla ricostruzione della storia con risvolti locali e globali. Per questi motivi i musei che conservano ed espongono resti umani costituiscono per la comunità scientifica un'importante fonte di studio e di divulgazione. Nonostante ad oggi sia riconosciuta l'importanza di analizzare questa tipologia di reperti a 360°, nel settore museale la comunicazione degli studi bioarcheologici risente di diverse problematiche. Queste derivano dalla natura stessa del materiale, dagli aspetti etici, dalla settorialità della disciplina antropologica e dei musei italiani e talvolta dalla storia stessa delle collezioni. Ne consegue che nella società occidentale la pratica sia stata oggetto di numerose controversie, dovute a pressioni morali, legali e politiche. In tal senso, nelle comunità accademiche e museali il dibattito si è concentrato principalmente sulle implicazioni etiche, tralasciando di frequente altri aspetti in quella

che in realtà è una questione più ampia. Oggi risulta chiaro come le scelte museologiche e museografiche necessitino di un approccio multidisciplinare. L'antropologia, l'archeologia, l'etica e la storia della medicina dovrebbero operare sinergicamente nell'esposizione, ossia nella costruzione dell'interfaccia principale tra museo e pubblico, elemento fondamentale nella ricezione delle informazioni e nel riconoscimento del lavoro di ricerca svolto dai professionisti. Con questo intervento si intende illustrare lo stato dell'arte sulle tematiche inerenti l'esposizione di reperti antropologici e l'attuale atteggiamento delle istituzioni museali italiane, esplorando i principali elementi oggetto di controversie.

Finito di stampare a luglio 2022
presso Azeroprint - Marostica (VI)

