

ANNO II (LI) NUMERO 2

nuova **RIVISTA**
di
STORIA DELLA MEDICINA

a cura della
Società Italiana di Storia della Medicina

Direttore

Adelfio Elio Cardinale

Direttore Scientifico

Alessandro Bargoni

Comitato scientifico

Jon Arrizabalaga (Barcellona, Spagna)

Federica Borromeo (Alessandria)

Luca Borghi (Roma)

Giancarlo Cerasoli (Cesena)

Stefano De Carolis (Rimini)

Liborio Dibattista (Bari)

Valentina Giuffra (Pisa)

Jacek Gulczyński (Gdańsk)

Allen J. Grieco (Harvard University, Firenze)

Gianni Iacovelli (Taranto)

Vincenzo Martines (Roma)

Mariano Martini (Genova)

Irma Naso (Torino)

Marilyn Nicoud (Avignone, Francia)

Michele Riva (Milano)

Alessandro Ruggeri (Bologna)

Martino Ruggieri (Catania)

Luca Ventura (L'Aquila)

Comitato di redazione

Alessandro Bargoni

Luisa Ferrari

Nicolò Nicoli Aldini

Raimonda Ottaviani

Maria Francesca Vardeu

Webmaster

Alessandro Leccese

Indice

Saggi e Studi

- Un passo... indietro nella storia delle donne medico in Italia: lo strano caso di Edvige Benigni 1
Jessica Casaccia
- Lettere inedite di Domenico Cirillo a Giovanni Bianchi (Jano Planco) 15
Arturo Armone Caruso
- Pandemie tra passato e presente. Assonanze o anticipazioni? 35
Irma Naso
- Titoli di studio e abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica a Napoli (secoli XIII-XIX) 59
Renato Jungano, Antonia Maria Acierno

Paleopatologia

- Risultati preliminari delle indagini scientifiche sul corpo del Beato Antonio da Fano (m. 1435) 75
Mirko Traversari, Donata Luiselli, Francesco Tei, Enrico Petrella, Annalisa Biselli, Chantal Milani, Gianni D'Altri, Massimo Turla, Sonia Ciocca, Luca Ventura

Teatri anatomici – Progetto THESA

- Giovanni Rossi e il Teatro chirurgico di Parma 99
Nicoletta Piazza

Appunti e Memorie

- Ricordo del professor Camillo Maschio (1927-1992). Primario di anatomia patologica e laboratorio analisi nell'Ospedale San Salvatore in L'Aquila 125
Terenzio Ventura
- Ignazio Cataliotti, il chirurgo del Gattopardo 137
Adelfio Elio Cardinale

Recensioni

- Stefania Fortuna, *Il dovere della cura. Giuramento di Ippocrate* 143
Alessandro Bargoni
- Giuseppe Frank, *Memorie, Terzo volume. Traduzione, introduzione e note di Giovanni Galli* 147
Massimo Aliverti

Un passo... indietro nella storia delle donne medico in Italia: lo strano caso di Edvige Benigni

Jessica Casaccia

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

Riassunto

La prima donna laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma risulta essere Edvige Benigni, nel 1890, seguita da Marcellina Corio e dalla celebre Maria Montessori. Il presente articolo approfondisce il caso di questa "pioniera": i documenti reperiti, tuttavia, dimostrano che Edvige Benigni non era una donna, come si è ritenuto fino a oggi, bensì un uomo, lasciando così il primato a Marcellina Corio.

Summary

The first woman to graduate in Medicine and Surgery from the University of Rome is Edvige Benigni, in 1890, followed by Marcellina Corio and the famous Maria Montessori. This article explores the case of this pioneer: however, the documents collected show that Edvige Benigni was not a woman, as believed up to now, but a man, thus leaving the primacy to Marcellina Corio.

Parole chiave: storia, donne e medicina, onomastica, Edvige Benigni

Keywords: history, women and medicine, onomastics, Edvige Benigni

I più antichi riferimenti a Edvige Benigni risalgono all'inizio del Novecento. Se ne parla nel testo francese *Histoire des femmes Médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*, in cui l'autrice Mélanie Lipinska la menziona come "la première doctoresse de la faculté médicale de Rome"¹; ed è citata anche nelle notizie statistiche di Vittore Ravà che raccoglie tutti i dati sulle prime donne laureate in Italia, dove Edvige Benigni compare nella tabella dedicata alle prime laureate presso l'Università di Roma e la prima in assoluto ad avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia². Da quel momento in poi Edvige Benigni viene considerata la pioniera, seguita da Marcellina Corio e dalla celebre Maria Montessori. Nei libri incentrati su quest'ultima figura compare infatti molte volte questo trio, capeggiato da Edvige Benigni laureatasi nel 1890, emulata da Marcellina Corio Viola nel 1894 e da Maria Montessori nel 1896³.

¹ M. LIPINSKA, *Histoire des femmes Médecins depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*, Librairie G. Jacques & C.ie, Paris 1900, p. 467.

² V. RAVÀ, *Le laureate in Italia - Notizie statistiche*, Tipografia Ditta Ludovico Cecchini, Roma 1902, p. 18.

³ A. MATELLICANI, *La "Sapienza" di Maria Montessori. Dagli studi universitari alla docenza 1890-1919*, Aracne editrice S.r.l., Roma 2007, p. 75; G. HONNEGER FRESCO, *Maria Montessori una storia attuale*, L'Ancora, Napoli-Roma 2008, p. 32; P. POVELL, *Montessori Comes to America: The Leadership of Maria Montessori and Nancy McCormick Rambusch*, University Press of America, Lanham 2010; T. METTIERI, *Toletta con chimografo Le Donne della Psicologia*

Ho quindi deciso di approfondire la conoscenza di questa antesignana partendo da una semplice ricerca nell'immenso mondo di internet. Digitando il nome "Edvige Benigni" nel motore di ricerca, uno dei primi risultati che compare è un post pubblicato all'interno di un blog di parapsicologia: qui ho trovato un curioso dibattito sull'identità di questo personaggio e, in particolare, sul suo genere⁴.

L'argomento stava diventando molto interessante, per cui ho scelto di integrare la ricerca consultando gli *Annuari* dall'Archivio Storico dell'Università La Sapienza, presso la quale Edvige risultava essersi laureata. Da questi "Edvige Benigni, di Giuseppe, da Umbertide, proveniente dalla Regia Università di Perugia" risultava essersi iscritta, nell'anno accademico 1888-1889, al quinto anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia⁵. Nell'*Annuario* successivo (1889-1890) ella compariva nell'elenco degli studenti laureati⁶.

La ricerca è poi proseguita nuovamente on-line, ma in modo più approfondito. Il nome di Edvige Benigni è comparso all'interno di documenti di diverse tipologie, dove la troviamo come partecipante a un congresso e come autrice di diversi scritti principalmente scientifici, elencati nella Tabella seguente.

1896-1934, Amazon Italia, Torrazza Piemonte 2016, pp. 24-35; G. ERBA, *La Medica e la Strega. Il ruolo delle donne nella storia della medicina*, Bellesi & Francato Publishing, s.l. 2020; F. FAVINO, *Donne e scienza nella Roma dell'Ottocento*, Viella Libreria Editrice, Roma 2020; *Il Corpo Militare della CRI nella Grande Guerra*, Franco Angeli, Milano-Roma 2021.

⁴ PSI REPORT - *Parapsicologia e dintorni* <https://psireport.wordpress.com/>

⁵ Archivio Storico della Sapienza Università di Roma, Regia Università degli Studi di Roma, *Annuario per l'anno scolastico 1889-1890*, Tipografia Fratelli Pallotta, Roma 1890, p. 197.

⁶ Archivio Storico della Sapienza Università di Roma, Regia Università degli Studi di Roma, *Annuario per l'anno scolastico 1890-1891*, Tipografia Fratelli Pallotta, Roma 1891.

<i>Titolo pubblicazione</i>	<i>Rivista/Casa Editrice</i>	<i>Anno</i>
Settantotto giorni di digiuno per vomito incoercibile	Gazzetta degli Ospitali	1893
Osteo-sarcoma del tavolato osseo del cranio invadente le meningi e la sostanza cerebrale	Gazzetta degli Ospitali	1893
Sopra un'anomalia di forma dell'utero acquisita	Gazzetta degli ospedali e delle cliniche	1894
Osservazioni sulla propagazione del pensiero per "Radiazione"	Lux - Bollettino dell'Accademia internazionale per gli studi spiritici e magnetici	1895
Contributo allo studio delle mostruosità congenite	Gazzetta degli ospedali e delle cliniche	1895
La teoria dinamica applicata al ricambio materiale ed alla terapia	Terza seduta del Sesto Congresso di Medicina Interna (Roma)	1895
Caso di enterocolite mucomembranosa secondo il concetto di Mendelson	Gazzetta degli ospedali e delle cliniche	1897
Cefalalgia ribelle. Osservazione	Gazzetta degli ospedali e delle cliniche	1897
Materialismo spirituale	Tipografia Di Giovanni Balbi	1898
Elementi di Psicologia Sperimentale Positiva	Roux e Viarengo	1900
Persistenza della vena ombelicale nell'adulto	Gazzetta degli ospedali e delle cliniche	1904
Africa, poema dell'impero	Signorelli	1937

Dopo questa ulteriore ricerca, hanno iniziato a manifestarsi i primi dubbi sul sesso del personaggio poiché, in gran parte delle opere citate in tabella, compare come Dott. Edvige Benigni e non come Dottoressa: tuttavia ciò poteva essere frutto di una convenzione dell'epoca (fig. 1).

COMUNICAZIONI ORIGINALI.

**OSTEO-SARCOMA DEL TAVOLATO OSSEO DEL CRANIO
INVADENTE LE MENINGI E LA SOSTANZA CEREBRALE. — Storia clinica e reperto anatomico-patologico, pel dott. EDVIGE BENIGNI.**

Fig. 1 - Pubblicazione del "Dott. Edvige Benigni" sulla "Gazzetta degli Ospitali" (XIV, 85) del 1893.

Il nome appare anche in due annuari e una guida: sotto la sezione "Civitella d'Agliano" dell'*Annuario d'Italia*, Calendario generale del Regno del 1894 nella categoria "Medici-Chirurghi"⁷ e nella *Guida Monaci* di Roma e provincia del 1900, sempre sotto la sezione Civitella d'Agliano, dove si presenta come segue: "Medici chirurghi. Benigni Edvige (condotto)"⁸. E, infine, è presente con accanto la lettera "M", che sta ad indicare medico-chirurgo, nella sezione "Circondario di Viterbo - Toscanella" nell'*Annuario Sanitario d'Italia* del 1909⁹.

È possibile trovare questo nominativo anche in altre sedi, come il volume *La Biblioteca Augusta del Comune di Perugia*, in cui si legge che, intorno al 1887, "Adamo Rossi aveva introdotto arbitrariamente in Biblioteca il giovane Edvige Benigni, che non solo fungeva da suo segretario ma anche da assistente alla

⁷ *Annuario d'Italia*, IX, 1894. *Calendario generale del Regno*, parte seconda, Bontempelli, Roma 1894, p. 1499.

⁸ *Guida Monaci*, Roma 1900, p. 978.

⁹ *Annuario Sanitario d'Italia*, VII, Casa Ed. dell'Annuario Sanitario d'Italia, Milano 1909, p. 361.

Biblioteca”¹⁰. Il “Giornale della Reale Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana” del 1909, attraverso la lettera del Dottor Enrico Bastianini, ci informa di un’aggressione subita dal “dott. Benigni Edvige” presso il comune di Toscanella: aggressione che gli procurò una ferita da “arma da punta”, la “lussazione della spalla sinistra”, la “frattura di una costola” e, ovviamente, un trasferimento in ospedale. L’autore della lettera approfitta dell’accaduto per protestare verso il “Potere”, lamentando la condizione in cui medici e veterinari condotti si trovano a vivere nelle parti più remote di Italia, rischiando la loro stessa vita¹¹. L’uscita successiva del “Giornale della Reale Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana” presenta la risposta del “dott. Benigni” alla lettera ricevuta, in cui ringrazia commosso¹².

Edvige Benigni compare anche nel “Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra, dispensa 53^a, 24 giugno 1916” con il “grado di capitano medico”¹³, nello scritto *Ruoli d’anzianità pel 1919 degli ufficiali in congedo*, dove è presente nell’elenco degli ufficiali in congedo¹⁴; e infine nel “Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra, dispensa 26^a, 13 aprile 1928” come capitano medico in “congedo assoluto”¹⁵.

Anche in questi ultimi documenti i sostantivi e gli aggettivi che accompagnano il nome di Edvige Benigni sono tutti al maschile, ad esempio nella Guida Monaci il nome è affiancato dalla parola

¹⁰ G. CECCHINI, *La Biblioteca Augusta del Comune di Perugia*, Edizioni di Storia e Letteratura, Roma 1978, p. 465. Il cognome compare anche alle pagine 71 e 463.

¹¹ “Giornale della R. Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana”, LVIII, 26, 1909, pp. 637-639.

¹² “Giornale della R. Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana”, LVIII, 26, 1909, pp. 637-639.

¹³ “Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra”, dispensa 53^a, 1916, p. 2700.

¹⁴ *Ruoli d’anzianità pel 1919 degli ufficiali in congedo*, parte terza, 1921, p. 2128.

¹⁵ “Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra”, dispensa 25^a, VI, 1928, p. 1677.

“condotto”, anche questo poteva essere il risultato di una convenzione, ma la parola al femminile in realtà viene utilizzata, poco sopra, in riferimento ad una levatrice¹⁶ (fig.2).

Professionisti*.

Farmacisti. Volpi Ezio

Levatrici. Valeri Maddalena ved. Piermattei (condotta).

Medici Chirurghi. Benigni Edvige (condotto).

Fig. 2 - Benigni Edvige compare come medico chirurgo condotto nella Guida Monaci del 1900.

Anche la citazione proveniente dal volume della Biblioteca Augusta fa riferimento ad Edvige Benigni, definendolo “il giovane”¹⁷. Il “Giornale della Reale Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana”, presenta aggettivi e sostantivi che accompagnano il nostro personaggio tutti rigorosamente al maschile¹⁸ (fig. 3).

Avendo ricavato il comune di nascita di Edvige Benigni dagli *Annuari Accademici dell’Università La Sapienza*, ho contattato la biblioteca e l’archivio storico di Umbertide, alla ricerca di qualsiasi informazione che potesse chiarire il sesso del personaggio; i bibliotecari mi hanno gentilmente fornito l’atto di nascita di Edvige Benigni, che presenta il seguente testo:

L’Anno milleottocentosessantasei e questo di Due del mese di Gennaio Avanti di noi Ufficiale dello Stato Civile del Comune di Umbertide Provincia dell’Umbria, si è presentato il Sig. Giuseppe Benigni dell’età di anni ventisette di condizione Fornaio domiciliato in Umbertide il quale ha dichiarato che nel giorno trentuno del mese di Dicembre all’ora 4 pomeriggio nella Casa

¹⁶ *Guida Monaci* cit.

¹⁷ G. CECCHINI, *La Biblioteca Augusta del Comune di Perugia* cit.

¹⁸ “Giornale della R. Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana” cit., 26-27, 1909.

contrassegnata col Civico Numero... è nata da legittimo matrimonio di esso dichiarante con la Sig.^a Emilia Bettoni dell'età di trenta di condizione artista domiciliata in Umbertide una creatura di sesso Maschile cui si dà il nome di Edovige [*sic!*] chiedendo fosse notata nei Registri dello Stato Civile.

Della quale dichiarazione ho redatto il presente Atto assistito dal Sig. Aristide Maggiani dell'età di anni 25 di condizione Possidente domiciliato in Umbertide e dal Sig. Vincenzo Cavadini dell'età di anni 55 di condizione fabbro domiciliato in Umbertide come testimoni, i quali, dopo lettura fattane lo hanno firmato unitamente a Noi e al dichiarante suddetto. Vincenzo Cavadini Giuseppe Benigni A. Maggiani¹⁹.

Questo documento sembra quindi dimostrare il genere maschile di Edvige Benigni; tuttavia alcuni dubbi sull'identità di questa figura rimangono. L'atto di nascita, infatti, indica il nome proprio "Edovige" e non "Edvige" come indicato nelle altre fonti, per cui è difficile comprendere il motivo del cambiamento di questo nome: era forse il risultato di una storpiatura? Di un diminutivo? Di un errore dell'anagrafe, come talvolta capita? Oppure si trattava di due persone completamente diverse?

Fortunatamente, una nota a margine dell'atto di nascita è venuta in aiuto: questa comunicava, infatti, che "Benigni Edovige sposò Bartoccioli Giulia in Perugia come dal verbale in data due febbraio milleottocento novantuno". Grazie a questo interessante dato ho quindi contattato il Comune di Perugia che mi ha fornito il certificato di matrimonio di Edvige Benigni:

¹⁹ Comune di Umbertide, Biblioteca e Archivio Storico, Atto di nascita, 1866.

Toscaneha (Roma), li 16 giugno 1909.

Chiar.mo prof. Mazzini,

Un fatto doloroso! L'altro giorno, 13 corr., il dott. Benigni Edrigo, medico-chirurgo condotto in questo comune, nell'esercizio più santo del dovere, fu vittima di un truce attentato.

Chiamato d'urgenza in casa verso la mezzanotte col pretesto d una visita professionale fu condotto, con inganno, in una delle vie più remote della città dallo sconosciuto che l'accompagnava, il quale giunto nel luogo più adatto e nel momento più propizio, come in un baleno inferse a tradimento e con la più efferata malvagità, un colpo d'arma da punta nel torace del dottore il quale, cadendo violentemente a terra, riportò pure la lussazione della spalla sinistra e la frattura di una costola, mentre il vigliacco assassino, inferti ripetuti colpi su quel povero corpo inerme e paralizzato ad ogni atto di difesa, nella persuasione di averlo ferito a morte, si dava alla fuga.

Alle grida disperate di aiuto da parte del medico, giunto prontamente ogni buon soccorso, fu subito trasportato all'ospedale dove, ridotta la lussazione, il chirurgo dott. Tarquini poté pure stabilire con ogni certezza che le tre lesioni riscontrate al torace per lo spessore notevole dello strato di adipe e per la direzione dei colpi tangenziale al costato non erano, per fortuna, penetrati in cavità.

Il vigliacco fu spinto a tanto orrore da uno stranissimo sentimento di vendetta verso il dottor Benigni, il quale per un precedente reato di *violenza carnale* compiuto da quel bruto or son parecchi mesi, aveva dovuto rilasciare la necessaria relazione all'arma dei RR. Carabinieri.

L'assassino, ancora latitante, è attivamente ricercato dalla polizia.

Nel comunicarle il triste annunzio perchè possa giungere gradito al disgraziato Collega, per mezzo di codesta Presidenza il saluto fraterno della Società Nazionale Veterinaria, esprimo pure il desiderio che sia resa del fatto doloroso ogni opportuna pubblicità, nella speranza che, arrivando la notizia lassù, nelle alte sfere del Potere, dalla cui considerazione è lasciata ancora tra le ultime la benemerita classe dei Sanitari, possa servire anch'essa ad ispirare un pietoso sguardo alla misera condizione dei Medici e Veterinari condotti i quali, condannati a consumare tutta la loro esistenza nelle parti più remote della Nazione, lontani dal consorzio civile, per rendere ovunque all'umanità l'opera loro nobile e benefica, dopo la fatica materiale, dopo il lavoro intellettuale, dopo le preoccupazioni, i patemi d'animo e ogni sorta di ama-

rezze, debbono soffrire pure il profondo ribrezzo del rischio della vita, cui non rare volte sono purtroppo trascinati dal dovere!

Distinti saluti dal sempre suo

Dev.mo Collega ed Amico
Dott. ENRICO BASTIANINI.

Fig. 3 - A. Lettera del Dott. Enrico Bastianini pubblicata sul "Giornale della R. Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana" (LVIII, 26) del 1909.

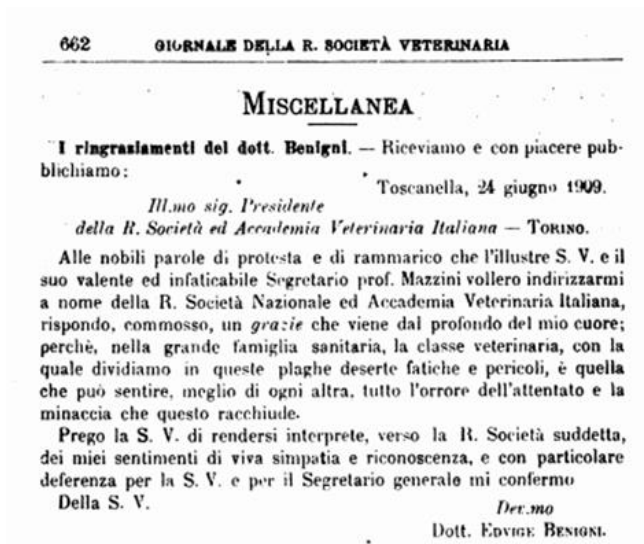


Fig. 3 – B. Lettera di risposta del Dott. Edvige Benigni pubblicata sul “Giornale della R. Società Nazionale.

L'anno mille ottocento novantuno addì due di febbraio a ore tre meridiane undici e minuti cinquanta nella casa comunale di Perugia, provincia dell'Umbria, in una sala, aperta al pubblico. Avanti di me Angeloni Dottor Cavalier Paolo Sindaco. Ufficiale dello Stato Civile, vestito in forma ufficiale, sono personalmente comparsi: 1° Benigni Dottor Edvige di anni ventisei medico chirurgo celibe nato in Umbertide residente in Panicale, figlio di Giuseppe residente in Perugia e di Emilia Bettoni residente in Perugia; 2° Bartoccioli Giulia di anni ventotto maestra nubile nata in Perugia residente in Perugia figlia di Romeo residente in Perugia e di Marianna Fiorani residente in Perugia, i quali mi hanno richiesto di unirli in matrimonio; a questo effetto mi hanno presentato i documenti sotto descritti; e dall'esame di questi non

che di quelli già prodotti all'atto della richiesta delle pubblicazioni, i quali tutti, muniti del mio visto, inserisco nel volume degli allegati a questo registro, risultandomi nulla ostare alla celebrazione del loro matrimonio, ho letto agli sposi gli articoli centotrenta, centotrentuno e centotrentadue del Codice Civile e quindi ho domandato allo sposo se intende di prendere in moglie la qui presente Giulia Bartoccioli e a questa se intende di prendere in marito il qui presente Edvige Dottor Benigni; ed avendomi risposto ciascuno affermativamente, a piena intelligenza anche dei testimoni sotto indicati, ho pronunciato in nome della legge che i medesimi sono uniti in matrimonio. A quest'atto sono stati presenti: Montanari avvocato Arnaldo di anni trentacinque legale e Cipriani avvocato Giovanni di anni quaranta legale entrambi residenti in questo Comune. I documenti presentati sono i certificati delle pubblicazioni eseguite in questo Comune ed in quello di Panicale nei giorni di Domenica undici e diciotto gennaio ultimo decorso, rilasciati da questo ufficio in data di oggi e da quello di Panicale il trentuno gennaio sopradetto. Letto il presente atto a tutti gli intervenuti questi l'hanno messo sottoscritto.

Benigni Edvige, Giulia Bistorcini Bartoccioli, Arnaldo Montanari, Giovanni Cipriani, P. Angeloni²⁰.

In questo atto, sia la firma che i nomi inseriti fanno tutti riferimento ad “Edvige Benigni” e non ad “Edovige Benigni”. Dal momento che tutti i dati anagrafici sembrano coincidere, si può ipotizzare che Edovige Benigni ed Edvige Benigni fossero la stessa persona.

Tuttavia, le cose si fanno più confuse tra gli anni trenta e quaranta del Novecento, in cui il nome “Edvige Benigni” compare nuovamente, ma questa volta in riferimento a una figura femminile. Nel *Bollettino della Società Italiana degli editori ed autori* del 1937 infatti nella sezione musica troviamo la seguente frase: “Benigni Edvige (Roma, via

²⁰ Comune di Perugia, Atto di matrimonio, 1891.

Donatello, 50) - Autrice”²¹. L’almanacco *Donne italiane* del 1938, sotto la sezione “Medici-Chirurghi” presenta invece tale informazione: “Benigni Edvige - Roma, Piazza Melozzo da Forlì 4”²². Infine, nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 64 del 18-3-1949, Benigni Edvige compare tra i nomi delle candidate risultate vincitrici al concorso per titoli a duecento posti di vice assistente sanitaria visitatrice provinciale in prova nella Amministrazione della sanità pubblica²³.

Questi dati sembrano riferirsi, più probabilmente, ad una o più omonime della Edvige Benigni che si laureò a Roma nel 1890. È molto improbabile infatti che possa trattarsi della stessa persona, poiché negli anni trenta del Novecento il Dottor Edvige Benigni doveva avere già una settantina di anni e quindi ipoteticamente doveva già essersi ritirato dalla carriera medica o comunque in procinto di farlo.

Riassumendo: la persona che è stata spesso e a lungo citata come prima laureata in medicina a Roma risulta essere in realtà un uomo. Provando a ripercorre la vita di Edvige Benigni attraverso le fonti raccolte, sappiamo che egli era nato ad Umbertide (Perugia, Umbria) nel 1865 da Giuseppe Benigni e che si iscrisse alla facoltà di medicina di Perugia, dove la sua presenza è attestata fino all’anno accademico 1886-1887²⁴. Pare che nel periodo che trascorse a Perugia

²¹ “Bollettino della Società Italiana degli editori ed autori”, XII, 5-6, 1937, p. 23.

²² *Donne Italiane Almanacco Annuario 1938*, XVI, Giannini & Giovannelli, Firenze 1937, p. 388.

²³ “Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana”, 18-3-1949, n. 64, p. 740.

²⁴ *Annuario della libera Università di Perugia per l’anno accademico 1887-1888*, Tip. V. Santucci, Perugia 1888.

svolse anche attività di segreteria e di assistenza presso la Biblioteca Augusta²⁵. Successivamente, si trasferì presso la facoltà di Roma La Sapienza, dove frequentò gli ultimi due anni del corso di laurea in medicina e chirurgia e dove ottenne la laurea nel 1890²⁶. L'anno successivo si sposò a Perugia con Giulia Bartoccioli e, a partire del 1893, iniziarono a comparire le sue prime pubblicazioni scientifiche. Si può ipotizzare che tra il 1894 e il 1900 svolse la professione di medico condotto presso Civitella d'Agliano (Viterbo, Lazio)²⁷. Nel 1909 Edvige Benigni si trovava a Toscanella (oggi Toscana, Viterbo, Lazio) come medico chirurgo condotto e, proprio in quel luogo, fu vittima di un'aggressione, come detto²⁸. Infine, nel 1916 Edvige Benigni, come capitano medico del distretto di Orvieto, fu chiamato la mattina dell'otto luglio a presentarsi presso la direzione di sanità di Roma per conoscere la destinazione dove avrebbe dovuto assumere servizio²⁹. Nel 1919 era nella lista degli ufficiali in congedo dal servizio³⁰ e dal 31 dicembre 1927 comparve tra i capitani medici che, per ragioni di età, cessarono di appartenere alla riserva e passarono al congedo assoluto³¹.

²⁵ CECCHINI, *La Biblioteca Augusta del Comune di Perugia* cit.

²⁶ Archivio Storico della Sapienza Università di Roma, Regia Università degli Studi di Roma, *Annuario per l'anno scolastico 1889-1890* cit.; Archivio Storico della Sapienza Università di Roma, Regia Università degli Studi di Roma, *Annuario per l'anno scolastico 1890-1891* cit.

²⁷ *Annuario d'Italia* cit.; *Guida Monaci* cit.

²⁸ "Giornale della R. Società Nazionale ed Accademia Veterinaria Italiana", 26-27, 1909.

²⁹ "Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra" cit.

³⁰ *Ruoli d'anzianità pel 1919 degli ufficiali in congedo* cit.

³¹ "Bollettino ufficiale del Ministero di Guerra" cit.

Sembrano terminare qui le notizie su questa figura. Forse il desiderio di dare lustro alle prime, poche pioniere che anche in Italia, superando secolari pregiudizi e forti resistenze sociali, fecero ingresso nel mondo allora tutto maschile della medicina, ha favorito il perpetuarsi di questo equivoco, generato evidentemente anche dal nome Edvige assegnato a “una creatura di sesso Maschile”, un nome che ieri come oggi suona in italiano più adatto a una donna. Si tratta, infatti, di un nome proprio femminile di origine teutonica che significa propagatrice di felicità: basti ricordare, ad esempio, Edvige di Andechs o Edvige di Polonia, entrambe dichiarate sante³². Le prime pubblicazioni che potrebbero aver generato questo equivoco sono le già citate opere di Mélanie Lipinska e di Vittore Ravà.

Questo breve testo è stato scritto con la speranza che future ricerche possano fare ulteriore chiarezza tra i diversi Edvige Benigni e approfondire la storia di ognuno di loro.

Ringrazio il personale dell'Archivio Storico della Sapienza Università di Roma, della Biblioteca e Archivio Storico del Comune di Umbertide, del Comune di Perugia per la disponibilità. Inoltre, ringrazio il Professor Luca Borghi dell'Università Campus Bio-Medico di Roma per i preziosi suggerimenti.

³² Accademia della Crusca, *Dizionario della lingua italiana*, Volume VII, Tipografia della Minerva, Padova 1830, p. 631.

Lettere inedite di Domenico Cirillo a Giovanni Bianchi (Jano Planco)

Arturo Armone Caruso

ORL AIAS di Afragola (armocar@libero.it)

Riassunto

Vengono proposte cinque lettere indirizzate a Jano Planco, quattro di Domenico Cirillo e una di John Symonds. Attraverso questo carteggio si mette in evidenza non solo l'importanza della corrispondenza scientifica, ma anche la mentalità antiquario-naturalistica che ha caratterizzato il secolo dei Lumi. Tale modo di pensare, nel regno di Napoli, fu legato soprattutto alla diffusione delle teorie di Giannoni e Vico in alcuni ambienti culturali che ereditarono il forte interesse per la scienza sperimentale.

Summary

Five letters are proposed addressed to Jano Planco, four from Domenico Cirillo and one from John Symonds. Through this correspondence, not only the importance of scientific correspondence is highlighted, but also the antiquarian-naturalistic mentality that characterized the century of Enlightenment. This way of thinking, in the kingdom of Naples, was linked above all to the diffusion of

the theories of Giannone and Vico in some cultural environments that inherited the strong interest in experimental science.

Parole chiave: Domenico Cirillo, Jano Planco, Giovanni Bianchi, carteggio, Napoli, Rimini, storia della scienza, collezionismo, antiquariato, naturalia, Gambalunga

Keywords: Domenico Cirillo, Jano Planco, Giovanni Bianchi, correspondence, Naples, Rimini, History of Science, Collectibles, Antiques, Naturalia, Gambalunga

Lo studio dei carteggi costituisce sempre una fonte di notevole interesse per chi voglia approfondire la conoscenza di un periodo storico o cerchi di mettere a “nudo” alcuni aspetti e il carattere degli studiosi dell’epoca. Queste raccolte restituiscono non solo l’ambiente culturale in cui sono maturate le grandi idee che hanno caratterizzato l’età moderna, ma ne chiariscono il loro sviluppo, sottolineandone i successi e i fallimenti¹. A tal proposito E. Garin, nel 1975, definisce quegli epistolari

quaderni di diario che attendono di essere ordinati [...], commenti e punti di vista critici diversi da collocarsi ciascuno a suo posto. Sono verbali di un’accademia, anzi di un’unione internazionale di accademie e, insieme, la trascrizione di conversazioni di livello altissimo. Sono, alla fine, il coro solenne di una cultura rinnovata che avanza².

¹ M. TORRINI, *Epistolari e rivoluzioni scientifiche*, “Rivista di Filosofia Neo-Scolastica”, vol. 106/2, 2014, pp. 347-360.

² E. GARIN, *Prefazione*, in *Le opere dei discepoli di Galileo Galilei. Carteggio*, I. 1642-1648, a cura di P. GALLUZZI, M. TORRINI, Giunti, Firenze 1975, p. XIII.

Proprio su questo filone, presso la Civica Biblioteca Gambalunga di Rimini è custodito il carteggio Giovanni Bianchi (figg. 1 e 2), (Jano Planco, 1693-1775)³. Tra questi documenti, ho individuato

³ Nel 1726 Bianchi utilizzò per la prima volta il nome di *Ianus Plancus* - poi italianizzato in Iano (o Giano) Planco - nell'epistola latina a G. Pozzi contro il dottore torinese Giambattista Bianchi, colpevole di aver pubblicato nella ristampa della sua *Historia epatica* una dissertazione del dottore bolognese Gaetano Tacconi sui "canali cisto-epatici", dal Bianchi riminese ritenuti e dimostrati inesistenti. Sembra, dunque, che la scelta del nome sia stata voluta per prendere le distanze dal dottore torinese suo omonimo. Per la figura di Giovanni Bianchi, cfr. A. FABI, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 1968, pp. 104-112 (*sub voce*); A. CALOGERÀ, *Raccolta di opuscoli scientifici e filologici*, 51 voll., Cristoforo Zane-Simone Occhi, Venezia 1728-1757; L.A. MURATORI, *Lettere di L.A. Muratori al dottore Giovanni Bianchi cavate dagli autografi nella Gambalunghiana di Rimini e pubblicate con appendice di documenti storici*, a cura di G.C. BATTAGLINI, Tip. Albertini, Rimini 1879; *Carteggio inedito di G.B. Morgagni con Giovanni Bianchi*, a cura di G. BILANCIONI, STEB, Bari 1914; M.D. COLLINA, *Carteggio letterario di uno scienziato del Settecento*, L.S. Olschki, Firenze 1957; G.L. MASETTI ZANNINI, *Antichità classiche, scienze naturali e cortesie nel carteggio tra Giovanni Bianchi (Iano Planco) e Bernardo Tanucci*, in *Bernardo Tanucci. Statista, letterato, giurista*, Atti del Convegno internazionale di studi per il secondo centenario (1783-1983), a cura di R. AJELLO, M. D'ADDIO, Jovene, Napoli 1986, II, pp. 593-597; S. DE CAROLIS, *Una poco nota osservazione teratologica di Jano Planco (Giovanni Bianchi), "medico primario di Rimini" ed archiatra pontificio*, Direzione Generale della Sanità Militare, Roma 2000; ID., *Un carteggio inedito tra Antonio Cocchi e Giovanni Bianchi*, L.S. Olschki, Firenze 2004; A. MONTANARI, *Tra erudizione e nuova scienza: i Lincei Riminesi di Giovanni Bianchi (1745)* https://www.girodivite.it/antenati/xviiisec/planco/accademia_planco.htm (consultato il 31/03/2021); ID., *Lettori di provincia nel Settecento romagnolo Giovanni Bianchi (Iano Planco) e la diffusione delle «Novelle letterarie» fiorentine. Documenti inediti* <https://digilander.libero.it/monari/spec/lettori.676.html> (consultato il 31/03/2021); L. RUSSO, *Lettere di Francesco Daniele al dottor Giovanni Bianchi di Rimini*, "Rivista di Terra di Lavoro", Bollettino on-line dell'Archivio di Stato di Caserta, XIII/1, 2018, pp. 94-118; G. ONGARO, *Contributo all'epistolario di Felice Fontana. Il Carteggio con Giovanni Bianchi (Janus Plancus), 1765-1773*, "Atti Roveretana degli Agiati", fasc. B (Classe di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali), serie VII, volume VI, 1996, pp. 105-165.

un gruppo di lettere inviate da Domenico Cirillo⁴ (fig. 3) al medico, anatomico e naturalista riminese⁵.

I legami, non sempre idilliaci⁶, del grande Riminese con il Regno di Napoli, cui si interessò per la fauna malacologia e per la flora⁷, sono ormai noti⁸ e proprio queste lettere evidenziano sempre di più

⁴ Domenico Leone Maria Cirillo (1739-1799) nacque nel casale di Grumo, oggi Grumo Nevano (Na), in una famiglia di medici: nipote di Santolo Cirillo (1689-1745 ca.), allievo di Francesco Solimena (1657-1747) e pronipote di Niccolò Cirillo (1671-1735), uno dei padri fondatori del pensiero di Cartesio a Napoli. Noto per gli studi sulla sifilide caratterizzati dall'uso del sublimato corrosivo di mercurio sotto forma di pomata, durato fino all'avvento della terapia antibiotica nel secondo dopoguerra, oltre ad essere un valente medico, Domenico Cirillo fu anche un botanico di notevole "spessore": i suoi studi di classificazione delle piante gli consentirono di effettuare la prima catalogazione botanica del Regno di Napoli, secondo Linneo, con il quale era in corrispondenza. Per tale motivo egli è conosciuto come il "Linneo Napolitano". Per le sue ricerche naturalistiche si servì anche del microscopio, mentre in campo medico lo si ricorda per lo studio del polso. Grazie ai suoi interessi divenne membro di molte Accademie. Come eredità morale Cirillo ci ha lasciato *I Discorsi Accademici*: si tratta di un'opera piena di nozioni, che sono alla base sia dei processi di umanizzazione, soprattutto nel mondo sanitario, sia della legge 833/78, rintracciabile in forma embrionale nel Progetto di Carità Nazionale durante la Repubblica Napoletana del 1799. Avendo partecipato ai movimenti rivoluzionari del 1799, fu giustiziato il 29 ottobre del 1799.

⁵ Fondo Zefirino Gambetti (1803-1871). Per la storia del fondo epistolare cfr. <https://www.bibliotecagambalunga.it/nbiraccolte/fondo-gambetti> (consultato l'11 febbraio 2021).

⁶ Bianchi aveva talvolta un atteggiamento critico, caratterizzato da una ridotta stima verso gli uomini e le istituzioni del Regno di Napoli: cfr. G. BIANCHI, A. CATANI, *Lettere scelte (1756-1775)*, a cura di F. LUISE, Diogene Edizioni, Campobasso 2017, p. 33.

⁷ O. TRABUCCO, *Medicina, erudizione, vita civile nel Carteggio Bianchi-Catani*, "Bollettino del Centro di Studi Vichiani", XXXVIII/2, 2008, pp. 107-135.

⁸ Cfr. MASETTI ZANNINI, *Antichità classiche, scienze naturali* cit.; R. STERLICH, *Lettere a Giovanni Bianchi (1754-1775)*, a cura di G.F. DE TIBERIIS, Arte Tipografica Editrice, Napoli 2006; TRABUCCO, *Medicina, erudizione, vita civile* cit.; G. BILANCIONI, *Per la storia dell'anatomia dell'orecchio. Lettere inedite di D. Cotugno e L.M.C.*, in *Sulle rive del Lete*, Libreria di Scienze e Lettere del dott. G. Bardi, Roma 1930, p. 147.

i contatti che egli ebbe nell'ambito del mondo scientifico della epoca.

Il carteggio è costituito da un gruppo di quattro lettere datate a un arco temporale compreso tra il 24 marzo 1767 e il 22 aprile 1770⁹, tre delle quali inviate da Napoli e una da Venezia. A quest'ultima ne è aggiunta un'altra, a firma del sig. Symonds¹⁰ sempre da Venezia, con la relativa traduzione verosimilmente effettuata dallo stesso Cirillo.

Dalle missive emerge un notevole intreccio culturale basato su scambio di libri e, soprattutto, di "produzioni naturali": a testimonianza di un collezionismo che il Bianchi utilizzò per la costituzione di una "Scuola-Museo", nella quale fin dal 1720 insegnò privatamente, oltre che medicina e altre discipline scientifiche, anche logica, geometria, lingua e letteratura classica. Tale scuola¹¹, ad

⁹ La lettera è coeva al viaggio fatto da Cirillo, insieme ad Alberto Fortis (1741-1803), in Dalmazia.

¹⁰ Si tratta di John Symonds (1730-1807) che, proprio nel periodo di datazione della lettera, insieme a Domenico Cirillo e Alberto Fortis fece un viaggio in Dalmazia sull'isola di Cherso ed Osero (ora Lussino): cfr. A. FORTIS, *Viaggio in Dalmazia*, Venezia 1774; ID., *Saggio d'osservazioni sopra l'isola di Cherso e di Osero*, Gaspare Storti, Venezia 1771. Su Symonds cfr. M. AMBROSOLI, *John Symonds. Agricoltura e politica in Corsica e in Italia, 1765-1770*, Fondazione Luigi Einaudi, Torino 1974; A. PETINO, *Le osservazioni di John Symonds sull'agricoltura italiana della seconda metà del sec. XVIII*, "Studi economici", 1952, pp. 271-284.

¹¹ Nell'ambito della propria scuola Bianchi mise a disposizione di allievi e visitatori la sua ricca biblioteca e le sue numerose raccolte di storia naturale, reperti archeologici, monete e medaglie unitamente ad un singolare campionario di preparati anatomici. Per le vicende relative alla scuola di G. Bianchi, cfr. G. CARDI, *Iano Planco medico riminese e la sua scuola*, in *Atti della Società Italiana di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali*, Tipografia Sociale Faentina, Faenza 1909. Cfr. inoltre A. MONTANARI, *Giovanni Cristofano Amaduzzi e la scuola di Iano Planco*, in *Rubiconia Accademia dei Filopatridi*, Centro di Studi Amaduzziani. Atti della Seconda Giornata Amaduzziana, a cura di G. DONATI, Accademia dei Filopatridi, Savignano sul Rubicone 2003, pp. 13-36.

ispirazione lincea¹², in pratica è l'espressione del pensiero del suo fondatore: per il medico di Rimini, essa è il riservato dominio dell'uomo sapiente, il quale gode del beneficio di sentenziare soltanto grazie al proprio ruolo di maestro, ed indipendentemente dalla validità scientifica dei risultati a cui perviene, intesa quest'ultima secondo i canoni galileiani¹³.

Tra l'altro, è da considerare come l'interesse comune che Cirillo e Bianchi dimostravano per gli studi al microscopio compaia più volte nei lavori e nei carteggi dei due scienziati¹⁴.

Dalle lettere qui pubblicate emerge un aspetto poco noto di Cirillo, che meriterebbe uno studio approfondito. Si tratta del suo interesse per lo studio dei fossili¹⁵, dichiarato in una lettera scritta il 30 agosto 1769 a Saussure, dove sia legge che "Les fossiles [...] ils sont une passion dominante après les plantes et les insectes"¹⁶. In Cirillo, a mio avviso, ci sono gli albori dello studio sistematico

¹² Nel 1745 Jano Planco cercò di riavviare l'Accademia dei Lincei: cfr A. GIOR-DANO, *Morgagni, Janus Plancus e i Lincei*, "Atti della Accademia Nazionale dei Lincei. Classe di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali. Rendiconti", Serie 8, vol. 73/6, 1982, pp. 237-239.

¹³ Secondo Galileo, ogni esperimento deve essere misurabile, ripetibile e rivolto a stabilire un nesso di causa ed effetto tra due fenomeni. "L'atteggiamento del 'dotto' appare anche nella prefazione di Bianchi alla ristampa del *Fitobasano* di Fabio Colonna, così riassunta dalle *Novelle letterarie*" (nota 34, 21 agosto 1744, col. 535): Planco "dice esser meglio ristampare i libri buoni antichi, che il pubblicarne de' nuovi di dottrina comune, i quali non fanno altro che ingombrare le pubbliche, e le private Librerie, con perdita di tempo, e di danari per gli studiosi": A. MONTANARI, *Nei "ripostigli della buona Filosofia"*. Cfr. <https://it.scribd.com/document/14191389/Nei-ripostigli-della-buona-filosofia>

¹⁴ Cfr. A. ARMONE CARUSO, *Su alcune lettere di Domenico Cirillo a Linneo*, "Scrinia", vol. 1-3, 2008, pp. 5-20.

¹⁵ Lettera datata 7 luglio 1767.

¹⁶ N. RONGA, *Domenico Cirillo e i filosofi naturalisti in due lettere inedite*, in *Domenico Cirillo: scienziato e martire della Repubblica napoletana*, Atti del Convegno tenutosi in occasione del bicentenario della Repubblica Napoletana e della Morte di Domenico Cirillo (Grumo Nevano, 28-29 ottobre 1999), a cura di B. D'ERRICO, Istituto di Studi Atellani, Frattamaggiore (NA) 2001, pp. 81-95.

dei fossili, che visti originariamente come elementi di curiosità, man mano sono diventati fonte dello studio dell'evoluzione della natura; non a caso essi facevano parte del corredo culturale e museale posseduto dallo scienziato napoletano, corredo che egli aveva in massima parte ereditato dal prozio Niccolò¹⁷.

La passione dei due corrispondenti, Cirillo e Bianchi, per il collezionismo rientra in quella mentalità antiquario-naturalistica legata sia alla diffusione delle teorie di Giannone e Vico¹⁸ all'interno

¹⁷ Il museo in pratica era quello costruito da Ferrante Imperato. Cfr E. STENDARDO, *Ferrante Imperato, collezionismo e studio della natura a Napoli tra cinquecento e seicento*, "Quaderni dell'Accademia Pontaniana", 31, 2001, p. 88; B. ACCORDI, *Ferrante Imperato (Napoli, 1550-1625) e il suo contributo alla storia della Geologia*, "Geologica Romana", 20, 1981, pp. 43-56; A. NEVIANI, *Ferrante Imperato, speciale e naturalista napoletano, con documenti inediti*, "Atti e memorie dell'Accademia di Storia dell'arte sanitaria. Memorie", ser. II, 2, 1936, pp. 57-74, 124-145, 191-210, 243-267; A.M. CIARALLO, *L'erbario di Ferrante Imperato*, "Museologia Scientifica", III, 3-4, 1986, pp. 187-213.

¹⁸ Cfr. G. GIARRIZZO, *Giannone, Vico e i loro interpreti recenti*, "Bollettino del Centro Studi Vichiani", vol. XI, 1981, pp. 172-174; R. AIELLO, *Dal "facere" al "factum". Sui rapporti tra Vico e il suo tempo, con una replica a G. Giarrizzo e F. Bologna*, "Bollettino del Centro Studi Vichiani", voll. XII-XIII, 1982, pp. 343-360; G. POLARA, *Scienza e Prudenza nell'insegnamento secondo Giovan Battista Vico*, "Bollettino del Centro di Studi Vichiani", vol. L/1-2, 2020, pp. 95-114.

¹⁹ Cfr. M. TOSCANO, *Sperimentalismo e collezionismo antiquario-naturalistico nel Regno di Napoli, Veneto, Gran Bretagna tra XVII-XIX secolo*, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dottorato di Ricerca in Scienze Archeologiche e Storico-Artistiche, Indirizzo Storico-Artistico, XVII Ciclo, p. 7.

²⁰Cfr T. CAMPANELLA, *La città del Sole*, Einaudi, Torino 1941. Campanella in questa sua opera, a mio avviso, contribuisce a gettare le basi del sapere scientifico e classificatorio che saranno la base poi dell'organizzazione museologica. La città è costituita da sei gironi composti da grandi mura che rendono la città inespugnabile. Questi sei gironi prendono i nomi dai pianeti ed insieme al tempio che si trova al centro sono la rappresentazione del sistema solare. Nel primo girone si trovano tutte le conoscenze matematiche, geometriche e c'è una cartina geografica che rappresenta i riti, le tradizioni e le lingue di tutti i popoli; nel secondo vi sono le principali nozioni di chimica, geologia e geografia dei luoghi e nel terzo quelle che riguardano la fauna marina e il mondo vegetale, con tutte le erbe e le loro proprietà curative; nel quarto si trovano tutte le specie di uccelli, rettili e

di alcuni circoli massonici, specie in quello dei fratelli De Gennaro, sia in altri ambiti culturali che ereditavano un'antica tradizione di forte interesse per la scienza da parte di intellettuali¹⁹, come Tommaso Campanella (1568-1639)²⁰, Ferrante Imperato²¹ e i fratelli Della Porta²². Nel loro pensiero affonda l'idea moderna del Museo, luogo pubblico o aperto al pubblico, atto all'educazione ed alla conservazione di una cultura materiale rappresentata da oggetti significanti, disposti per serie, ordinate secondo criteri tassonomici²³. Quest'ultimo aspetto è valido soprattutto per i musei scientifici in cui la finalità educativa è prevalente, perché riguarda l'inserimento del metodo sperimentale, fondato sull'oggetto e sull'osservazione della natura²⁴.

insetti; nel quinto gli animali terrestri, come i mammiferi; nel sesto le arti umane "meccaniche", con indicazioni su inventori, arti, scienze e cultura delle armi.

²¹Nato a Napoli forse nel 1540 e morto nel 1625, Ferrante Imperato fu speziale e naturalista, corrispondente di P.A. Mattioli e di U. Aldovrandi. Compose un famoso erbario secco in più volumi, entrato poi in possesso di D. Cirillo: solo un volume scampò alla distruzione del 1799 ed è ora conservato nella Biblioteca Nazionale di Napoli (Ms XIV.D.43), alla quale lo donò nella seconda metà dell'Ottocento il suo ultimo possessore privato, Camillo Minieri Riccio (1813-1882): cfr. *Catalogo dei MMSS della Biblioteca di Camillo Minieri Riccio*, presso Alberto Dekten, Napoli 1868, Parte prima, pp. 52-57.

²²G. FULCO, *Per il «Museo» dei fratelli Della Porta*, in *Rinascimento meridionale e altri studi, in onore di Mario Santoro*, a cura di M.C. CAFISSE, F. D'EPISCOPO, V. DOLLA, T. FIORINO, L. MIELE, Società Editrice Napoletana, Napoli 1987, pp. 105-175. Cfr. N. BADALONI, *I Fratelli Della Porta e la cultura magica e astrologica a Napoli nel '500*, "Studi Storici", vol. 1, n. 4, 1960, pp. 677-715.

²³Cfr. K. SCHUBERT, *Museo. Storia di un'idea. Dalla rivoluzione francese ad oggi*, Il Saggiatore, Milano 2000.

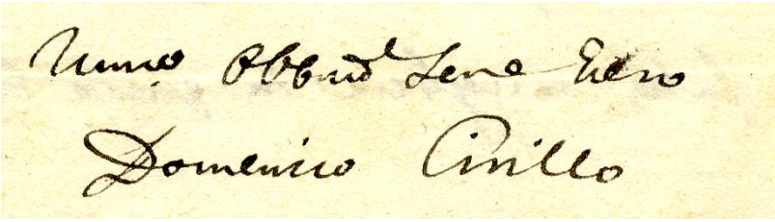
²⁴Cfr. G. OLMI, *L'inventario del mondo. Catalogazione della natura e luoghi del sapere nella prima età moderna*, Il Mulino, Bologna 1992.



*Fig. 1 - Chiesa S. Agostino, Rimini. Monumento funebre a Jano Planco.
(foto archivio dell'Autore)*



Fig. 2 - Chiesa S. Agostino, Rimini. Monumento funebre a Jano Planco. Particolare del medaglione in cui il suo profilo si fregia del “corno di Ammone”. (foto archivio dell’Autore)



Uomo Obbediente Servo etc
Domenico Cirillo

Fig. 4 - Firma Autografa di Domenico Cirillo.

Appendice

[1]

Ill.mo Sr. Mio Prof. Ilissimo²⁵

Dal nostro amico il Sr Conte Catani ricevo il suo dottissimo Trattato de Conchis minus notis etc e perciò rendo a vs Ill.ma qualche grazie che posso maggiori, per un famoso così segnalato; assicurandola che rileggerò nuovamente con grandissimo piacere, un opera di tanto merito. Io poi ho consegnata al medesimo Catani una brevissima Introduzione alla Botanica , acciò la facesse capitare a vs Ill.ma; gradirà ella soltanto una simile bagattella per segno del

²⁵ La trascrizione delle lettere è conforme agli originali, di cui si mantengono dunque forme abbreviate, punteggiatura, maiuscole e ogni altra particolarità grafica.

mio rispetto, essendo una cosa fatta semplicemente per uso de' scolari niente versati ne' principa(t)i di questa Scienza. Non mancherò poi di servirla per le produzioni Naturali, secondo ella mi comandò, ma aspetto il tempo propizio, per raccogliere, qualche cosa di più curioso e degno della sua attenzione. Intanto per non annoiarla, pienissimo d'obbligazioni, mi dico ad ogni cenno

Di V.S. Stima

Napoli 24 marzo 1767

Dico obb.mo ser.ro
Domenico Cirillo

[2]

Ill.mo Sr. Mio Prof. ilissimo

Ad un tempo stesso mi do' l'onore di rispondere a due sue gentilissime lettere, che per negligenza delle Poste mi sono ambedue capitate nella settimana scorsa. In primo luogo la ringrazio della grandissima bontà che mostra per me in occasione della brevissima nota Introduzione Botanica, quale ancorché non meriti per se niuna cosa, pure avendo riscontrata la sua approvazione, riceve quell'onore a cui giammai avrebbe potuto pretendere. Travaglio ora al Catalogo generale delle Piante che crescono in questo nostro regno²⁶, e spero condurre a fine tal opera se le mie forze ed i miei rozzi talenti lo permettano; essendo questa una impresa che richiede molte profonde cognizioni, che mancano a me assolutamente. Verso la fine di questo mese sarà vs Ill.ma venuta non solo

²⁶ D. CYRILLI, *Plantarum rariorum Regni Neapolitani fasciculus primus [-secundus] cum tabulis aeneis*, [s.n.] Neapoli 1788-1792.

per la stella ramosa²⁷, ma altresì per le altre curiosità naturali, che mi venno fatto raccogliere in questo tempo: e mi lusingo che in appresso//r// mi favorirmi ella de' suoi commenti, assicurandola senza complimenti, che niente mi sarà più grato se non il farle maggiormente conoscere la stima e la venerazione profonda, con cui sono

Di V.S. Stima

Napoli, 4 maggio 1767

Domenico Cirillo

[3]

Ill.mo Sr. Mio Prof. a.ilissimo

Doppio piacere certamente mi recò la gentiliss.ma sua, prima perché piene di tante e così vive espressioni della sua bontà verso di me, per cui ne rimango oltremodo mortificato, conoscendo di nulla meritare; e poi perché nella lettera sua evvi la giunta fatta dal mio buon amico e compagno di viaggio una volta il garbato Mr Symonds. Spero che vs Ill.ma sarà contenta d'aver conosciuto un galantuomo per le sue qualità e per la profonda letteratura ben degno della sua conoscenza, come altresì son persuaso della stima che (il) sig. Symonds avrà del suo vasto sapere ed ambizione. Io ringrazio vs Ill.ma delle cortesi maniere con cui ha trattato quel Cav.re, e ciò deriva da quella bontà di cuore che lo fa distinguere dall' [sic] volgo de' Filosofi. È già pronta una superba Stella ramosa con alcune poche curiosità naturali, che spedirò a Roma per mezzo d'alcuni Cav.ri Francesi i quali passeranno a Roma verso la fine di questo mese: il Sig.r Conte Catani nostro comune amico mi darà

²⁷ Si tratta di *Astrospartus mediterraneus* (Risso, 1826). Questa specie di echinoderma è costituita da cinque tentacoli, ognuno ramificato più volte (da cui ramosa), con i quali si aggrappa ai rami delle gorgonie, che vengono aperti di notte per nutrirsi. Il corpo ha un diametro di 8 centimetri, con l'apertura dei tentacoli la larghezza massima dell'intero animale arriva a 80 centimetri.

l'indirizzo per qualche suo amico, acciò possa la tavoletta capitar sicuramente nelle sue //r// mani. Io poi le sarò infinitamente obbligato se vorrà favorirmi un tantino di quell'arena o sedimento di Rimini, di cui vs Ill.mo ha tanto bene mostrante le produzioni; questo lo farà con suo comodo, e nel tempo stesso scusando la mia impertinenza. Il Sr Console d'Inghilterra la riverisce distintamente, ed io de' miei complimenti all'Abate Brunelli²⁸, pienissimo d'obbligazioni nella sua buona grazia mi raccomando, e mi dico di vs
Stima

Napoli 9 giugno 1767

Domenico Cirillo

[4]

Gent.mo Sr mio Stimatissimo

Non ho voluto darmi l'onore di rispondere all'ultima sua gentils.a senza prima spedire qualche preparazioni naturali che fin dal tempo della sua dimore in questa Città promisi di inviare. Mercordi passato consegnai al nostro sr Conte Catani una scatoletta con dentro quella stella marina da lei desiderata, alcune altre produzioni marine e pochi fossili: spero che incontreranno il suo genio quantunque ella è d'un gusto troppo raffinato in cosi fatte materie.

Capitandomi l'occasione di far altre raccolte ne farò parte alla vs Ill.ma come son sicuro che farebbe ora ancora in simile occasione. Il suo invito a raccogliere le Chiocciole terrestri per accrescere il museo di quel Religioso²⁹ di cui non parlo, sarà per me uno stimolo

²⁸ Epifanio Brunelli, altro allievo di Bianchi: era figlio del Bibliotecario Gambalunghiano Bernardino (in carica dal 1748 al 1767), al quale subentrerà dal 1767 al 1796. Inoltre si è anche interessato dei templi Malatestiani di Rimini ed è stato un erudito e collezionista di bronzi e medaglie.

²⁹ Molto probabilmente si riferisce a Lazzaro Spallanzani.

a ricercare quelle specie di lumache che noi abbiamo nelle Campagne e nei luoghi intorno alla città: mi ricordo di averne vedute alcune degne d'esser considerate con attenzione. Ella dunque può venir sicuro che non mancherò di servirla e la supplico per le mie parti con suo amico: In questa settimana ho ricevuta una lunga lettera di quell'inglese mio compagno che VS III.ma conobbe tempo addietro, egli si terrà a Firenze e passerà tutto il rimanente di quest'anno in Italia. Se ha cosa particolare da raccomandarmi sarà sicura che mi troverà prontissimo ad ogni cenno, come sono di Vs. Stima

Napoli 7 luglio 1767

Domenico Cirillo

[5]

Sig.r mio Prone bssmo

Dopo un lunghissimo silenzio sarà ella sorpreso di vedersi venire una mia lettera da Venezia; ma l'esser io stato fuori di Napoli per un anno a cagione di profittare di quanto può apprendersi nella nostra professione così in Francia come in Inghilterra, m'ha impedito il piacere della sua corrispondenza. Mi permetterà ora di pregarla di un favore, cioè di voler inviare a Venezia qualche quantità dell'Arena o sia sedimenti di Rimino³⁰ dove si trovano tutte le pro-

³⁰ “Sabbia o'rena del Litorale Riminese, sedimento maris ad litus Arimini” (J. PLANCO, *De Conchis* cit.). “In questa sabbia Planco descrisse i Corni di Ammone. Questo studio ebbe origine in Bologna nel 1730, per opera di Jacopo Bartolomeo Beccari, il quale, ricercando argomenti per provare l'origine marina delle sabbie gialle delle colli bolognesi, scoperse in esse gran numero di conchigliuzze che riferì a piccoli corni di Ammone; seguì Jano Planco (1739) che trovò molte e

duzioni marine così bene illustrate nel suo libro *De Conchis*: questo servirà per un Sig.re Inglese d'altissimo rango, il quale desidera avere la maggior quantità possibile per uso della sua raccolta. Potrà ella indirizzarla al nostro comune amico il S.r Cav.re Symonds dal S.r Ricci³¹ incaricato degli Affari d'Inghilterra a Venezia. La mia dimora in questa città sarà brevissima, dovendo tornare a Napoli tra pochi giorni; e se ella vorrà impiegarmi in servirla l'assicuro che mi troverà prontissimo a ogni cenno, mentre nella sua buone grazia raccomandandomi, certo

Di Vs. Stima

Domenico Cirillo

Venezia 22 aprile 1770

[5]

S(i)r

svariate forme di tali conchiglie nelle arene del lido di Rimini; ed altri parecchi fra i quali Ferdinando Bassi in Bologna, il quale (1757) fece accurate sezioni delle forme trovate. Ambrogio Soldani con le sue Osservazioni sulle terre nautiliche ed ammonitiche della Toscana (1780) e con l'opera colossale *Testaceographia ac Zoophilographia parva et microscopica* (1789-98) diede il primo grande impulso a questo ramo di scienza. Da Soldani, conviene giungere sino a Michelotti (1811) e Oronzo Gabriele Costa (1855) per trovare chi siasi occupato dei foraminiferi. Seguirono il Meneghini, il Silvestri, il Seguenza, il Terrigi ed il Fornasioi": G. CAPELLINI, *Cenno storico intorno allo studio dei foraminiferi microscopici in Italia*, "Rendiconto delle sessioni dell'Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna", 1888-1889.

³¹ Allo stato attuale delle ricerche, la persona nominata dovrebbe appartenere alla famiglia Ricci o Rizzi, una delle casate più influenti della vita veneziana di quel tempo.

I am obliged to D.r Cirilli for giving me an opportunity to thank you for the Civilihis you sheved to Mr Berens³², who desired me, if evered she see you, or write to you, to give you his sincere thanks. Is holiness has distinguish had you; and indeed I am persuaded, that everything that his holyness has done since his Assumption, does him great Honour.

I am, Sr. with great gratitude
Your much obliged
Humble servant
J. Symonds

Venice April 22
1770

P.S. Se non fosse incomodo al s.r Dr. Bianchi si desiderebbe avere due o tre libbre del mentovato sedimento in una scatola il più presto che potrà.

Traduzione

³² Reinhold Berens (1745-1823). Fratello del più noto Johann Christoph (1729-1782), fu uno dei massimi esponenti dell'Illuminismo tedesco. Nato a Riga, attuale Lettonia, da una delle famiglie più influenti della città, nel 1770 si laureò a Göttingen con una tesi in botanica. Svolse l'attività di medico a Riga, Omsk e Mosca, dove collaborò alla fondazione del primo zuccherificio. Raccolse importanti collezioni botaniche e mineralogiche: cfr. N. MERKER, *L'illuminismo tedesco*, Laterza, Bari 1968, p. 525 n.

Signore

Io sono obbligato al dott. Cirilli per avermi presentato l'opportunità di ringraziarvi della cortesia che voi dimostraste al Sig. Berrens, il quale ha desiderato da me ciò io dimostri a voi, oppure che io scriva a voi, per rendervi le sue sincere grazie. Io cordialmente mi congratulo con voi della maniera colla quale sua Santità³³ v'ha destinato, e per verità io son persuaso, che qualunque cosa che ha fatta sua Santità dopo la sua Assunzione faccia a Lui un grande onore.

Venezia 22 Aprile 1770

Io sono Signore con Molta Gratitudine
Vostro Molto Obbligato
Umile servitore
Gio: Symonds

³³ Si riferisce alla nomina di “archiatro pontificio onorario” nel 1769 da parte di papa Clemente XIV, che da anni conosceva il Bianchi; la carica gli fu riconfermata dal successore Pio VI.

Pandemie tra passato e presente. Assonanze o anticipazioni?

Irma Naso

Università degli Studi di Torino (irma.naso@unito.it)

Riassunto

L'attuale pandemia da coronavirus (SARS-COV-2) svela alcune analogie con le epidemie del passato, escludendo ovviamente gli aspetti strettamente scientifici, che non sono neppure lontanamente paragonabili. In particolare alcuni parallelismi si riscontrano con la terribile Peste Nera e con gli episodi epidemici successivi. In questa prospettiva vengono analizzati i seguenti aspetti: le misure messe in atto dalle istituzioni pubbliche per contrastare la diffusione del contagio; la nascita e l'evoluzione delle magistrature di sanità; l'introduzione della *bulleta sanitatis* (bolletta o bollettino di sanità), una certificazione sanitaria obbligatoria per circolare liberamente e frequentare alcuni locali pubblici al chiuso. Il discorso si riferisce all'Italia del Nord, con esempi tratti soprattutto da fonti archivistiche relative al Piemonte, collocabili tra la metà del secolo XIV e la fine del XV.

Summary

The current coronavirus pandemic (SARS-COV-2) shows some similarities with past pandemics: it is obvious that the scientific aspects must be excluded, being absolutely incomparable. In particular, some correspondences are found with the terrible Black Death and with the subsequent epidemic events. In this

perspective, the following aspects are examined: the measures implemented by public institutions to limit the spread of contagion; the birth and evolution of health commissions; the introduction of health pass (*bulleta sanitatis*) to move freely from one place to another and to enter some public places indoors. The essay concerns Northern Italy, with examples taken especially from archival sources of Piedmont, dated between the middle of the fourteenth century and the end of the fifteenth century.

Parole chiave: pandemie, medioevo, Italia, Peste Nera, magistrature di sanità, certificazione sanitaria

Keywords: pandemics, Middle Ages, Italy, Black Death, health commissions, health pass

L'attuale pandemia di Covid-19 ha rianimato la riflessione intorno alle grandi pestilenze del passato, generando un notevole impatto mediatico e una rinnovata vitalità della produzione editoriale sul tema, anche dal punto di vista storiografico. Al centro dell'attenzione è in particolare la cosiddetta "peste nera", quella tragedia sanitaria esplosa a metà Trecento che sconvolse l'intero mondo occidentale e ne ridusse drasticamente la popolazione¹. Fu

¹ Il panorama degli studi sul tema è talmente ampio da scoraggiare qualsiasi tentativo di darne conto. A parte gli studi relativi a singole aree geopolitiche e le grandi sintesi, anche in prospettiva diacronica (le più numerose), e considerando unicamente l'età medievale, meriterà citare almeno alcuni tra i principali saggi pubblicati più recentemente, che affrontano aspetti diversi - talora inediti - delle pestilenze: D. JACQUART, *La perception par les contemporains de la peste de 1348*, in *L'homme face aux calamités naturelles dans l'Antiquité et au Moyen Âge*, Actes [du 16^{ème} Colloque de la Villa Kérylos (Beaulieu-sur-Mer, 14-15 octobre 2005)], éd. J. JOUANNA, J. LECLANT, M. ZINK, Académie des Inscriptions et Belles-Lettres - Diffusion de Boccard, Paris 2006, pp. 237-248; A. GAR-

un evento epocale di intensità ed estensione dalle proporzioni catastrofiche con esiti indubbiamente devastanti, accompagnati da profonde e interessanti trasformazioni strutturali che interessarono la sfera economica, sociale, culturale e anche politica². Una pandemia che – evolvendo poi in forma endemica – inaugurò un’era di epidemie ricorrenti, più o meno estese anche se non meno virulente, che l’Europa dovette affrontare per oltre tre secoli, con qualche rigurgito fino all’Ottocento. A tale proposito non sarà superfluo considerare come numerosi scienziati oggi sostengano che lo scenario più probabile nell’evoluzione della pandemia ancora in corso sia di stabilizzarsi con caratteristiche di malattia endemica.

Il tema delle epidemie ‘storiche’ è enormemente vasto e potrebbe essere declinato secondo linee interpretative e impostazioni metodologiche differenti: tuttavia gli studi di chi scrive, risa-

ZA BORDERON, *Les mesures prophylactiques dans les traités sur la peste au Moyen Âge et au début de l’époque moderne*, Université de Bordeaux, Bordeaux 2013; I. BARBIERA, M. CASTIGLIONE, G. DALLA ZUANNA, *La mortalità ai tempi della peste nera. Indagine paleodemografica dell’Italia di XIV secolo*, “Archeologia medievale”, vol. 43, 2016, pp. 33-40; *Death in Medieval Europe: Death Scripted and Death Choreographed*, ed. J. ROLLO-KOSTER, Routledge, London 2016; P. TOUBERT, *La Peste noir (1348) entre histoire et biologie moléculaire*, in *Apprendere ciò che vive. Studi offerti a Raffaele Licinio*, a cura di V. RIVERA MAGOS, F. VIOLANTE, Edipuglia, Bari 2017, pp. 527-538 (già “Journal des Savants”, 2016, pp. 17-31); da ultimo M.P. ZANOBONI, *La vita al tempo della peste. Misure restrittive, quarantena, crisi economica*, Jouvence, Milano 2020 (con sezioni bibliografiche aggiornate in cui sono rintracciabili molti altri titoli). Meritano di essere considerati anche i seguenti contributi di sintesi, sempre validi ancorché non recentissimi: G. CHERUBINI, *La peste nera: l’accertamento storiografico*, in *La peste nera: dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Atti del XXX Convegno storico internazionale (Todi, 10-13 ottobre 1993), Centro Italiano di Studi sull’Alto Medioevo-Fondazione CISAM, Spoleto 1994, pp. 383-402; J. ARRIZABALAGA VALBUENA, *Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa Bajomedieval y Moderna*, “Anales de la Universidad de Alicante. Historia moderna”, vol. 17, 1998-99, pp. 11-20.

² Cfr. *The Black Death and the Transformation of the West*, ed. D. HERLIHY, S.K. COHN, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1997.

lenti a non pochi anni fa, conducono in particolare agli ultimi secoli del medioevo e all'Italia centro-settentrionale, con un *focus* sul Piemonte³.

Chi possieda qualche conoscenza storica dei principali aspetti con cui si manifestarono le più drammatiche pestilenze del passato, e dei sistemi per affrontarle dall'epoca tardomedievale in poi, durante i drammatici mesi del picco pandemico avrà senz'altro avuto in più occasioni l'impressione del *dejà-vu*. Il ciclone sanitario – che lascia tuttora aperti diversi interrogativi alimentando molte incertezze – soprattutto nel primo periodo ha offerto diverse occasioni per ripensare a situazioni ed esperienze non troppo dissimili del passato. Limitando per ora il riferimento ad alcuni tra i più evidenti parallelismi (di altri parleremo in dettaglio più oltre), basti pensare ai seguenti aspetti: le difficoltà e l'impegno del potere pubblico nell'elaborare strategie atte a fronteggiare quel “nemico invisibile”⁴, giunto dal Levante a bordo di qualche galea tra il 1347 e il 1348; i comportamenti collettivi e le ricadute emotive sulla popolazione con i relativi rimedi personali per resi-

³ Tra la fine degli anni settanta e i primi anni novanta del secolo scorso il tema delle epidemie durante il tardo medioevo ha orientato uno dei miei principali indirizzi di ricerca, fondato sull'analisi di fonti inedite fino ad allora assai poco praticate. Il presente contributo rimanda innanzitutto alle pubblicazioni riferite in particolare al Piemonte tardomedievale: *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani durante le crisi epidemiche del XIV e del XV secolo*, in A.M. NADA PATRONE, I. NASO, *Le epidemie del tardo Medioevo nell'area pedemontana*, Centro Studi Piemontesi, Torino 1978, pp. 85-130; *Medici e strutture sanitarie nella società tardomedievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Franco Angeli/Storia, Milano 1982, specie pp. 56-82; *Atteggiamenti mentali, reazioni emotive e modelli di comportamento durante le pestilenze dell'ultimo Medioevo*, “Sanità, scienza e storia”, 2, 1987, pp. 73-96; *Les hommes et les épidémies dans l'Italie de la fin du Moyen Âge : les réactions et le moyens de défense entre peur et méfiance*, in *Maladies et société, XII^e-XVIII^e siècles*, Actes du Colloque de Bielefeld (novembre 1986), éd. N. BULST, R. DELORT, CNRS Editions, Paris 1989, pp. 307-326.

⁴ L'espressione virgolettata si deve a C.M. CIPOLLA, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Il Mulino, Bologna 1995.

stere alla paura e all'angoscia; l'impotenza degli stessi medici nell'individuare risposte ritenute idonee ad attenuare la virulenza di una malattia sconosciuta, caratterizzata da una inedita rapidità di propagazione⁵; il proliferare di scritti "scientifici" e la ricerca dell'origine e delle dinamiche della malattia, ma anche dei possibili mezzi di difesa individuali e collettivi, sempre rintracciati ovviamente nell'ambito del paradigma ippocratico-galenico sul quale si fondava il sapere medico di quel tempo.

“Super preservando de morbo pestifero”. Governare la pandemia

Se rimane incerta l'eziologia della peste di Atene descritta da Tuciddide (V secolo a.C.) e anche quella del morbo pestifero che si verificò al tempo di Giustiniano (VI secolo d.C.), così come di altre epidemie meno invasive dell'antichità e dell'alto medioevo, è noto ormai che l'agente patogeno della peste nera – almeno nella maggior parte dei Paesi europei – fu certamente *Yersinia pestis*⁶: il bacillo, all'epoca e per lungo tempo ignoto, apparve subi-

⁵ All'epoca la peste era considerata una malattia incurabile, anche se i medici non esitavano a dispensare consigli di igiene preventiva e rimedi “terapeutici” a base di erbe, sostanze di derivazione animale e minerale secondo la farmacologia del tempo, ma anche soluzioni al limite della superstizione, come indossare amuleti di varia natura o recitare formule magiche: il tema è affrontato in F. VIDAL, *Prophylaxie et thérapie de la peste au Moyen Âge*, Université de Lyon, Lyon 1995.

⁶ Cenni al dibattito sull'argomento in I. NASO, *Individuazione diagnostica della “peste nera”. Cultura medica e aspetti clinici*, in *La peste nera: dati di una realtà cit.*, pp. 349-381. Un punto fermo sul problema della identità delle “piaghe storiche”, dalla peste nera alle epidemie successive che devastarono l'Occidente europeo almeno fino al XVIII secolo, è rappresentato dal volume miscelaneo *Pestilential Complexities: Understanding Medieval Plague*, ed. V. NUTTON, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine, London 2008 (“Medical History”, vol. 52, Supplement n. 27); si veda soprattutto il contributo di S.K. COHN, *Epidemiology of the Black Death and Successive Waves of Plague*, ivi, pp. 74-100.

to invincibile. Si innescò così, a partire dalla fine del 1347, il primo disastroso evento pandemico esteso all'intero Occidente europeo⁷. Dalla Sicilia, e forse anche da Genova, quel flagello al quale nessuno era preparato – non le istituzioni né i medici e ancor meno la popolazione – transitò via via verso le aree settentrionali del Continente raggiungendo l'estremo Nord nel 1350: per ripresentarsi ciclicamente fino all'età moderna avanzata, con ondate successive, anche ravvicinate e talora di eccezionale gravità (tra le altre, la peste milanese del 1630 di manzoniana memoria).

Limitando il discorso alla situazione italiana, le cronache riferiscono le prime notizie sull'esplosione di quel terribile contagio alla fine degli anni quaranta del secolo XIV, rimarcandone da subito la inedita aggressività e la palese rapidità di propagazione⁸. Secondo le conoscenze dottrinali del tempo, la contagiosità era attribuita non tanto al contatto interumano quanto piuttosto alla via miasmatica, vale a dire alla “corruzione dell'aria”⁹, per quanto non manchino indicazioni sulla possibilità di ammalarsi anche in seguito al contatto con oggetti ‘infetti’¹⁰. I più risalenti trattati medici *De peste*, inaugurando un genere scientifico-letterario che ebbe largo successo e lunga fortuna, raccomandano di non frequentare luoghi malsani ma consigliano anche – sulla base

⁷ In particolare si rinvia a C. URSO, *La peste nera nel secolo XIV: un caso medievale di 'rischio globale'*, in *Il lato oscuro della modernità*, a cura di F.A.M. CARUSO, Bonanno Editore, Acireale 2010, pp. 11-20.

⁸ Si veda I. TUFANO, *La peste del 1348 nelle cronache italiane*, “Rassegna europea di letteratura italiana”, vol. 24, 2004, pp. 33-46.

⁹ Sulla teoria miasmatica: J. DUCOS, *L'air corrompu dans les traités de peste, in Air, miasmes et contagion. Les épidémies dans l'Antiquité et au Moyen Âge*, éd. S. BAZIN-TACCHELLA, D. QUERUEL, É. SAMAMA, Guéniot Editeur, Langres 2001, pp. 87-104.

¹⁰ “Le case rimanevano aperte, e non era ardito persona di toccare nulla, che pareva che le cose rimanessero avvelenate, che chi le usava gli s'appiccava il male.” (MARCHIONNE DI COPPO STEFANI, *Cronaca fiorentina*, 1348, rubr. 634; si segnala la ristampa recente *Cronaca fiorentina di Marchionne di Coppo Stefani*, a cura di N. RODOLICO, Firenze Libri, Firenze 2008).

dell'osservazione e dell'esperienza empirica – di evitare i contatti con le persone infette: monito che del resto ritroveremo applicato nelle misure sanitarie adottate dai poteri pubblici. La scienza moderna, evidenziando il ruolo dei ratti e delle loro pulci nella trasmissione della forma bubbonica¹¹, ha poi reso più articolato il discorso tradizionale sulla eziologia e sulla trasmissibilità dell'infezione.

Fonti narrative e atti pubblici, che attestano l'ampia circolazione della peste con il suo pesante carico di morti e nessuna certezza sugli strumenti da adottare per limitarne le conseguenze nefaste, mostrano l'iniziale smarrimento dei pubblici poteri, sia a livello centrale, sia in ambito locale. Confusione e sconcerto regnavano anche tra gli stessi medici. I luminari della Facoltà medica di Parigi, consultati nel 1350 dal re di Francia sulle origini del misterioso morbo, forniscono spiegazioni generiche e confuse che svelano tutte le loro perplessità: “La causa lontana e primaria di questa peste è stata ed è ancora qualche costellazione celeste [...] e questa congiunzione, assieme ad altre congiunzioni ed eclissi causa reale della mortifera corruzione dell'aria che ci circonda, è presaga di morte e carestia”¹².

Subito dopo la prima fase pandemica di metà Trecento, le civiche amministrazioni si trovarono a dover affrontare periodicamente altre ondate, assai spesso senza avere ancora elaborato ri-

¹¹ Cfr. J. BROSSOLLET, H. MOLLARET, *Pourquoi la peste? Le rat, la puce et le bubon*, Gallimard, Paris 1994. Incentrato sui processi di trasmissione, con riguardo prevalentemente alle epidemie di età contemporanea in aree extraeuropee, è il volume di F. AUDOIN-ROUZEAU, *Les chemins de la peste. Le rat, la puce et l'homme*, Press Universitaire de Rennes, Rennes 2003 (ora disponibile nella nuova versione online <http://books.openedition.org/pur/8382>). Si veda però anche G.W. DAMERON, *Identificazione di un killer: recenti scoperte scientifiche e storiche sulla natura della peste nera*, in *Boccaccio 1313-2013*, a cura di F. CIABATTONI, E. FILOSA, K.M. OLSON, Longo Editore, Ravenna 2015, pp. 57-70.

¹² Citazione in J. DELUMEAU, *La paura in Occidente (secoli XIV-XVIII). La città assediata*, SEI, Torino 1979, p. 197. Una simile opinione era ancora condivisa dalla maggior parte dei medici nel corso del secolo XVII (*ibidem*).

sposte pianificate e senza disporre di strutture adeguate, mentre lo stato di crisi imponeva di varare al più presto misure “ad conservationem sanitatis”. Fu proprio in seguito ai cicli epidemici successivi che si andarono definendo più articolate norme di sanità pubblica, alcune emergenziali, altre preventive: le quali vennero nel tempo in parte perfezionate e integrate, anche se – almeno fino a inizio Cinquecento – risentirono ancora di una certa improvvisazione e di una programmazione inadeguata.

Nelle città italiane di tradizione comunale, concentrate nel Centro-Nord della Penisola, le autorità politiche emanarono – come vedremo – ordinanze antiepidemiche in anticipo rispetto ad altre parti d’Europa, mettendo in luce il precoce intervento dello “Stato” in materia di sanità pubblica e, più in generale, la sua presenza nella vita della popolazione. Il tema riguardante le numerose ordinanze “super preservando de morbo pestifero” – con le diverse specificità locali – è senz’altro tra i più ampiamente praticati nella storia delle epidemie di età premoderna, per cui sarà superfluo riproporne i dettagli in questa sede. Converrà tuttavia ricordare che tra le regole imposte con maggior frequenza per contenere la diffusione del contagio compare in primo luogo l’ordine di isolare malati e presunti tali. Infetti e sospetti – come si legge nei verbali delle sedute di molti consigli civici – venivano letteralmente rinchiusi all’interno delle loro case oppure confinati in appositi luoghi fuori le mura, quali erano i lazzaretti, allestiti un po’ dovunque almeno a partire dal primo Quattrocento¹³.

Intanto, soprattutto in Italia, si andava realizzando un generale e progressivo rafforzamento della organizzazione sanitaria, con ordinanze via via più puntuali e più ampiamente diffuse, sulle quali ritorneremo più oltre. Sarà opportuno in ogni caso anticipare che

¹³ Inizialmente i lazzaretti - che nella loro definizione ricordano le strutture destinate ai malati di san Lazzaro, i lebbrosi - consistevano per lo più in costruzioni precarie ubicate in luoghi isolati, al di fuori dei centri abitati, ma dal primo Quattrocento nelle principali città italiane furono edificate costruzioni permanenti più organizzate (ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 57-58).

la storiografia sul tema si sofferma per lo più sui grandi centri urbani, per i quali disponiamo di una più ampia tipologia di fonti, anche più facilmente reperibili¹⁴. Sappiamo tuttavia che la lotta alle epidemie interessò altresì comunità minori e insediamenti rurali, come hanno dimostrato da tempo i risultati di ricerche capillari condotte anche da chi scrive negli archivi comunali del Piemonte tardomedievale, compresi quelli di piccoli o piccolissimi villaggi. Un territorio, quello piemontese, che pur non essendo tra i più economicamente attivi, di fronte agli eventi epidemici seppe individuare risposte adeguate, non così difformi né troppo tardive rispetto a quelle attestate per aree ben più dinamiche sotto il profilo produttivo e commerciale¹⁵. La responsabilità di elaborare strategie per il contenimento e la prevenzione del contagio, almeno fino al tardo Cinquecento, di fatto toccò ai governi locali che, in assenza di direttive emanate dal potere centrale, agivano in autonomia e in ordine sparso senza alcuna forma di coordinamento. I conti, poi duchi di Savoia, signori di gran parte del Piemonte tra alterne vicende nei secoli finali del medioevo, si mostrarono in notevole ritardo sui problemi di sanità pubblica nei confronti di altre signorie dell'Italia centro-settentrionale; e per lungo tempo non si curarono di disegnare un progetto sanitario realmente efficiente che potesse prospettare una gestione "statale" degli eventi epidemici¹⁶.

¹⁴ Per un agile profilo sul tema si può consultare il seguente saggio, abbastanza datato ma comunque non trascurabile: A.G. CARMICHAEL, *Plague Legislation in the Italian Renaissance*, "Bulletin of the History of Medicine", vol. 57, 1983, pp. 508-525.

¹⁵ V. sopra nota 3 e oltre, testo corrispondente alle note 26-29.

¹⁶ Se il duca di Savoia Amedeo VIII nel 1430 aveva imposto l'obbligo della laurea per l'esercizio dell'attività medico-chirurgica, soltanto più di un secolo dopo Emanuele Filiberto promosse una "riforma sanitaria" che istituiva una sorta di magistratura di sanità permanente in capo alla figura del protomedico di corte di nomina ducale, la più alta autorità sanitaria dello Stato. cui furono assegnate varie funzioni nell'ambito della regolamentazione della professione medica. Un ritardo, quello sulla politica sanitaria, ammesso dallo stesso duca e giustificato con l'esigenza di dare priorità alle questioni di ordine pubblico e

Le misure comunque adottate durante la peste di metà Trecento e in occasione delle ondate a seguire, presentano alcuni tratti simili a quelli che abbiamo ritrovato recentemente e che stiamo ancora vivendo: l'impulso a interpretarli come indizi precursori di processi che accomunano quel passato ai giorni nostri nasce dunque spontaneo. Non possiamo però negare che tra la situazione dei secoli trascorsi e lo scenario drammatico che il mondo intero ha vissuto nell'*annus horribilis*, a partire dai primi affannosi mesi della pandemia, si riscontrano diverse affinità: la ricerca delle origini dell'infezione; l'iniziale senso di impotenza della medicina; le reazioni individuali e collettive; la risposta all'emergenza epidemiologica da parte delle istituzioni pubbliche. Vi ritroviamo analogie anche nello stesso lessico¹⁷, che si esprime con parole chiave evocative di concetti e decisioni a noi attualmente familiari: quarantena, coprifuoco, comitati sanitari, limitazioni alla mobilità e altre misure restrittive, per giungere alla recente "certificazione verde" o comunque la si voglia chiamare; senza dimenticare le sperimentazioni, i fallimenti e gli aggiustamenti *in itinere* di ieri e di oggi. Richiamare scelte e soluzioni del passato in relazione al nostro tempo, e riscontrarne i segni embrionali di un "piano operativo pandemico", potrebbe rappresentare una lettura forse arbitraria, facilmente tacciabile di anacronismo; ma è innegabile che si manifestino corrispondenze tutt'altro che banali, fatto salvo – sarebbe superfluo esplicitarlo – il ben diverso contesto culturale, sociale, economico, antropologico, trattandosi di epoche storiche assolutamente non comparabili tra loro.

Tra le tante simmetrie che si riscontrano nelle misure sanitarie predisposte più o meno confusamente, e occasionalmente, specie nelle fasi di esordio delle epidemie, a partire dalla peste nera per attraversare la catastrofica spagnola, l'influenza "suina" e le altre

all'organizzazione militare (A.M. NADA PATRONE, *Un problema aperto: le crisi di mortalità fra Trecento e Quattrocento nel Piemonte sabauda*, in EAD., NASO, *Le epidemie del tardo Medioevo nell'area pedemontana* cit., pp. 58-59).

¹⁷ Cfr. A.G. CARMICHAEL, *Universal and Particular: The Language of Plague, 1348-1500*, in *Pestilential Complexities* cit., pp. 17-52.

fino alla nostra vicenda pandemica, alcune appaiono particolarmente interessanti in quanto configurano scelte innovative, senza precedenti in età premoderna, che nei secoli a venire sarebbero state condivise e codificate dalla epidemiologia ufficiale. Vedremo come si tratti, da un lato, delle magistrature di sanità “pro evitando morbum” e, dall’altro, della certificazione sanitaria richiesta per potersi spostare legalmente sul territorio: strumenti per razionalizzare e gestire al meglio interventi volti ad arginare il contagio; strumenti che furono introdotti abbastanza precocemente soprattutto nelle città dell’Italia del Nord, dove ne troviamo traccia già durante le ricorrenti manifestazioni epidemiche del secondo Trecento.

Magistrature di sanità: un passo avanti nella lotta alle epidemie

Durante le ondate immediatamente successive alla pandemia di metà Trecento, in Italia, è già segnalata localmente l’azione di magistrature sanitarie apposite, specificamente incaricate di disporre e mettere in atto le necessarie misure per contrastare la diffusione del contagio¹⁸. Erano commissioni speciali costituite da un numero variabile di funzionari, designati dalle assemblee rappresentative municipali, ovvero dai consigli civici, in cui sedevano – come è noto – esponenti delle principali famiglie del luogo: le quali non di rado esprimevano questi ‘consulenti’ sanitari al loro interno. Definiti nella documentazione dell’epoca con diversi appellativi (*provisores sanitatis*, *officiales sanitatis*, *commissarii sanitatis*, *gubernatores sanitatis*, *deputati sanitatis*), essi godeva-

¹⁸ C.M. CIPOLLA, *Origine e sviluppo degli uffici di sanità in Italia*, “Annales Cisalpinnes d’Histoire Sociale”, ser. I, IV, 1973, pp. 83-101 (ripubblicato in ID., *Le tre rivoluzioni e altri saggi di storia economica e sociale*, Il Mulino, Bologna 1989, pp. 243-262).

no di ampi poteri decisionali e di una retribuzione a carico dell'erario.

Sebbene l'istituzione degli uffici di sanità abbia rappresentato indubbiamente un decisivo passo avanti nella lotta alle epidemie, in quanto avrebbe dovuto consentire decisioni più rapide e una più tempestiva attuazione dei relativi interventi, inizialmente l'efficacia del loro intervento risultò in parte compromessa, sia dall'essere insediate tardivamente, a infezione ormai conclamata, sia dalla durata limitata del mandato che si concludeva con la fine dell'episodio epidemico. Per tacere dell'assenza al loro interno di esperti professionisti della salute: ancora in piena età moderna, vi ritroviamo soltanto la rappresentanza isolata e saltuaria di qualche medico, la cui utilità forse veniva considerata superflua di fronte a scelte meramente politiche. Del resto va notato, per inciso, che i medici – soprattutto gli eminenti dottori – compaiono solo raramente tra i protagonisti concretamente impegnati in tempo di peste, quando a rischiare erano soprattutto chirurghi, barbieri ed 'esperti' di basso rango, non di rado attratti da un pubblico salario molto cospicuo¹⁹. È risaputo che all'apice di una epidemia molti medici si rifugiavano in zone sicure, anche se non tutti abbandonavano la città e l'attività professionale né – per quanto timorosi del contagio – rifiutavano il contatto con i malati di peste, specie nel caso di pazienti facoltosi²⁰.

Il ricorso a magistrature di sanità fu anticipato innanzitutto nelle principali città e nei più importanti centri urbani, e conobbe una vasta diffusione durante il secolo XV, quando la documentazione ne attesta sempre più frequentemente l'esistenza anche in

¹⁹ NASO, *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani* cit., pp. 107-112.

²⁰ Una nota di colore insolitamente realistica svela l'accademico torinese del primo Cinquecento, Pietro da Bairo, mentre fugge dalla casa di una nobildonna dopo averla assistita sul letto di morte e tenta una rapida igienizzazione delle mani sfregando le foglie di una pianta di basilico verde ("cum ocymo viridi") in un vaso poggiato sul davanzale di una finestra: PETRI BAYRI TAURINENSIS *De medendis humani corporis malis enchiridion, quod vulgo Veni mecum vocant, numquam antea in luce editum*, apud Petrum Pernam, Basileae 1560, p. 458.

comunità minori. Un ulteriore progresso, soprattutto nell'ambito della prevenzione sanitaria, si verificò con la transizione di tali magistrature da estemporanee a permanenti. Anche questa evoluzione interessò dapprima i più rilevanti poli commerciali e finanziari dell'Italia del Nord: a Venezia, Firenze, Milano, Genova, li ritroviamo con una certa continuità già in pieno Quattrocento²¹. Singolare è il caso del Provveditorato alla Sanità di Milano, dove dagli anni trenta del secolo XVI in poi risulta insediata una commissione sanitaria centrale assai articolata e con il coinvolgimento di personale medico, che funzionava attraverso una rete capillare di sedi periferiche²².

È evidente che la presenza continua sul territorio di una struttura di controllo – vera e propria autorità sanitaria locale – avrebbe potuto elaborare soluzioni più efficaci in funzione preventiva, intervenendo con maggiore tempestività. Diventati organismi strutturali, gli uffici di sanità non si limitavano più a imporre localmente provvedimenti emergenziali durante un'epidemia già in corso, ma potevano attivarsi in anticipo per scongiurare o almeno ritardare la diffusione del morbo nella zona di competenza. Al fine di intercettare i primi indizi di infezione nelle località vicine venivano vagliate le informazioni che giungevano mediante dispacci ufficiali più o meno riservati, ma anche attraverso 'voci' circolanti, più o meno attendibili e meritevoli di verifiche.

Le ampie prerogative di cui erano investiti i magistrati di sanità andavano inevitabilmente a interferire con la vita quotidiana della popolazione e in alcuni casi potevano imboccare una deriva dispotica. Giovanni Filippo Ingrassia, deputato alla sanità nella cit-

²¹ ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 52-57.

²² Per una analisi dettagliata sul tema della lotta alle epidemie in area lombarda, e segnatamente nel ducato di Milano, si può consultare G. ALBINI, *Guerra, fame, peste. Crisi di mortalità e sistema sanitario nella Lombardia tardo-medievale*, Cappelli, Bologna 1982, ma soprattutto M. NICLOUD, *Les médecins et l'Office de santé : Milan face à la peste*, in *Médecine et société. De l'Antiquité à nos jours*, Cahiers du GRHIS, 16, Publications de l'Université de Rouen et du Havre, Mont-Saint-Aignan 2005, pp. 49-74.

tà di Palermo durante la devastante epidemia del secondo Cinquecento, fece innalzare forche qua e là come monito per quanti fossero tentati di trasgredire le dure imposizioni sanitarie. Richiamando il rapporto del medico siciliano, *Informatione del pestifero et contagioso morbo...*²³, redatto nel 1576 al termine dell'epidemia, Maria Paola Zanoboni sintetizza la 'politica sanitaria' dettata dal protomedico di Sicilia, grazie al quale tuttavia la peste passò con un numero di morti assai ridotto rispetto ad altre aree della Penisola:

Ben consapevole che la malattia si trasmetteva per contagio, Ingrassia rafforzò i controlli alle porte della città sui movimenti di persone e merci [...]; ordinò il bando delle zone infette; il divieto assoluto di assembramento e di qualsiasi contatto sociale ravvicinato; ordinò la chiusura di taverne, locande, esercizi commerciali, scuole; proibì la vendita ambulante, la prostituzione, le veglie funebri, le processioni, le cerimonie religiose e le visite agli ammalati. Decretò che chi proveniva da località sospette dovesse portare un segno di riconoscimento; la pulizia delle strade e delle case; il trasferimento coatto degli appestati al lazzeretto e dei loro familiari in una struttura idonea, facendo chiudere le case infette e bruciarne le suppellettili. [...] Nel dicembre 1575, al momento del picco dell'epidemia, fu anche decretata la segregazione in casa per 20 giorni di donne e bambini inferiori a 10 anni, con la proibizione di frequentare i luoghi sacri e praticare i sacramenti²⁴.

Se è vero che la stabilizzazione delle magistrature sanitarie, e ancor prima la stessa diffusione della peste in Occidente, potrebbero avere suggerito l'importanza di emanare norme preventive più rigorose, riguardanti l'igiene urbana e l'adozione di precise norme sulla vendita di alimenti, va detto che l'impegno dei gruppi

²³ Palermo, appresso Giovan Mattheo Mayda, 1576. Per un'edizione recente del testo si segnala GIOVAN FILIPPO INGRASSIA, *Informatione del pestifero et contagioso morbo*, a cura di L. INGALISO, Franco Angeli, Milano 2005.

²⁴ ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., pp. 87-88.

dirigenti delle città italiane nell'ambito della salute pubblica è documentato già in epoca pre-pandemica, almeno a partire dal secondo Duecento, con disposizioni poi codificate nella legislazione locale: il riferimento è in particolare alla figura del medico 'condotto' con retribuzione a carico dell'erario²⁵.

Il ruolo degli ufficiali di sanità non si limitava a emettere ordinanze e varare decreti in tempo di peste, ma comportava una molteplicità di funzioni anche operative. In concreto, non appena venivano a conoscenza dei primi casi di mortalità in qualcuna delle comunità più prossime, essi predisponavano cordoni sanitari organizzando turni di guardia – su cui torneremo più diffusamente in seguito – presso le porte di accesso al centro abitato ancora immune o ritenuto tale; si curavano di reperire e reclutare d'urgenza medici o chirurghi 'straordinari' ben retribuiti, quando la città ne fosse stata completamente sprovvista essendosi resi latitanti molti *phisici* e *cerusici* per paura del contagio²⁶; registravano le denunce di malattia che dovevano essere inoltrate quotidianamente (se non due volte al giorno) dai medici incaricati, ma anche dai famigliari dei contagiati o dagli stessi infetti, entro ventiquattro ore dalla comparsa dei primi sintomi della malattia; dovevano inoltre cercare i becchini per l'interramento dei numerosi

²⁵ L'attenzione delle amministrazioni locali rispetto ai problemi sanitari risulta ancora più evidente dal primo Trecento in poi, quando i centri urbani e anche diverse comunità minori assegnavano ormai abbastanza regolarmente una condotta medica per fornire assistenza sanitaria alla popolazione. In seguito alla pandemia la legislazione locale ne indica una maggiore e più rigorosa diffusione, con un notevole incremento di regolamenti riguardanti l'igiene urbana e la prevenzione dei rischi alimentari mediante una dettagliata quanto severa normativa sulla vendita delle derrate più facilmente deperibili: NASO, *Medici e strutture sanitarie nella società tardomedievale* cit., p. 42 ss.; EAD., *Discours médical et sécurité alimentaire en Italie du centre-nord (XIII^e-XV^e siècles)*, in *Un aliment sain dans un corps sain. Perspectives historiques*, éd. F. ANDOUIN-ROUZEAU, F. SABBAN, Institut Européen d'Histoire de l'Alimentation-Presses Universitaires François Rabelais, Tours 2007, pp. 219-241.

²⁶ Così, ad esempio, a Vercelli nel novembre 1466 (ARCHIVIO COMUNALE DI VERCELLI, *Ordinati*, vol. 10, f. 22r-v).

cadaveri. Poteva rientrare tra le loro funzioni anche la ricerca di luoghi idonei all'isolamento degli appestati, provvedendo loro "de necessariis", ovvero del fabbisogno "necessario" ancorché dai contorni incerti²⁷. Senza dimenticare l'impegno a vigilare sull'attività dei notai, ai quali in tempo di *morbifica contagione* era imposto – verosimilmente come mezzo per localizzare e censire le persone affette da infermità *pestifere* – di richiedere uno speciale permesso per poter rogare i testamenti, che in tempo di peste erano in progressivo aumento e più frequentemente del solito dettati sul letto di morte.

La *bulleta sanitatis*: il documento per spostarsi in libertà e non solo

Tra le azioni intraprese nel tentativo, per lo più vano, di fermare o contenere la circolazione del contagio si segnala innanzitutto e precocemente il blocco degli spostamenti sul territorio, con particolare attenzione alle aree limitrofe interessate da focolai epidemici: e imponendo alla popolazione locale il divieto di recarsi "ad aliqua loca morbo suspecta". La documentazione del secondo Trecento attesta – già ne abbiamo accennato – come la dichiarazione di zone *off limits* facesse scattare cordoni sanitari, quarantene, coprifuoco, forme di isolamento e controlli vari, sanzioni e piani d'azione che in qualche misura evocano quelli del presente. Si trattava di provvedimenti coercitivi non sempre coerenti né tanto meno organizzati che, limitando la mobilità delle persone da e verso le zone ormai colpite dall'epidemia o sospettate di esserlo, pregiudicavano di conseguenza i traffici commerciali con le inevitabili ricadute negative sull'economia locale. Già diversi secoli fa le misure adottate dai responsabili dei governi cittadini per ridurre l'elevato tasso di infezione e contenere la trasmissione del

²⁷ ARCHIVIO DI STATO DI TORINO, *Provincia di Asti*, marzo 4 bis, n. 2, 20 settembre 1450.

contagio erano dunque il risultato di un compromesso tra ragioni sanitarie e ragioni di natura economico-finanziaria: la necessità di interrompere le relazioni con i territori notoriamente sede di focolai epidemici (*suspecti morbi*) doveva infatti tenere in considerazione – allora come oggi – il rischio concreto di danneggiare l’economia locale, con l’introduzione di cordoni sanitari, quarantene, forme di isolamento. Senza considerare che le misure anti-contagio erano spesso adottate in ritardo, nell’intento di occultare finché possibile all’opinione pubblica la consapevolezza della criticità della situazione²⁸, allo scopo di evitare il panico tra la popolazione con le conseguenze facilmente immaginabili²⁹. D’altra parte sappiamo che la politica sanitaria è sempre il risultato di una serie di compromessi, incluso quello non secondario in pieno contagio, che prevedeva l’accordo *de facto* tra potere civile e autorità ecclesiastica locale: un’intesa in base alla quale si tolleravano e addirittura si promuovevano riti religiosi collettivi per invocare il soccorso divino contro le epidemie, senza tenere conto dei connessi assembramenti che pure erano considerati a rischio.

Nelle località ancora immuni dall’epidemia o ritenute tali, al fine di impedire l’arrivo di quanti provenissero *de locis morbosis*, l’antica cerchia muraria diventava una vera e propria “frontiera”, con le porte di accesso presidiate dai *custodes portarum*, guardie

²⁸ L’ammissione ritardata della presenza di un focolaio epidemico *in loco* doveva essere ovunque abbastanza frequente: cfr. J.-N. BIRABEN, *Conséquences économiques des mesures sanitaires contre la peste du Moyen Âge au XVIII^e siècle*, “Annales cisalpinnes d’Histoire sociale”, 4, 1973, pp. 49-61. Del medesimo autore si consideri inoltre la importante sintesi *Les hommes et la peste en France et dans les Pays européens et méditerranéens*, I. *La peste dans l’histoire*, II. *Les hommes face à la peste*, Mouton, Paris-La Haie 1975-1976.

²⁹ NASO, *Atteggiamenti mentali, reazioni emotive e modelli di comportamento* cit., pp. 73-96. Il comportamento collettivo durante le epidemie del passato, con specifico riferimento alla pandemia di metà Trecento, è tema centrale nel recente lavoro di K. BERGDOLT, *La grande pandemia. Come la peste nera generò il mondo nuovo*, trad. it., Libreria Pienogiorno, Milano 2020. Sulla tipologia delle “paure” nel medioevo si può fare riferimento a C. FRUGONI, *Paure medievali. Epidemie, prodigi, fine del tempo*, Il Mulino, Bologna 2020.

armate di nomina municipale, cui competevano le procedure di controllo. La vigilanza ai varchi era attiva durante il giorno, vale a dire durante le ore di luce, mentre – come è noto – nelle città medievali di notte le porte venivano regolarmente chiuse per lasciare spazio al coprifuoco. Nel rispetto delle funzioni loro attribuite in materia di *custodia morbi*, gli agenti di guardia, in quanto pubblici ufficiali, dotati di una certa discrezionalità, avrebbero dovuto autorizzare il passaggio soltanto a coloro che dichiarasse sotto giuramento di non essere transitati in luoghi colpiti dalla peste nell'ultimo periodo (indicativamente 30-40 giorni), segnalandone subito l'arrivo alle autorità locali. È evidente che l'autodichiarazione si fondava sulla presunta onestà del dichiarante, con le comprensibili incognite che ciò avrebbe implicato in termini di attendibilità e sicurezza. Non sappiamo peraltro quanto potesse rappresentare un deterrente la sanzione molto pesante, di ben 50 lire, in caso di dichiarazione mendace. Incertezze che rappresentavano indubbiamente un limite nella campagna antiepidemica e che, insieme a vari altri aspetti desumibili dalla documentazione coeva, pongono interrogativi sull'efficacia delle misure restrittive: esenzioni e privilegi non meglio precisati in deroga alla legislazione vigente aprivano prevedibili canali di trasmissione alle epidemie, anche considerando – come lasciano trasparire le fonti archivistiche – l'eventualità di un certo numero di clandestini che riuscivano a superare i posti di blocco sottraendosi ai controlli.

Il ruolo delle guardie di presidio alle porte urbane viene meglio definito e potenziato nel corso del secolo XV, quando compare un po' ovunque e si consolida un nuovo strumento di controllo della mobilità sul territorio, imposto sempre più frequentemente per potersi spostare da un luogo a un altro, al fine di contenere la diffusione del morbo pestilenziale. Si tratta della *bulleta sanitatis* o *bulletinus pro evitando morbum*, un documento ufficiale basato sul presunto stato di salute di quanti denunciassero la propria provenienza da luoghi non contagiati. Nelle fonti quattrocentesche questa specie di passaporto sanitario, che consentiva un al-

lentamento della limitazione agli spostamenti, risulta sempre più spesso indispensabile per circolare liberamente. Le disposizioni che introducono l'obbligo di possedere la bolletta per poter viaggiare, fanno talora riferimento a gruppi specifici di viaggiatori, quali i pellegrini e soprattutto i mercanti: indice, quest'ultimo, che conferma l'attenzione da parte dei poteri pubblici per la tutela delle relazioni commerciali, senza trascurare in ogni caso l'obiettivo più immediatamente pragmatico di assicurare alla popolazione continuità nell'approvvigionamento di vettovaglie e non solo, anche in periodi di emergenza sanitaria.

La bolletta di sanità era necessaria non solo per entrare nelle grandi città; regole analoghe vigevano anche per i piccoli centri di campagna, come segnalano tra l'altro alcune fonti piemontesi. Un esempio per tutti si trae da una delibera del consiglio municipale di un modesto villaggio rurale ubicato nella campagna tra Torinese e Cuneese sullo scorcio del Quattrocento: con interessanti dettagli vengono precisate le funzioni delle guardie "pro custodia morbi", attribuendo loro l'incarico di verificare la validità e regolarità delle bollette esibite da quanti intendessero entrare nello spazio interno alle mura, compresi coloro che avevano trascorso fuori città anche soltanto una notte³⁰. Sebbene l'obbligo della *bulleta* fosse imposto innanzitutto ai forestieri, non manca-

³⁰ ARCHIVIO COMUNALE DI CARAMAGNA PIEMONTE, *Ordinati*, vol. 4, f. 164r, 16 aprile 1493: "In quo quidem consilio, in quo erant magis de duobus partibus consiliariorum eiusdem loci [Caramanie] et nemine discrepante, fuit ordinatum levare unum hominem et ipsum deputari ad custodiam pusterne de die et unum alium ad custodiam porte nove tam pro custodia morbi quam pro custodia inimicorum; et fuit levatus egregius Petrus Grossi qui stare debeat ad pusternam de die et stare ab apertura porte usque ad clausuram et bene custodire et visitare boletinos nec permittere intrare aliquos forenses nec terrigenos si stent una nocte foris nisi habeant bonum boletinum; et teneatur facere boletinos omnibus peitentibus tam terrigenis quam foresteriis dummodo non sint suspecti de morbo". L'edizione si trova in NASO, *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani* cit., Appendice, p. 126.

no casi in cui la si richiedeva anche ai residenti intenzionati ad allontanarsi dal territorio comunale³¹.

Ai custodi delle porte era assegnato anche il compito di rilasciare seduta stante il documento sanitario a terrigeni e forestieri in transito qualora ne fossero sprovvisti, purché non sospetti portatori di infezione³²: condizione che evidentemente nessuna guardia avrebbe potuto accertare se non indirettamente, in base alla testimonianza ‘sulla parola’ da parte degli stessi interessati, dichiaranti di non avere frequentato ultimamente zone infette o sospette: ma da quanto tempo? Non sempre viene precisato il periodo di lontananza da aree a rischi: quando ciò accade tale durata oscilla tra gli estremi di otto giorni e due mesi, ma più di frequente è di trenta giorni³³. Si introduce così il concetto di quarantena che – risultando estremamente variabile da località a località e anche di tempo in tempo – segnala con tutta evidenza i tentativi di individuare la soluzione migliore e forse più sicura per ridurre il rischio di contagio, essendo scontata l’incertezza dei tempi di incubazione della peste e di altre malattie infettive (e contagiose?), che la scienza premoderna tendeva a confondere indicandole genericamente come morbo, contagio, epidemia...

Come è del resto implicito nella stessa loro definizione, le bollette dovevano essere vidimate e autenticate mediante bollatura “in cera rubea” o ceralacca con l’insegna del comune: elemento che sembra evocare l’insidia delle falsificazioni. La compilazione o anche la semplice ispezione degli attestati sanitari eventualmente ottenuti altrove richiedeva quel tanto di alfabetizzazione che consentisse di leggerli e comprenderne le parole, competenze niente affatto scontate in quei tempi, caratterizzati dai bassi livelli di scolarità specie nelle campagne. Non sarà dunque sorprendente che nei verbali consiliari di una comunità rurale della pianura vercellese sia specificato che almeno una delle guardie da nomi-

³¹ ARCHIVIO COMUNALE DI IVREA, *Ordinati*, vol. 16, 11 luglio 1438.

³² V. sopra, nota 30.

³³ ARCHIVIO COMUNALE DI CHIERI, *Ordinati*, vol. 55, ff. 23r-24r, 27 luglio 1437.

nare dovrà essere *intelligente o persona letterata* ossia in grado di “conoscere he lezere li bolatini”³⁴.

Non sempre le disposizioni riguardanti l’emissione e i controlli delle bollette di sanità sono esplicite e del resto gli agenti di custodia alle porte non erano le sole figure accreditate a rilasciare le bollette. Abbiamo infatti notizia di contesti – ancora piemontesi – in cui ne erano autorizzati il massaro del comune, vale a dire il ‘ragioniere’ responsabile della contabilità locale, oppure un funzionario appositamente delegato dal consiglio municipale ed eccezionalmente anche qualche castellano sabaudo in quanto rappresentante del potere centrale.

La bolletta di sanità era utile, talora indispensabile, anche una volta entrati nel centro abitato, dove serviva per regolare l’accesso a strutture ricettive e locali pubblici a maggiore rischio di contagio, confermando ancora come determinati approcci anti-epidemici che stiamo descrivendo non appaiano poi così estranei a quelli di oggi. Non per caso era specificamente disciplinata l’attività di locande e osterie, sedi privilegiate di socializzazione con l’aggravante delle prevedibili conseguenze degli eccessi inebrianti. Abbiamo notizia inoltre di casi in cui le limitazioni sociali sperimentate nella convivenza quotidiana impedivano il contatto interpersonale con individui sospettati di peste fino a minacciare non soltanto la inevitabile sanzione pecuniaria, ma anche una punizione corporale come la fustigazione: il bando emesso nel tardo Quattrocento, nel medesimo centro minore dell’area vercellese già citato, intimava di non “parlare, stare, manzare ne bereve nec conversare cum persona alcuna suspecta de peste nec chi vegni de loco alcuno suspecto sotto pena di ducati venticinque et boti quattro di corda”³⁵.

Se a dovere esibire la certificazione sanitaria per frequentare taverne e alberghi erano specialmente i forestieri, per i residenti

³⁴ ARCHIVIO COMUNALE DI FONTANETTO PO, *Ordinati*, vol. 6, ff. n.n., 13 luglio 1482 e 20 giugno 1483.

³⁵ Ivi, 13 luglio 1482.

le modalità di controllo potevano comportare procedure diverse da luogo a luogo. A parte la difficoltà di stabilire come i titolari di locali che offrivano pasti e/o alloggio potessero disporre di elementi concreti per distinguere le diverse tipologie di clienti in base alla loro provenienza, è insolita quanto vaga una testimonianza secondo cui per andare all'osteria gli abitanti del posto, se identificati come presunti portatori di contagio (non è dato sapere su quali basi potesse essere formulata una simile valutazione), avrebbero dovuto presentare un'autorizzazione speciale rilasciata nientemeno che dai citati *deputati super sanitate*. La responsabilità delle verifiche sul possesso di regolare documento sanitario era attribuita ai titolari, pesantemente sanzionati in caso di trasgressione della norma. La stessa disciplina valida per gli esercizi pubblici era estesa anche all'accoglienza in abitazioni private nelle quali si dispensassero cibi e bevande. Proseguendo con il caso piemontese poco sopra riportato, sarà chiaro il comportamento che avrebbero dovuto tenere gli osti e chiunque desiderasse offrire ospitalità alla propria tavola o mescita, evitando di incorrere nella multa, non così esigua, di ben 10 lire:

[...] nulla persona tam hospes tabernarius quam alius audeat hospitare quempiam forensem nisi habeat boletinum signatum signo comunitatis [*per mano di una delle guardie alle porte*]; nec pariter terrigenos, si reputentur suspecti, nec dare auxilium videlicet ad comedendum et bibendum nisi per manus quatuor deputatorum super sanitate; [...] et hoc sub pena librarum decem pro quolibet et vice quolibet³⁶.

È palese l'assonanza di norme come questa con alcune misure adottate recentemente dal Governo italiano per il contenimento dell'epidemia di Covid-19 – in ordine all'uso obbligatorio del

³⁶ La deliberazione del consiglio comunale della già citata località di Caramagna Piemonte è registrata nel verbale della seduta del 16 aprile 1493, all'interno del vol. 4 degli *Ordinati o Riformagioni*, conservato nel locale archivio del Comune, f. 164r. (v. sopra, nota 30).

green-pass per accedere ai luoghi pubblici al chiuso – pur continuando a ribadire un'altra volta quanto siano enormemente distanti i rispettivi parametri di riferimento: tanto più in questo caso in cui l'attuale certificazione sanitaria, per certi versi omologa della *bulleta* medievale, si fonda sulla immunizzazione ottenuta attraverso la moderna, e aggiornata, conquista del vaccino.

Abbiamo così compreso come durante la lunga stagione epidemica dei secoli XIV e XV, innescata dalla peste nera, sia andata definendosi a grandi linee – prima in Italia che non nelle grandi monarchie nazionali, e ancora più in particolare nelle regioni centro-settentrionali della Penisola – una serie di interventi normativi in risposta alla persistente minaccia di una pandemia: interventi che avrebbero poi rappresentato il modello di riferimento per altri Paesi europei³⁷. Fu una gestione della politica sanitaria in ambito epidemiologico, promossa e condotta dal potere “statale”, secondo orientamenti che sembrerebbero preludere a future strategie anti-contagio, nel corso dei secoli successivi organizzate con criteri più razionali ed efficaci: in sostanza un impegno dei governi locali o signorili, vale a dire dell'amministrazione pubblica, che ritroviamo nell'affermazione abbastanza recente dell'idea di igiene e sanità come “servizio pubblico”.

Se la conquista del “servizio sanitario nazionale” è il risultato di una evoluzione storica e se consideriamo l'attuale pandemia con lo sguardo rivolto ad analoghi eventi del passato, come abbiamo qui proposto, una riflessione conclusiva si impone: la pandemia di metà Trecento inaugurò in Occidente un'epoca di transizione caratterizzata da profonde e radicali trasformazioni nella società, nell'economia, nella cultura e ovviamente nella vita materiale, che traghettarono l'Europa verso l'età moderna, mentre ancora non possiamo prefigurare l'impatto che la “nostra” pan-

³⁷ Per la superiorità dell'Italia rispetto al resto d'Europa in materia di legislazione sulla lotta alle epidemie, con le relative implicazioni soprattutto economiche, si rimanda a ZANOBONI, *La vita al tempo della peste* cit., p. 61 ss.

demia comporterà in futuro, nei tempi e nei modi, anche se giorno dopo giorno stiamo prendendo coscienza dei cambiamenti già oggi in atto.

Publicato in occasione della prima Giornata Nazionale di Storia della Medicina, 7 ottobre 2021

Titoli di studio e abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica a Napoli (secoli XIII-XIX)

Renato Jungano

Ufficio storico della Società italiana di Urologia (ufficiostorico@siu.it)

Antonia Maria Acierno

Seminario di Studi e Ricerche Parlamentari "Silvano Tosi" dell'Università degli Studi di Firenze
(antonia.acierno1995@libero.it.)

Riassunto

Il conferimento dell'abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica è stato caratterizzato durante i secoli da significative trasformazioni legate alla politica dei governi e alle mutevoli esigenze delle società in progresso. Viene preso in considerazione il caso di Napoli, come circoscrizione giurisdizionale, in quanto – in tale merito – la vasta serie dei provvedimenti legislativi accertati costituisce un antefatto ben documentato circa l'evoluzione della specifica legislazione in relazione ai periodi succedutisi nel corso della storia. Tale documentazione appare interessante poiché compendia in una serie di norme i cambiamenti nell'interazione dei medici e dei chirurghi con la società, da un lato, e con le istituzioni, dall'altro: Napoli, quindi, regno autonomo prima e città italiana in seguito, come testimonianza del divenire della figura del medico-chirurgo da filosofo cattolico a professionista e ufficiale dello Stato. Nell'esame dell'iter legislativo relativo all'abilitazione

all'esercizio della professione medica vengono analizzati i seguenti aspetti: le strutture abilitate al conferimento del titolo; il valore dei titoli collegiali, universitari e statali; i regolamenti collegiali e universitari e le classi di laurea (medicina e chirurgia).

Summary

The granting of the license to practice the medical-surgical profession has been characterized, over the centuries, by significant changes related to government policy and the changing needs of societies in progress. Naples is taken into consideration, as a jurisdictional district, since – in this regard – the vast series of established legislative measures constitutes a well-documented background on the evolution of the specific legislation in relation to successive periods in the course of history. This documentary sources appear interesting because it summarizes, in a series of rules, the evolutionary interaction of practitioners in medicine and surgery with society and with institutions: Naples, therefore, first an autonomous kingdom and an Italian city later, as a regional and national testimony of the evolution of the figure of the doctor-surgeon from a catholic philosopher to a professional and state official. In the examination of the legislative process relating to the qualification to practice the medical profession, the following aspects are then analyzed: the structures authorized to award the qualification; the value of collegiate, university and state qualifications; the collegiate and university regulations and the health law; the classes degree (medicine and surgery), relations with orders and corporations.

Parole chiave: diplomi e titoli di studio, abilitazione all'esercizio della professione medica, Almo Collegio dei medici napoletani, Regno di Napoli.

Keywords: diplomas and qualifications, licence to practice medicine, Almo College of Neapolitan medical doctors, Kingdom of Naples.

Dal medioevo in poi, il titolo che certifica la conoscenza della dottrina e della pratica medico-chirurgica, in seguito alla frequenza di un corso di studi specifico, è stato conferito dalle università “pubbliche” oppure da organismi associativi dotati di uno statuto che li rendeva di fatto autonomi rispetto allo Stato al quale appartenevano. Tuttavia, con l’avvicendamento di diverse concezioni legislative in merito, il legislatore si è fatto garante della reale capacità all’esercizio della professione del laureato attraverso la valutazione da parte di propri organi specificamente deputati: si stabilisce così una dicotomia, con un’ovvia propedeuticità, tra il valore accademico del titolo di studio e il suo valore legale.

Con l’espressione “valore legale del titolo di studio” si indica l’insieme degli effetti giuridici che la legge ricollega ad un determinato titolo scolastico o accademico, rilasciato da uno degli istituti scolastici o universitari, statali o non, autorizzati a rilasciare titoli di studio. Tali effetti possono essere interni al sistema scolastico o accademico – consentendo il passaggio tra i vari gradi dell’istruzione – o esterni allo stesso. Per quanto riguarda tale seconda categoria di effetti, il titolo di studio è, in particolare, requisito per l’accesso alle professioni regolamentate e agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni. Il valore legale del titolo di studio non è dunque un istituto giuridico che trovi la sua disciplina in una specifica previsione normativa, ma va desunto

dal complesso di disposizioni che ricollegano un qualche effetto al conseguimento di un certo titolo scolastico o accademico¹.

La attuale normativa sulla abilitazione all'esercizio della professione medica costituisce l'esito di un percorso evolutivo sviluppatosi durante un arco temporale abbastanza vasto e in luoghi e situazioni politico-sociali differenti. Mentre dall'Unità d'Italia in poi si registrano disposizioni vigenti in tutto il territorio nazionale, in precedenza i singoli Stati attuavano in merito norme particolari relative alla propria legislazione. Nella nostra disamina si prende in considerazione Napoli – regno autonomo prima e città italiana in seguito – come circoscrizione giurisdizionale, per cercare di fornire l'idea di un'evoluzione lineare nello stesso ambito territoriale, anche grazie alla disponibilità di una vasta documentazione; nelle analoghe legislazioni degli altri Stati preunitari si trovano molti punti di contatto con la situazione napoletana negli orientamenti e nelle disposizioni.

Il titolo necessario per l'abilitazione all'esercizio della professione medico-chirurgica è andato incontro, nel tempo, a una evoluzione multifattoriale. Innanzitutto la chirurgia è stata a lungo “tenuta a distanza” dalla medicina, essendo considerata di rango inferiore, in quanto attività pratica e non intellettuale, dunque non scientifica. Affidata, quantomeno per la cosiddetta “chirurgia minore”, a barbieri o saltimbanchi essa poteva essere esercitata liberamente e solo in secondo tempo avrebbe richiesto una licenza o anche una laurea, diversa però da quella in medicina. Le due lauree – e, di conseguenza, il titolo abilitante – furono aggregate in una sola intorno all'epoca della unificazione italiana. Un altro aspetto è costituito dal fatto che i soggetti deputati al conferimento del titolo abilitante molto spesso non provenivano dalle università, il cui ruolo era destinato alla formazione dottrinale. Dobbia-

¹ S. MARCI, *Il valore legale del titolo di studio. Contesto europeo ed elementi di legislazione comparata*, Servizio studi del Senato, XVI legislatura, Dossier n. 280, Roma, marzo 2011.

mo tuttavia precisare che vi sono anche casi in cui gli organi che conferivano le lauree erano gli stessi che abilitavano pure all'esercizio della professione; tale circostanza, scaturita dalla volontà di accentrare il potere per esercitare un controllo sulla qualità degli studi effettuati, ha rappresentato una palese interferenza, dal momento che controllati e controllori erano, in sostanza, gli stessi attori. Infine la concessione del titolo – così come il corso degli studi – è stata influenzata, se non addirittura determinata, dagli ordinamenti religiosi ma anche dalle tradizioni universitarie e collegiali, delle potenze straniere via via dominanti nella Penisola.

Lo *Studium* di Napoli da Federico II di Svevia al periodo angioino

Federico II di Hohenstaufen fonda nel 1224 lo *Studium* di Napoli, università sottoposta all'esclusivo potere del re². In particolare, affinché nessun suddito del regno debba far fronte a un ingente dispendio economico o subire un danno irreparabile a causa dell'imperizia dei medici, nelle Costituzioni fridericiane³ l'imperatore stabilisce che, per ottenere la licenza ad esercitare la medicina, siano imprescindibili le seguenti condizioni, pena severe sanzioni penali: avere studiato, almeno per un triennio, la *scientia logica*; esibire le "*litterae testimoniales de fide et sufficienti scientia*" ottenute dai maestri; sostenere un esame alla presenza di commissioni composte da maestri di Salerno o di Napoli e da funzionari regi.

Pertanto, nel Mezzogiorno – contrariamente a quanto si disponeva nelle altre università coeve – il conferimento dei gradi acca-

² Cfr. L. CAPO, *Federico II e lo Studium di Napoli*, in G. BARONE, L. CAPO, S. GASPARRI, *Studi sul medioevo per Girolamo Arnaldi*, Viella, Roma 2001.

³ Cfr. G. CARCANI, *Constitutiones Regum Regni utriusque Siciliae mandante Friderico II imperatore*, I. III, tit. 44-47, Regia typographia, Napoli 1786.

demici era esclusiva prerogativa del sovrano⁴ e le commissioni d'esame non avevano un carattere stabile; addirittura il re poteva concedere *motu proprio* la laurea a suo insindacabile giudizio e volere⁵.

Nella seconda metà del XIII secolo, con la dominazione angioina, lo Studio generale continuava ad avere una missione esclusivamente scientifica; il conferimento dei gradi dottorali era ancora prerogativa assoluta della Corona, nella persona del “giustiziere degli scolari” e, successivamente – a partire dal 1291, con Carlo II d'Angiò – del “gran cancelliere”. Come nella maggior parte delle università medievali, vi si conferivano tre gradi: baccellierato, licenza e laurea⁶. Per ottenere il titolo di baccelliere⁷ il candidato doveva avere seguito per quaranta mesi le lezioni universitarie, se era già in possesso della laurea *in artibus*, o per cinquantasei mesi qualora ne fosse stato sprovvisto; non è ben documentato se, trascorso questo periodo, il titolo venisse concesso per nomina regia o dopo aver sostenuto un esame con i professori dello Studio. La *licentia* o *privata examinatio* consisteva nel superamento di una prova d'esame a porte chiuse, seguita dalla dichiarazione ufficiale di abilità ad essere “conventato”; per accedervi il baccelliere doveva essere presentato da un professore a sua scelta di fronte al gran cancelliere, il quale presiedeva all'esame del candidato sui testi dei principali autori classici, in particolare Ippocrate o Galeno. Infine con la *laurea* si otteneva il grado accademico di *magister conventatus* insieme alla facoltà di

⁴ M.G. COLLETTA, *Il Collegio dei Dottori dal 1722 al 1744 attraverso le carte dell'Archivio di Stato di Napoli*, “Archivio Storico delle provincie napoletane”, serie III, XVIII, 1979, pp. 217-241.

⁵ Cfr. G.M. MONTI, *L'età angioina*, in F. TORRACA, G.M. MONTI, R. FILANGIERI DI CANDIDA, N. CORTESE, M. SCHIPA, A. ZAZO, A. RUSSO, *Storia dell'Università di Napoli*, Ricciardi, Napoli 1924, p. 51.

⁶ Cfr. G. ORIGLIA, *Istoria dello Studio di Napoli*, De Simone, Napoli 1753.

⁷ La definizione deriverebbe dal termine *bacillus*, la verga che veniva consegnata in occasione del conferimento del grado accademico quale segno di autorità magistrale (*ibidem*).

esercitare a pieno titolo l'arte medica. La procedura consisteva in un esame pubblico, con una discussione che verteva sugli stessi punti già affrontati nel corso dell'esame privato; si trattava però di una cerimonia solenne e molto onerosa per il neo-laureato, motivo per il quale molti studenti vi rinunciavano limitandosi a conseguire la *licentia*.

Le prerogative dell'Almo Collegio dei medici napoletani tra Quattrocento e Settecento

A partire dal XV secolo, nel Regno di Napoli la prerogativa di concedere licenze all'esercizio della professione medica – analogamente a quanto era previsto per i dottori in legge – appartiene ormai a un ente indipendente: il quale di fatto si sostituisce all'autorità regia e ai maestri universitari, che in precedenza esercitavano analoghi poteri⁸. Il titolo di studio e l'abilitazione vengono infatti conferiti da un'organizzazione corporativa, quale è l'Almo Collegio dei medici napoletani, attraverso una prova che potremmo paragonare a una sorta di “esame di Stato”⁹.

Con il *Privilegium Almi Collegii neapolitani philosophorum et medicorum* del 1430¹⁰ Giovanna II dei d'Angiò di Durazzo, regina di Napoli, affianca il Collegio dei dottori medici al *Collegium licitum et honestum* già esistente per i giuristi, attribuendo ad esso

⁸ A. MUSI, *Medici e istituzioni a Napoli nell'età moderna*, in *Sanità e società. Abruzzi, Campania, Basilicata, Calabria, Secoli XVII-XX*, Casamassima, Udine 1990.

⁹ Sul tema dei Collegi dei dottori la bibliografia è molto vasta: basterà qui citare E. BRAMBILLA, *Collegi dei dottori universitari e collegi professionali*, in *Storia delle Università in Italia*, a cura di G.P. BRIZZI, P. DEL NEGRO, A. ROMANO, Sicca, Messina 2007, vol. 2, pp. 303-346.

¹⁰ M. RECCO, *Super privilegio a Joanna II concesso sacro doctorum collegio civit. Neap. glossa singularis... in qua collegii origo, status, jura... dilucidantur et deciduntur... accessit Neapolitanorum catalogus in collegio graduatorum ab anno 1400 usque 1654*, Castaldum, Napoli 1660.

pieno carattere giuridico, stabilità e prestigio, anche nei confronti del Collegio analogo di Salerno, di antica tradizione.

Il Collegio era, dunque, un *corpus* di laureati¹¹: “organo degli ordini professionali dei medici e giuristi che rilasciava patenti dottorali, previa esibizione da parte dei candidati dei titoli relativi al loro stato e al corso degli studi: l'istruttoria era chiusa da un esame e dal giuramento del patentato”¹². I Collegi godevano della esclusiva nella collazione dei gradi dottorali, abilitanti all'esercizio delle diverse professioni; l'intento principale degli stessi fu quello di creare organi autonomi in grado di vagliare la effettiva preparazione “tecnica” dei dottori, al di fuori e al di sopra di ogni dignità di casta o di censo¹³.

Nel successivo periodo aragonese del Regno di Napoli (1442-1503) fu confermata la vigenza dei privilegi promulgati da Giovanna II e, in particolare in una prammatica del 1490, Ferrante d'Aragona ribadì che il grado di dottore in medicina non poteva essere conseguito al di fuori del Regno; nel 1561 un provvedimento sanciva l'obbligo, per coloro i quali avessero comunque ottenuto il titolo altrove, di convalidarlo presso il Collegio pagando una “tassa di iscrizione”.

Nel 1587 una prammatica della Corona ribadiva che l'unico titolo valido per esercitare la professione era quello conferito dal collegio napoletano, anche reclamando una supposta superiorità del collegio rispetto alle altre istituzioni; il decreto fu emanato in opposizione agli studenti, che trovavano più conveniente conseguire i titoli al di fuori del Regno, ma anche in contrasto con lo Studio di Salerno, il quale si mostrò sempre recalcitrante alla osservanza delle disposizioni riguardanti l'esclusiva prerogativa del

¹¹ MONTI, *L'età angioina* cit., p. 52.

¹² J. MAZZOLENI, *Le fonti documentarie e bibliografiche dal sec. X al XX conservate presso l'Archivio di Stato di Napoli*, Arte tipografica, Napoli 1975, p. 177.

¹³ I. DEL BAGNO, *Il Collegio napoletano dei Dottori: privilegi, decreti, decisioni*, Jovene, Napoli 2000.

conferimento dei titoli dottorali da parte del Collegio napoletano¹⁴.

L'esame di laurea presso l'Almo Collegio di Medici napoletani aveva un suo cerimoniale, anche un po' pittoresco, ben definito dal gran cerimoniere¹⁵.

Regole e cerimoniale per il conferimento dei gradi dottorali

I privilegi del Collegio medico di Napoli rimasero sostanzialmente invariati nelle epoche successive¹⁶, ma vi furono evidenti e ricorrenti controversie relative ad alcune prassi e normative riguardanti le funzioni del Collegio stesso. In particolare il dibattito riguardava la congruità della selezione di candidati, lo svolgimento degli esami e la questione della matricola: poiché i futuri medici avevano l'obbligo di frequentare le lezioni per sette anni al fine di ottenere l'ammissione all'esame di laurea, nel 1652 fu istituito il "Registro delle matricole", in cui il cappellano maggiore doveva registrare i nomi degli iscritti e la rispettiva frequenza ai corsi.

Non potevano accedere alla laurea gli scomunicati, gli infami, i disonesti, al pari di coloro che non erano nati da legittimo matrimonio. A tale proposito, il candidato per essere ammesso doveva esibire una serie di documenti (*acta admissionis*): la fede di battesimo sottoscritta dal parroco celebrante e autenticata da un notaio; la fede di matrimonio dei genitori; le *informationes de studio* (il *curriculum studiorum*)¹⁷, ossia l'immatricolazione al Collegio ottenuta attraverso due testimonianze di assiduità allo Stu-

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Sul punto cfr. MONTI, *L'età angioina* cit.; M. DEL GAIZO, *Notizie e documenti inediti intorno all'Almo Collegio dei Medici napoletani*, Tocco, Napoli 1888, p. 12.

¹⁶ C. PECCHIA, *Storia civile e politica del Regno di Napoli*, vol. III, Lombardi, Napoli 1869, p. 116.

¹⁷ COLLETTA, *Il Collegio dei Dottori dal 1722 al 1744* cit., p. 218.

dio sottoscritte da amici e conoscenti o, in epoca successiva, documentata mediante l'attestato di frequenza rilasciato dal cappellano maggiore.

Nella prima fase dell'esame, il candidato "degnò della laurea" doveva essere presentato all'assemblea collegiale e al gran cancelliere, esibendo un certificato sottoscritto dal priore (la massima autorità del Collegio) e redatto – previo un esame privato – da uno dei dottori proposto dal candidato stesso, il *doctor fidelis*. La seconda fase, anche questa privata come la precedente, si svolgeva dinnanzi al Collegio su argomenti, detti "punti tentativi", individuati da un altro collegiale, il *doctor promovens*, indicato dal gran cancelliere: in particolare, gli argomenti riguardavano gli *Aforismi* di Ippocrate, la *Fisica* di Aristotele e, infine, il libro "Tigne" (*Liber Tegni* di Costantino Africano) per la prova pratica di chirurgia. Nella terza fase dell'esame era prevista non solo la partecipazione dei membri del Collegio, ma anche la presenza di diverse autorità scolastiche, come il rettore dello Studio, a dimostrazione del fatto che nel corso del secolo XVII non erano esclusi momenti e forme di relazione tra il Collegio e l'Ateneo. Dopo aver assistito alla messa *de Spiritu Sancto*, il candidato doveva rispondere ad alcune domande poste dal più giovane tra i dottori del Collegio; infine il notaio presentava le schede di votazione suggellate dei collegiali al gran cancelliere, il quale procedeva alla conta e, in caso di parità dei voti, aveva il diritto di decidere a sua discrezione¹⁸. Il verdetto si esprimeva attraverso criteri di valutazione quali *Reprobatus* o *Approbatus* e, in questo caso, con l'eventuale formula aggiuntiva ed elogiativa "*viva voce, vivisque suffragiis, ac nemine penitus discrepante*", ovvero "approvato all'unanimità", che potrebbe corrispondere alla lode dei nostri giorni¹⁹.

¹⁸ DEL GAIZO, *Notizie e documenti inediti intorno all'Almo Collegio dei Medici napoletani* cit., p. 14.

¹⁹ DEL BAGNO, *Il Collegio napoletano dei Dottori* cit., p. 71.

Al momento della proclamazione il neo-dottore riceveva le insegne dottorali, analoghe a quelle che venivano consegnate in occasione delle lauree universitarie in molte città italiane a partire dal tardo medioevo: un anello d'oro come simbolo della sua unione con la scienza, oltre a un *pileum*, ossia il berretto magistrale. Il laureato era tenuto a offrire dei doni ai vari membri della rota giudicante: il gran cancelliere, i collegiali tutti e non solo gli esaminatori, il notaio e i bidelli e, qualora fossero intervenuti alla cerimonia, anche l'arcivescovo di Napoli, altri maestri non appartenenti al Collegio, il rettore dello Studio e il citato giustiziere degli scolari. A tutti gli effetti si trattava di una sorta di "tassa di esame" che ormai veniva tributata in moneta, secondo parametri definiti nel citato Privilegio: uno o due paia di guanti e un berretto, equivalenti a circa sei ducati, per i *doctores promoventes*; mezzo ducato per i bidelli, ecc. In alcuni casi erano previste dispense per gli studenti che dimostravano di non disporre di mezzi economici adeguati, seguendo ancora una volta la tipica tradizione delle agevolazioni concesse agli "scolari poveri" nelle università medievali.

Regolamenti per i titoli di studio e attestati di abilità: dal Regno borbonico all'Unità d'Italia (1734-1861)

Durante il regno borbonico di Carlo (1734-1759) e poi di suo figlio Ferdinando (1759-1825) non vennero apportate sostanziali modifiche alle disposizioni per la collazione dei gradi dottorali.

Con l'occupazione del Regno di Napoli da parte dei francesi di Napoleone Bonaparte (1806-1815) il Collegio dei dottori fu abolito e con il Decreto organico per l'Istruzione pubblica emanato da Gioacchino Murat nel novembre 1811 fu riconosciuto all'Università il diritto esclusivo di collazione dei gradi accade-

mici che erano composti da tre livelli: l'approvazione, la licenza e la laurea²⁰.

Per l'approvazione (*cedola*), che conferiva il titolo di baccelliere, si richiedeva un'età minima di 19 anni; il candidato doveva esibire la "cedola di approvazione" per le belle lettere e la filosofia, che attestava la sua frequenza ai relativi corsi, e doveva aver frequentato per almeno tre anni uno dei Licei per la medicina o l'Università; gli esami da sostenere erano due: uno di fisica sperimentale, anatomia e fisiologia, un altro di patologia e nosologia. Per conseguire successivamente la licenza, il candidato doveva aver seguito i corsi presso l'Università per un altro anno dopo l'approvazione e sostenere tre esami: il primo su materia medica, chimica e farmacia; il secondo su igiene e medicina legale; il terzo su clinica medica o clinica cerusica a seconda del titolo cui si aspirava, in medicina o in chirurgia. Infine, all'esame di laurea, superato il quale si otteneva il titolo di dottore, era consentito accedere solo dopo un anno dal conseguimento del diploma di licenza: l'esame consisteva nella esposizione di una tesi pubblica in latino. L'Università rilasciava anche gli attestati di abilità per raccoglitori di parti, levatrici, salassatori e dentisti, in seguito all'esito positivo di un esame verbale.

L'esigenza di conseguire determinati titoli corrispondeva alle diverse categorie professionali: la laurea era obbligatoria per i professori universitari o di liceo, per tutti i medici, i chirurghi in capo e di prima classe nell'armata, oltre che per i chirurghi dei "pubblici stabilimenti"; la licenza per i professori privati e per gli altri chirurghi; l'esame di abilità per farmacisti, salassatori, levatrici e dentisti.

Dopo la seconda Restaurazione nel 1815, Ferdinando di Borbone, ora re delle Due Sicilie, promulgò decreti²¹ che, accogliendo in massima parte le disposizioni dei "napoleonidi", stabilivano un

²⁰ Regio Decreto 29 novembre 1811, n. 1146.

²¹ R.D. 27 dicembre 1815, n. 96; R.D. 14 febbraio 1816, n. 98.

nuovo Regolamento per la collazione dei gradi dottorali²². L'esame di laurea si sarebbe svolto in latino e per iscritto, mentre si distinguevano in parte i due percorsi formativi dei medici e dei chirurghi che si concludevano con due lauree separate, rispettivamente in medicina e in chirurgia: per il conseguimento della prima l'esame verteva sui programmi di materia medica, medicina legale e clinica medica; quest'ultima disciplina veniva sostituita dalla clinica cerusica per la laurea in chirurgia. Per la materia medica e per le cliniche era previsto anche lo "sperimento di pratica".

La laurea in medicina o quella in chirurgia era indispensabile per i futuri medici, chirurghi, oculisti, norcini, così come per i docenti di medicina dell'Università di Napoli e per i professori di medicina nei licei. La licenza era essenziale per insegnare privatamente le dottrine dell'arte sanitaria. I salassatori, le levatrici e i dentisti – come già in precedenza – dovevano possedere la cedola.

Qualche anno dopo la promulgazione dei regolamenti sopra citati, precisamente nel 1820²³, se ne riformarono alcuni articoli nell'intento di rendere più semplice la procedura degli esami per il conseguimento dei gradi. Con riguardo alla medicina, per ottenere il primo grado di baccelliere il candidato – se già in possesso della cedola in belle lettere – doveva superare un esame di fisica sperimentale e chimica e un altro di anatomia fisiologica; per il secondo grado era d'obbligo affrontare con esito positivo altri due esami, rispettivamente in medicina teoretica e in medicina forense; gli esami erano due anche per la laurea: clinica medica e materia medica. Quanto alla chirurgia, invece, per il primo grado occorreva sostenere gli esami in anatomia fisiologica e in chirurgia teoretica; per il secondo grado le prove riguardavano l'ostetricia e la chirurgia forense; per il terzo grado era richiesto soltanto un esame in clinica cerusica. Vi si stabiliva, altresì, che

²² R.D. 27 dicembre 1815, n. 234.

²³ Con il R.D. 28 febbraio 1820, n. 136.

la Commissione di esame dovesse essere composta da otto professori. La serie dei quesiti da porre agli esaminandi, tra i quali la commissione poteva scegliere, erano raccolti in una silloge in numero di cento; ogni silloge era suddivisa in tre parti che corrispondevano ai tre gradi accademici: *Sylloge quaesitorum ad academicos grados assequendos in re medica solvendorum*. Il candidato ai diversi titoli poteva essere approvato o rimesso a due, tre o quattro mesi a seconda del livello di insufficienza mostrato.

A distanza di qualche decennio, nel 1857, venne ulteriormente precisato che i medici avrebbero potuto esercitare come chirurghi, e viceversa, soltanto nel caso in cui gli interessati fossero in possesso delle due lauree: a tale proposito furono riformulate le modalità per acquisire ambedue i titoli²⁴.

Possiamo dire, concludendo, che nel corso del tempo l'abilitazione all'esercizio della professione medica si sia modificata attraverso un'evoluzione che rifletteva le mutate esigenze e prerogative del ruolo del medico, ma anche in relazione alla progressiva complessità del corso di studi relativo alla preparazione scientifica e al conferimento del titolo accademico: ma non solamente. L'*habitus* e il patrimonio culturale del medico, infatti, riflettevano anche l'emancipazione delle sue specifiche funzioni da condizionamenti concettuali e religiosi: questi erano il retaggio di un'epoca nella quale la formazione del medico-chirurgo era fortemente vincolata allo studio della filosofia (*philosophiae et medicinae doctor*), legata a ormai desuete tradizioni (come le dottrine galeniche) e rispettosa delle credenze religiose. Nel corso di una storia durata diversi secoli, il medico-chirurgo assume via via prima le vesti di un "filosofo cattolico" e poi, alla fine del percorso che abbiamo seguito, quelle di un professionista dedito ovvia-

²⁴ R.D. 6 luglio 1839, n. 92; *Regolamento per l'assistenza alle cattedre della regia Università degli studi di Napoli, de' reali licei, collegi, e seminarii, cui sono tenuti gli aspiranti a 'gradi dottorali per essere ammessi agli esami richiesti, approvato con real rescritto del dì 27 maggio 1856.*

mente alla cura del paziente, ma anche con responsabilità di “funzionario di Stato” attento alla salute pubblica.

Risultati preliminari delle indagini scientifiche sul corpo del Beato Antonio da Fano (m. 1435)

Mirko Traversari^a, Donata Luiselli^b, Francesco Tei^c, Enrico Petrella^d, Annalisa Biselli^e, Chantal Milani^f, Gianni D'Altri^g, Massimo Turla^h, Sonia Ciocca^h, Luca Ventura^{h,i}

^a Consulente antropologo Diocesi Forlì-Bertinoro

^b Laboratorio del DNA antico, Università di Bologna

^c Radiologia, Ospedale Engles Profili, Fabriano

^d Radiologia e Medicina Nucleare, P. O. Morgagni-Pierantoni, Forlì

^e R. T. Restauro tessile

^f Odontologo ed antropologo forense

^g Ricercatore indipendente

^h Anatomia patologica, Ospedale San Salvatore, L'Aquila

ⁱ Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche, Università dell'Aquila (lventura @asl1abruzzo.it)

Riassunto

Il Beato Antonio da Fano era un frate francescano deceduto nel 1435, dopo essere stato confessore del re d'Aragona Alfonso V e ambasciatore presso la Santa Sede. Il suo corpo, recentemente rinvenuto nella chiesa di Santa Maria Nuova in Fano, è stato sottoposto ad ispezione esterna, esami radiologici e successive indagini di laboratorio. La mummia, ben conservata e parzialmente scheletrizzata, mostrava evidenza di obesità, aterosclerosi

e carie dentale, lasciando ipotizzare una dieta ricca di zuccheri e grassi. L'antropometria indicava un'altezza di 168 cm. Lo studio ergo-nomico mostrava un impegno moderato e simmetrico degli arti inferiori con un carico assai minore del distretto superiore. I rari processi artrosici riguardavano la colonna toracica e lombare. La cavità cranica conteneva materiale amorfo, resti ossei di roditori e frammenti di tessili relativi alla prima sepoltura. La ricostruzione facciale è stata effettuata mediante tomografia computerizzata.

Summary

The Blessed Antonio da Fano was a Franciscan friar dead in 1435, after being Confessor to the King Alphonso V of Aragon and Ambassador to the Holy See. His body, recently discovered in the church of Santa Maria Nuova in Fano, underwent external inspection, radiologic examination, and subsequent laboratory investigations. The well-preserved, partially skeletonized mummy showed signs of obesity, atherosclerosis, and dental caries, leading us to hypothesize that Antonio had access to a diet rich in sugar and fats. The anthropometric study estimated a height of 168 cm. The study of occupational activities revealed moderate and symmetrical stress of the lower limbs with much less overload of the upper district. Rare osteoarthritic processes affected thoracic and lumbar spine. The cranial cavity contained amorphous material, bony remnants of rodents, and textile fragments belonging to the subject's primary burial. The facial reconstruction was carried out by computed tomography scanning.

Parole chiave: mummie naturali, Italia centrale, antropologia fisica, paleopatologia

Keywords: Natural Mummies, Central Italy, Physical Anthropology, Paleopathology

Introduzione

Lo studio bio-antropologico dei resti umani di individui vissuti in epoche passate costituisce una fonte pressoché inesauribile di informazioni preziose. Dall'esame di tali resti è infatti possibile ricostruire le caratteristiche fisiologiche e patologiche dei soggetti, nonché le consuetudini funerarie all'epoca della morte e le alterazioni post-mortali causate dalle condizioni di sepoltura. Nel corso degli ultimi decenni, le metodiche di indagine utilizzate in tale ambito sono divenute via via più numerose, coinvolgendo specialisti delle più disparate competenze in un'ottica realmente multidisciplinare. Su tali basi è possibile analizzare individui singoli o gruppi provenienti da intere necropoli. Quando il corpo risulta appartenuto ad un personaggio storico ben definito è possibile, da un lato, avere informazioni importanti sulla sua vita, dall'altro, arricchirne la biografia storica con nuovi elementi.

Nello specifico caso del corpo del Beato Antonio da Fano, rinvenuto quasi casualmente dopo che per più di mezzo secolo se ne erano perse le tracce, le informazioni storiche risultavano davvero scarse. A complicare le cose, le fonti agiografiche tradizionali comprendevano addirittura più di un soggetto omonimo¹. In ogni caso, Antonio da Fano veniva qualificato come Beato dell'Ordine

¹ In G. VOLPE, S. BRACCI, *La chiesa di Santa Maria Nuova a Fano*, Fondazione Cassa di Risparmio di Fano, Fano 2009, p. 18 è menzionato un F. Antonio che fu confessore di Alfonso di Aragona nel 1430 e suo ambasciatore presso papa Martino V. Attivi nello stesso periodo storico risultano un beato Antonio fanese agostiniano detto il Juniore per distinguerlo da un omonimo agostiniano Seniore, anche lui confessore del re aragonese e morto nel 1432.

Francescano, senza che nessun processo canonico riconosciuto dall'autorità ecclesiastica ne comprovasse l'avvenuta beatificazione. Non trattandosi per la chiesa cattolica di Reliquia Insigne, per procedere allo studio del corpo si è resa sufficiente l'autorizzazione della locale Soprintendenza ai Beni Culturali senza necessità di istruire un procedimento di ricognizione canonica da parte della locale diocesi². Tali circostanze hanno influenzato positivamente le tempistiche di esecuzione delle indagini scientifiche sul corpo. Infatti, dal primo contatto per conferire l'incarico dello studio alla stesura dei primi elaborati scientifici sono trascorsi appena quattro mesi, intervallo di tempo estremamente breve se confrontato con la media di analoghi interventi.

Materiale e Metodi

Dopo un sopralluogo tecnico preliminare del corpo, custodito presso l'Eremo di Val di Sasso in Valleremita di Fabriano, sono state eseguite le operazioni scientifiche vere e proprie. Il corpo è stato rimosso dalla bara in cui era deposto, in modo da poter eseguire l'ispezione esterna dello stesso. La mummia, fissata su supporto rigido cartonato, è stata trasferita presso il Presidio Ospedaliero di Fabriano, ove sono stati effettuati gli esami radiografici. Venivano quindi effettuati l'esame esterno ed i relativi rilievi antropometrici, seguiti dal campionamento dei materiali rappresentativi da avviare ad esami di laboratorio.

Una volta conclusa questa prima delicata fase, è stato possibile procedere con l'analisi antropologica vera e propria, che per definizione si occupa di valutare il grado di completezza dello schele-

² V. CRISCUOLO, C. PELLEGRINO, R. J. SARNO, *Le cause dei Santi. Sussidio per lo Studium*, IV Ed., Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2018.

tro, di ricostruire il profilo biologico del soggetto attraverso le indagini relative all'identificazione del sesso³, dell'età alla morte⁴, alle caratteristiche antropometriche quali ad esempio l'altezza,

³ Sono stati considerati i caratteri sessuali espressi nel bacino e nel cranio secondo i metodi rispettivamente proposti da J. BRUZEK, *A method for visual determination of sex, using the human hip bone*, "American Journal of Physical Anthropology", CXVII, 2002, pp. 157-168 e G. ACSADI, J. NEMESKERI, *History of human life, span and mortality*, Akadémiai Kiadó, Budapest 1970.

⁴ Per la stima dell'età dalle suture craniche è stato utilizzato R.S. MEINDL, C.O. LOVEJOY, *Ectocranial suture closure: a revised method for the determination of skeletal age at death based on the lateral-anterior sutures*, "American Journal of Physical Anthropology", LXV, 1985, pp. 57-66 e R. MARTIN, K. SALLER, *Lehrbuch der Anthropologie*, Fisher, Stoccarda 1957; per la valutazione dell'usura dentaria O.C. LOVEJOY, *Dental wear in the Libben population: Its functional pattern and role in the determination of adult skeletal age at death*, "American Journal of Physical Anthropology", LXVIII, 1985, pp. 47-56 e D.R. BROTHWELL, *The relationship of tooth wear to ageing*, in *Age Markers in the Human Skeleton*, ed. M.Y. ISCAN, Charles C. Thomas, Springfield 1989, pp. 303-316. L'età alla morte è stata stimata in base al grado di rimodellamento della superficie articolare della sinfisi pubica E.H. KIMMERLE, L.W. KONIGSBERG, R.L. JANTZ, J.P. BARAYBAR, *Analysis of age-at-death estimation through the use of pubic symphyseal data*, "Journal Forensic Sciences", LIII/III, 2008, pp. 558-568 e della superficie auricolare A. SCHMITT, *Une nouvelle méthode pour estimer l'âge au décès des adultes à partir de la surface sacro-pelviennne iliaque*, "Bullettins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris", XVII, 2005, pp. 89-101, nonché allo stadio di sinostosi delle suture endocraniche (ACSADI, NEMESKERI, *History of human life* cit.) ed ectocraniche (MEINDL, LOVEJOY, *Ectocranial suture closure* cit.).

l'individuazione degli indici corporei⁵ per determinare le proporzioni e la corporatura in generale, allo studio dell'impegno muscolare sostenuto in vita⁶ e delle condizioni di salute⁷.

L'indagine radiologica è stata effettuata utilizzando il sistema digitale GMM (General Medical Merate SpA) Opera Swing, con l'acquisizione di immagini in proiezione coronale e sagittale. Il corpo è stato quindi sottoposto a tomografia computerizzata multidetettore (MDTC) di tipo *total body*, utilizzando uno scanner General Electric Optima a 64 strati. I parametri di acquisizione sono stati: scannerizzazione con spessore di *slice* 1.25 mm con intervallo di ricostruzione di 0.6 mm, 140kV e 140-300 mA. Sono stati effettuati due blocchi di acquisizione, comprendenti rispettiva-

⁵ Per il calcolo dei principali indici dello scheletro post-craniale, si è fatto riferimento a MARTIN, SALLER, *Lehrbuchder Anthropologie* cit.; per il calcolo della statura sono stati applicati i metodi di K. PEARSON, *Mathematical contributions to the theory of evolution. V. On the reconstruction of the stature of prehistoric races*, "Philosophical transactions of the Royal Society A", CLXXXIXII, 1899, pp. 169-244 e di M. TROTTER, G.C. GLESER, *Estimation of stature from long bones of American Withes and Negroes*, "American Journal of Physical Anthropology", X, 1952, pp. 463-514; M. TROTTER, G.C. GLESER, *A re-valuation of estimation of stature based on measurements of stature taken during life and of long bones after death*, "American Journal of Physical Anthropology", XVI, 1958, pp. 79-123; M. TROTTER, G.C. GLESER, *Corrigenda to estimation of stature from long limb bones of American whites and negroes*, "American Journal of Physical Anthropology", XLVII, 1958, pp. 355-356.

⁶ Lo studio degli aspetti occupazionali si è avvalso delle metodiche proposte da L. CAPASSO, K. KENNEDY, C. WILCZAK, *Atlas of occupational markers on human remains*, Edigrafital S.p.a., Teramo 1999; V. MARIOTTI, F. FACCHINI, M.G. BELCASTRO, *The Study of Entheses: Proposal of a Standardised Scoring Method for Twenty-Three Entheses of the Postcranial Skeleton*, "Collegium Anthropologicum", 31, 1, pp. 291-313; V. MARIOTTI, F. FACCHINI, M.G. BELCASTRO, *Enthesopathies - Proposal of a Standardized Scoring Method and Applications*, "Collegium Anthropologicum", 28, 1, 2004, pp. 145-159.

⁷ Lo studio paleopatologico ha utilizzato gli atlanti comunemente utilizzati, quali D.J. ORTNER, *Identification of pathological conditions in human skeletal remains*, Elsevier Academic Press, San Diego 2003.

mente 2429 scansioni e 1769 scansioni. Le immagini assiali ottenute sono state analizzate singolarmente e poi rielaborate alla workstation per ottenere immagini multiplanari e ricostruzioni 3D.

Alcuni dei campioni prelevati nel corso dell'esame ispettivo del corpo sono stati trattati per essere sottoposti ad esami istologici. In particolare, frammenti di cute, di muscolo scheletrico della coscia sinistra, di organo dell'ipocondrio sinistro, di viscere sovrapubico, di viscere in fossa iliaca destra, di cartilagine costale e di meninge encefalica sono stati reidratati in soluzione di Sandison per sette giorni, previa inclusione provvisoria in agar batteriologico al 5%⁸. Il materiale è stato quindi processato come di routine ed incluso in paraffina, al fine di ottenere sezioni istologiche dello spessore di 4 mm, colorate con ematossilina-eosina, colorazione tricromica secondo Masson, metodo per reticolo fibrillare argirofilo secondo Gomori e colorazione mista Perls/van Gieson per visualizzare contemporaneamente ferro ferrico (emosiderina), collagene e connettivo. L'esame al microscopio ottico dei preparati istologici così colorati era finalizzato a valutare le condizioni di conservazione dei tessuti, ad effettuare diagnosi d'organo, nonché ad evidenziare eventuali alterazioni di significato patologico.

⁸ La soluzione proposta da A.T. SANDISON, *The histological examination of mummified material*, "Stain Technology", XXX, 1955, pp. 277-283 rappresenta la miscela idroalcolica più frequentemente utilizzata nella reidratazione dei tessuti mummificati. Insieme ad altre opzioni, quali l'impiego degli ammorbidenti per tessuti e del siero umano denaturato, le miscele idroalcoliche costituiscono un presidio indispensabile per reidratare gradualmente i tessuti mummificati prima di poter ottenere sezioni istologiche, come indicato in E. FULCHERI, L. VENTURA, *Rileggendo tra antiche e nuove ricette per dare freschezza ai tessuti mummificati o disseccati*, "Pathologica", XCIII, 2001, pp. 700-706. L'inclusione in agar batteriologico è stata effettuata prima della reidratazione, al fine di limitare la disgregazione dei campioni ed il passaggio in soluzione/sospensione di materiali presenti sulle superfici dei campioni, secondo il metodo proposto da L. VENTURA, L. TAGLIERI, *Agar embedding technique in histopaleopathology*, "Paleopathology Newsletter", CXVI, 2001, pp. 7-9.

Frammenti di tessili rinvenuti all'interno del corpo sono stati esaminati mediante ispezione diretta ed avvalendosi dell'osservazione allo stereomicroscopio. Per la ricostruzione del volto è stato applicato il "metodo Manchester", che fonde l'attenzione alla stratificazione delle diverse componenti anatomiche (muscoli, ghiandole, cute) con la necessità di seguire la guida degli spessori dei tessuti molli, limitando così la componente artistica e aumentando, per quanto possibile, l'oggettività scientifica⁹.

Risultati e Discussione

Il corpo di Antonio da Fano giaceva in un feretro di epoca contemporanea, in legno e metallo, verosimilmente risalente alla riesumazione del 1958. I dettagli della giacitura primaria non sono stati tramandati. Poiché all'epoca della morte del soggetto (1435) la chiesa non era stata ancora edificata, il corpo deve essere stato traslato in Santa Maria Nuova all'inizio del XVI secolo dai frati che avevano chiesto di erigere un nuovo convento all'interno della città¹⁰. Un abito monastico contemporaneo in tessuto sintetico risultava semplicemente poggiato sul corpo. All'interno della bara, è stato inoltre recuperato un frammento osteologico attribuibile ad un giovane bovino, nello specifico si tratta di una parte dell'olecrano dell'epifisi prossimale dell'ulna; non sono stati repertati segni di macellazione sul frammento, la provenienza e soprattutto la presenza di questo frammento a stretto contatto con il corpo del francescano è allo stato attuale dei fatti di difficile interpretazione.

⁹ Cfr. J. PRAG, R. NEAVE, *Making faces: Using forensic and archaeological evidence*, British Museum Press, London 1997.

¹⁰ Il corpo mummificato di Antonio da Fano francescano osservante, deceduto nel convento di Santa Maria Nuova in San Lazzaro situato fuori città, fu traslato nella chiesa di Santa Maria Nuova in San Salvatore, dietro l'altare di Sant'Antonio. Qui fu rinvenuto durante i lavori di restauro nel 1958-1959 e spostato nella parete destra della chiesa in un vano di passaggio: VOLPE, BRACCI, *La chiesa di Santa Maria Nuova a Fano* cit.

Una volta rimossa la tonaca, risultava visibile una mummia naturale in buone condizioni di conservazione, eccetto che per il torace e le braccia, completamente scheletrizzati (fig. 1). Il peso complessivo del corpo risultava di 5,085 Kg e la sua lunghezza era di 168 cm. I denti anteriori apparivano ben conservati, con buona occlusione. Pliche cutanee addominali ed a livello delle cosce deponevano per un soggetto in sovrappeso, come confermato dalla sacralizzazione artrosica della quinta vertebra lombare e dalla presenza di ponti osteofitici delle vertebre toraciche inferiori. Ove presente, la superficie cutanea appariva corificata ed in ottime condizioni di conservazione. Gocce biancastre di materiale grigiastro, di consistenza cerosa venivano rinvenute sulla superficie cutanea di spalla sinistra, coscia, gambe e piedi. Presenti in tracce alcuni degli organi interni, quali l'emidiaframma sinistro, un viscere sovrappubico, la pleura parietale destra ed un viscere in fossa iliaca destra.



Fig. 1 - Il corpo parzialmente scheletrizzato di Antonio da Fano (foto Traversari).

Il processo di mummificazione può considerarsi avvenuto per disidratazione di velocità intermedia, come indicato dai segni di decomposizione della cute delle regioni declivi e da organi interni collassati e parzialmente decomposti. Le cause della mummificazione sono quindi da considerarsi naturali, come da sepoltura a camera in clima desertico freddo. Pertanto, le ipotetiche modalità di deposizione risultano essere state in ambiente sub-aereo con parziale ricambio d'aria, in clima secco temperato. Non sono stati rilevati segni riferibili ad interventi artificiali, quali sezioni e suture

cutanee. Ciò, unitamente alla presenza di organi interni in tracce, esclude l'eventualità della mummificazione artificiale mediante eviscerazione. Resta da verificare mediante tecniche analitiche, l'eventualità di un trattamento chimico delle superfici esterne, che allo stato attuale dei rilievi appare comunque poco probabile.

Le indagini radiologiche consentivano di evidenziare erosioni cariose dello smalto di alcuni molari dell'arcata inferiore (fig. 2, a sinistra). Era inoltre evidente marcata artrosi, con sinostosi, del processo trasverso sinistro al passaggio tra il tratto vertebrale lombare e il sacro (fig. 2, a destra). Quest'ultimo aspetto, associato alla presenza di numerosi becchi osteofitosici, prevalentemente

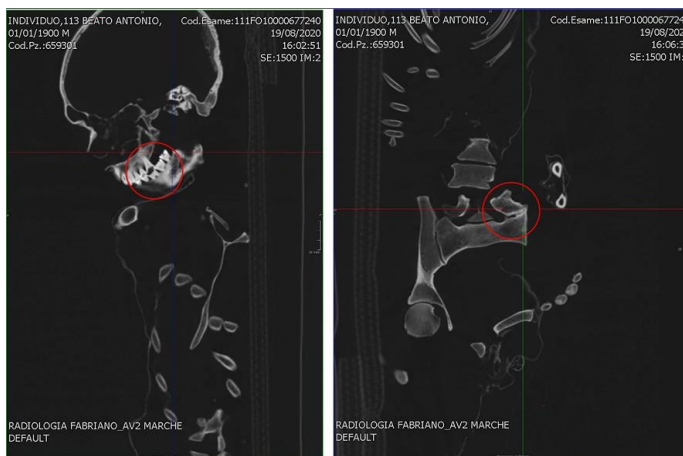


Fig. 2 - A sinistra, carie distruttrice del primo molare inferiore. A destra, parziale fusione della quinta vertebra lombare con la prima sacrale (immagini Petrella, elaborazione grafica Traversari).

asimmetrici lungo la colonna vertebrale, lascia supporre che il soggetto abbia patito ripetuti carichi, portati alle spalle. In generale è possibile parlare di un buon trofismo, aspetto legato al buon funzionamento della matrice ossea, che appare in salute e di buona densità. Si registrava inoltre l'assenza di artrosi alle spalle, anche

e ginocchia. Appaiono conservati i tendini estensori e flessori alla gamba, i tendini delle mani e dei piedi. Un aspetto molto interessante, determinato dal particolare stato di conservazione dei tessuti molli, ormai mummificati, era rappresentato dalla preservazione di alcune strutture riconducibili al letto vascolare dell'individuo, soprattutto negli arti inferiori. Tale condizione consente di ipotizzare una estesa arteriosclerosi delle arterie femorali (fig. 3).

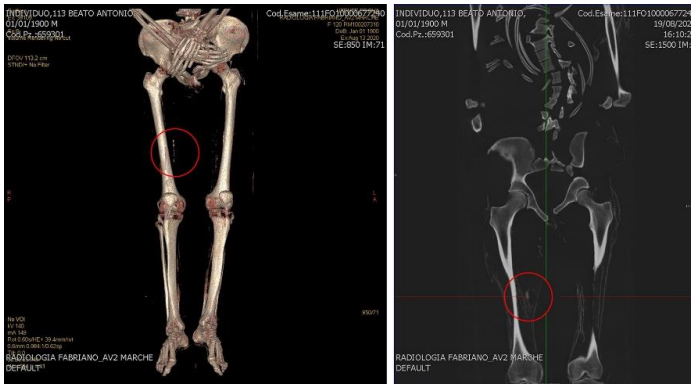


Fig. 3 - A sinistra, ricostruzione 3D degli arti inferiori; nel cerchio struttura tubolare calcifica corrispondente all'arteria femorale destra. A destra, immagine coronale in cui è evidente la medesima calcificazione (immagini Petrella, elaborazione grafica Traversari).

Analoghe alterazioni erano rintracciabili nell'arteria peroniera sinistra e nelle tibiali anteriori bilateralmente. La coesistenza di un buon trofismo osseo con patologie "moderne" come carie ed ateromasia calcifica induce a sospettare che Antonio da Fano avesse accesso ad una dieta ricca di zuccheri e grassi.

L'analisi antropologica ha mostrato un alto grado di rappresentatività degli elementi osteologici, con uno scheletro pressoché completo eccezion fatta per alcune ossa che, probabilmente in

epoca storica, sono state perse o sottratte per scopo devozionale¹¹. Grazie a questo aspetto, è possibile stabilire che il corpo, ad avvenuta parziale scheletrizzazione, è stato certamente movimentato e spostato dalla sua giacitura primaria, che comunque deve essere avvenuta fuori terra o all'interno di una bara. Bacino e gambe mantenevano ampie porzioni di tessuto molle ormai mummificato soprattutto sulla parte anteriore del distretto. Anche gli avambracci e le mani, che dovevano apparire decussate sull'addome al momento della tumulazione, risultavano mummificati fin quasi all'altezza dei gomiti. Parzialmente mummificati anche il massiccio facciale, la porzione anteriore del collo e del torace. La presenza di ampie pliche cutanee suggerisce una corporatura del soggetto certamente non esile. Lo studio ha confermato l'appartenenza dei resti mummificati ad un individuo di sesso maschile, con un'età alla morte stimata entro i 45-49 anni, quindi un'età certamente adulta per un individuo vissuto nel corso del XV secolo. A livello antropometrico è apprezzabile la stima dell'altezza a circa 168 cm, un alto indice di robustezza degli arti inferiori¹², mentre gli arti superiori si attestano su di un valore medio, quasi al limite con la gracilità¹³. Per quanto attiene allo studio dell'impegno muscolare, riflesso delle attività occupazionali che l'individuo ha sostenuto in vita, la

¹¹ Alla verifica, risultano mancanti due falangi della mano sinistra, due falangi della mano destra, cinque vertebre toraciche, cinque vertebre cervicali, l'osso ioide, la dodicesima costa destra; entrambi i processi stiloidei del cranio sono assenti a causa di traumatismi postmortali.

¹² I femori all'indice pilastrico, presenta valori medi e suggerisce una forma rotondeggiante della diafisi con medio sviluppo della linea aspra. L'indice platimerico, collegato agli stress biomeccanici a carico del trocantere del femore, indica una chiara stenomeria, che suggerisce uno schiacciamento antero-posteriore del terzo superiore della diafisi, suggerendo scarsa attività fisica.

¹³ Entrambi gli omeri, al rapporto percentuale tra diametro minimo e diametro massimo misurati a metà diafisi, dimostrano una chiara euribrachia, una sezione rotondeggiante quindi che suggerisce uno scarso impegno del muscolo bicipite e deltoide.

verifica delle inserzioni dei muscoli, tendini e fasce sulle ossa (entesi) ha evidenziato sollecitazione moderata e simmetrica sugli arti inferiori¹⁴, in assenza però di indicatori specifici riconducibili ad azioni quali il camminare o la movimentazione del tronco. Il distretto superiore si presenta molto meno sovraccaricato con scarsissima intensità muscolare rilevata su azioni quali il flettere o l'estendere l'avambraccio, vi sono alcuni indicatori di carattere non metrico che comunque lasciano intendere un impegno a carico delle spalle¹⁵, soprattutto su movimenti sagittali e di elevazione dell'intero cinto scapolare (fig. 4).



Fig. 4 - A sinistra, faccetta accessoria all'acromion, da intensa sollecitazione dell'articolazione acromioclavicolare. A destra, medesima situazione evidenziata dalla TC sulla spalla opposta. L'impegno occupazionale è quindi simmetrico (elaborazione grafica Traversari).

¹⁴ La linea aspra accoglie i capi terminali dei muscoli adduttore lungo, adduttore breve e grande adduttore. Da questa diparte il punto di origine dei muscoli bicipitefemorale, vasto laterale e vasto mediale.

¹⁵ L'impegno più intenso è rintracciabile sul legamento costoclavicolare, sull'articolazione acromioclavicolare e sterno-clavicolare.

A livello dell'occipitale, era inoltre visibile il tubercolo di Hasabe¹⁶ che appare ipertrofico in conseguenza di una protratta posizione flessa in avanti della testa e del collo sotto sforzo, nello svolgimento di attività di sovraccarico bio-meccanico delle spalle, oppure in azioni quali intenso e ripetuto bruxismo.

La registrazione di aspetti patologici dei resti parzialmente mummificati ha evidenziato una moderata deviazione del setto nasale verosimilmente non di origine traumatica. Rari i quadri artrosici, individuati prevalentemente a carico del rachide toracico e lombare, afflitti da processi flogistici e degenerativi intensi, con ponti ossei ed osteofiti diffusi soprattutto nel lato destro (fig. 5, a sinistra). Moderati *lippling* marginali, moderato schiacciamento dei corpi vertebrali sul tratto lombare (fig. 5, al centro) e parziale fusione dell'ultima vertebra lombare con il sacro. Completavano il quadro piccole ernie discali che in alcuni casi interessavano il canale midollare sul tratto toracico (fig. 5, a destra). Il quadro è riconducibile ad una degenerazione da carico, di tipo asimmetrico. Al netto delle lacune, la colonna vertebrale sembra essere affetta da una leggera scoliosi che può avere favorito i processi degenerativi evidenziati.



¹⁶ Dal tubercolo occipitale originano i punti di inserzione del muscolo piccolo retto posteriore, retto laterale e sternocleidomastoideo.

Fig. 5 - A sinistra, il tratto vertebrale toracico superstite, con processi degenerativi che coinvolgono diffusamente il lato destro. Al centro, il tratto vertebrale lombare. A destra, vista inferiore di vertebra toracica con piccola ernia discale che interessa il canale midollare ed esteso processo osteofitico a destra (foto Ventura).

Esenti da alterazioni di rilievo apparivano invece le articolazioni delle anche e delle spalle. Progressivi processi di calcificazione delle cartilagini, tipici dell'età adulta, erano osservati a carico dello scudo tiroideo, delle cartilagini costali e del processo xifoideo sinostotico con lo sterno, che si presentava in una variante morfologica bifida e perforata.

Non sono stati rilevati evidenti indicatori di stati carenziali a livello alimentare. Il peso degli elementi ossei e lo spessore delle corticali osservato all'indagine radiologica escludono la presenza di osteoporosi. Per quanto riguarda l'apparato masticatorio, erano evidenti alcune carie e perdita *intra vitam* di alcuni molari¹⁷, i cui alveoli appaiono oblitterati; tale rilievo trova conferma nell'iperestrusione rispetto al piano oclusale del terzo molare inferiore sinistro, causata dalla perdita precoce degli antagonisti superiori. Una diffusa abrasione dentale da digrignamento (bruxismo) è direttamente relazionabile all'evidente grado di eversione goniale alla mandibola, indicatore riconducibile ad una intensa attività dei muscoli masticatori, notevolmente sollecitati. L'assenza di parodontiti apicali, associata alle altre osservazioni, conferma un rango sociale di livello sul piano della varietà dei cibi.

L'esame microscopico della cute evidenziava quasi esclusivamente il connettivo dermico, la cui conservazione per disidratazione conferisce alla pelle dei corpi mummificati il tipico aspetto coriaceo. Non era invece possibile identificare alcun residuo di epidermide. Il muscolo scheletrico presentava la tipica disposizione in fibre parallele indipendenti, con totale assenza delle caratteristi-

¹⁷ Nel dettaglio, sono andati perduti il primo e secondo molare superiori a destra, il secondo e terzo molare superiori a sinistra.

che striature trasversali derivanti dall'organizzazione delle proteine contrattili. Tali rilievi identificano un livello di conservazione tissutale relativamente basso, riconducibile al meccanismo di disidratazione lenta che in ampie aree del corpo ha risparmiato i tessuti connettivi e muscolari, impedendo però la conservazione di detriti cellulari.

Nei campioni di muscolo scheletrico (fig. 6, a sinistra), dell'organo in ipocondrio sinistro (fig. 6, a destra) e delle meningi (fig. 7) venivano osservati molteplici depositi di materiale amorfo, debolmente tingibile, granulare, indicativo di adipocera¹⁸. L'assenza di strutture connettivali organizzate nel campione di organo prelevato in ipocondrio depone per un agglomerato organoide di adipocera addominale e non per un organo addominale vero e proprio. Tra i fattori che favoriscono la formazione dell'adipocera sono annoverati la presenza di grassi corporei, l'umidità, il pH lievemente alcalino, la temperatura calda, le condizioni anaerobiche e la presenza di batteri adeguati. Tra questi, l'unico essenziale è la mancanza di ossigeno (anaerobiosi), fondamentale per la degradazione incompleta degli acidi grassi. La genesi dell'adipocera risulta pe-

¹⁸ L'adipocera è un composto organico derivante dalla trasformazione del grasso corporeo da parte di batteri anaerobi. In luogo della naturale decomposizione di organi e tessuti si verifica la formazione di materiale grigiastro compatto, simile a cera, secondo un processo chimico detto saponificazione, che prevede la trasformazione degli acidi grassi in adipocera. Il fenomeno può manifestarsi in varie forme, dalla presenza di lesioni focali appena visibili alla sostituzione di ampie regioni di tessuti molli corporei. In D.H. UBELAKER, K.R. ZARENKO, *Adipocere: what is known after over two centuries of research*, "Forensic Science International", CCVIII, 2011, pp. 167-172, la formazione di adipocera è considerata una vera e propria anomalia nel processo di decomposizione del cadavere, risultante in una conservazione inusuale. Il fenomeno può avere inizio a partire da un mese dopo il decesso e, come riferito da A.C. AUFDERHEIDE, *Soft tissue taphonomy: a paleopathology perspective*, "International Journal of Paleopathology", I, 2011, pp. 75-80, i depositi di adipocera possono persistere per lunghi periodi, compresi tra 5 e 5000 anni.

culiare delle sepolture in ambienti freddi e umidi come terreni bagnati, fondali lacustri o dispositivi sigillati, nonché in corpi di donne, bambini e soggetti sovrappeso, in quanto contenenti grandi quantità di grasso corporeo¹⁹.

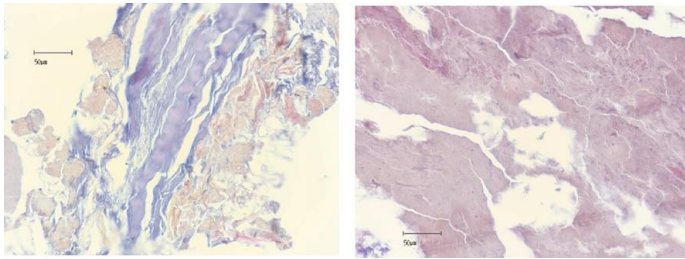


Fig. 6 - A sinistra, fibre muscolari mummificate con ampi depositi di adipocera (colorazione tricromica secondo Masson). A destra, adipocera in assenza di connettivo (colorazione ematossilina-eosina) (microfotografia Ventura).

Il riscontro di adipocera nel contesto dei muscoli scheletrici e nella cavità addominale conferma quindi l'evenienza di un soggetto in sovrappeso se non addirittura obeso. L'abbondanza di tessuto adiposo costituisce un'ulteriore conferma della dieta ricca di

¹⁹ D. SCHOENEN, H. SCHOENEN, *Adipocere formation - The result of insufficient microbial degradation*, "Forensic Science International", CCXXVI, 2013, pp. 301.e1-301.e6 ricorda come la decomposizione cadaverica sia un processo essenzialmente microbico; se i microorganismi possono proliferare indisturbati nutrendosi mediante i processi chimici di respirazione, ogni tessuto corporeo sarà prima o poi convertito in acqua ed anidride carbonica. In assenza di ossigeno (cavità corporee interne, sepolture sigillate) al posto della respirazione può avere luogo soltanto la fermentazione, capace di trasformare in sostanze volatili o idrosolubili soltanto glucidi, aminoacidi e glicerina, ma non gli acidi grassi. Gli acidi grassi derivanti per idrolisi dai trigliceridi vengono idrossilati ed ossidati da batteri anaerobi come i clostridi presenti nell'intestino, creando prodotti con temperatura di fusione più elevata, insolubili a temperatura ambiente, che in gran parte vengono convertiti in poliidrossiacidi, che insieme ad acidi grassi, saponi e trigliceridi risultano essere i principali componenti dell'adipocera.

zuccheri e grassi e consente di ipotizzare, in via speculativa, che il soggetto potesse anche essere affetto da iperlipidemia. Quest'ultima, come è noto, rappresenta ancor oggi uno dei fattori di rischio maggiori per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari.

Totalmente diverso risulta invece il significato dell'adipocera riscontrata all'interno della cavità cranica. Essa è riconducibile alla ricchezza in lipidi degli organi encefalici che spesso vanno incontro a trasformazioni di tal genere anche nei resti di soggetti scheletrizzati e, pertanto, non configura il quadro di una condizione patologica.

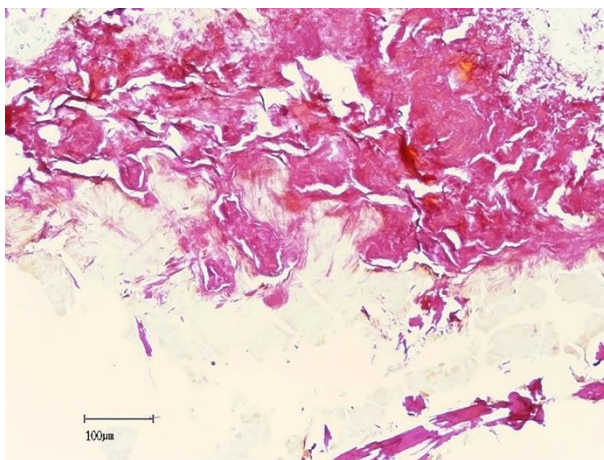


Fig. 7 - Fibre collagene meningehe e adipocera scarsamente tingibile (colorazione mista Perls/van Gieson) (microfotografia Ventura).

Il complesso dei rilievi istologici consente di ipotizzare che la sepolatura primaria di Antonio da Fano abbia avuto luogo in ambiente anaerobio, con pH non acido, suggerendo l'eventualità di una bara a discreta tenuta, ma non esclude del tutto l'inumazione in terreno umido. La scheletrizzazione di ampi tratti dello scheletro assiale e degli arti superiori potrebbe quindi essere avvenuta dopo

la traslazione del corpo o all'interno della stessa sepoltura originaria qualora vi si fossero create condizioni microambientali differenti nelle diverse regioni corporee.

L'esame istologico del campione di cartilagine costale mostrava tessuto osseo trabecolare e non cartilagineo, come atteso. Ciò indica la presenza di ossificazione cartilaginea, in conformità con quanto osservato macroscopicamente anche nelle cartilagini tracheali. L'ossificazione cartilaginea è un rilievo frequente nei soggetti di età adulto-anziana. L'esame istologico del viscere sovrapubico e di quello in fossa iliaca evidenziava una parete fibromuscolare priva di ulteriori elementi architettonici utili a definire la diagnosi d'organo. In tutti i campioni risultava microscopicamente evidente la colonizzazione da parte di spore fungine, pollini e frammenti di artropodi. Tali fenomeni rappresentano una costante nello studio microscopico dei tessuti umani antichi e non devono essere interpretati come stimate di processi morbosi.

Oltre ad avere fornito contributi utilissimi allo studio antropologico e paleopatologico, l'indagine radiologica ha permesso di evidenziare un processo chiaramente tafonomico occorso sui resti ad avvenuta inumazione. La TC del cranio ha infatti mostrato la presenza di materiale eterogeneo all'interno della teca cranica, in posizione declive rispetto alla giacitura del corpo. Esso appariva composto da una matrice amorfa granulare con densità disomogenea, che inglobava piccoli elementi sagomati e più densi. Al di sopra di questo strato, erano evidenti alcune strutture avviluppate su se stesse. L'osservazione endoscopica ha infine mostrato la presenza di fibre vegetali, detriti e frammenti di tessili all'interno del cranio, elementi chiaramente riconducibili ad una tana di piccoli mammiferi.

L'estrazione confermava che gran parte del deposito era costituito da terriccio frammisto a fibre vegetali di varia natura (steli, frammenti di foglie), a cui sono stati aggiunti alcuni frammenti di tessili che, nell'insieme, hanno garantito alla tana, un buon grado di *comfort*. La presenza di cinque emimandibole di piccoli roditori, riconducibili a cuccioli di topolini domestici, confermava l'ipotesi.

Specialmente in concomitanza di resti mummificati, non è eccezionale riscontrare tane di piccoli mammiferi, soprattutto roditori, che trovano conforto entro le cavità anatomiche esposte, come bacino, torace e cranio²⁰. Questi roditori portano nel nido ciò che è disponibile nell'ambiente circostante, per renderlo maggiormente confortevole e, talora, vi accumulano provviste alimentari costituite da piccoli frutti silvani come ghiande o noci.

I frammenti tessili provenienti dall'endocranio, ad una prima analisi, erano da riferirsi ad indumenti o parti di indumenti posti a contatto con il corpo. I frammenti erano riconducibili a quattro differenti tipologie tessili: la n.1 rappresentata da un unico frammento, la n. 2 da quattro frammenti (di dimensioni maggiori), la n. 3 da un frammento e la n. 4 da quattro parti di filo in seta utilizzato verosimilmente per cuciture (fig. 8). Lo stato di conservazione mediocre di tutti i frammenti, ad eccezione del n. 3 che era in buone condizioni, li assimilano piuttosto a parti di manufatti cartacei, il cui stato è definibile fragile-vetroso, per la forte disidratazione delle fibre che appaiono rigide, tendono a fratturarsi facilmente e sono totalmente prive di elasticità.

Il contatto prolungato con materiali organici in decomposizione, in un ambiente con possibili forti variazioni di umidità e temperatura, ha portato alla perdita delle caratteristiche proprie iniziali dei filati utilizzati. Anche in assenza di indagini merceologiche specifiche, è possibile asserire con certezza che si tratta di fibra animale, in particolare seta per i frammenti 1, 3 e 4, mentre il frammento 2 risultava in fibra vegetale. A causa del cambiamento cromatico

²⁰ T. VÄRE, J.-A. JUNNO, J. NIINIMÄKI, M. NISKANEN, S. NIINIMÄKI, M. NÚÑEZ, J. TUUKKANEN, A. TRANBERG, M. HEINO, S. LIPKIN, S. TUOVINEN, R. VILKAMA, T. YLIMAUNO, T. KALLIO-SEPPÄ, *Computed tomography of mummified human remains in old Finnish churches, a case study: the mummified remains of a 17th-century vicar revisited*, "Post-Medieval Archaeology", L, 2016, pp. 368-379; L. SZLESZKOWSKI, M. KADEJ, A. THANNHÄUSER, D. TARNAWSKI, T. JUREK, *Ecological aspects of unusual findings of animals nesting inside mummified human corpse in natural conditions*, "Forensic Science International", CCLXXXIX, 2018, pp. 390-396.

della fibra - ora di colore bruno - e dei depositi di colore bianco-grigiastro probabilmente di natura organica presenti sulla superficie, risulta difficile stabilire se si tratti di lino o altra fibra vegetale. Si esclude la presenza di iuta e canapa, data la finezza del tessuto e l'utilizzo di filati molto sottili (titolo alto) sia per le trame che per gli orditi. Tutti i frammenti tessili risultano essere realizzati con armatura semplice ovvero tela/*taffetas*. Alla luce delle informazioni desunte da questa prima analisi appare difficile stabilire una datazione per tutti i frammenti, sia per le dimensioni ridotte, sia per



Fig. 8 - I frammenti tessili recuperati e analizzati (foto Biselli).

la mancanza di particolari legati alla tessitura come la cimosa o l'inizio/fine pezza e l'assenza di disegno. Rimane quindi aperta la possibilità che tutti o una parte di questi appartenessero alla prima inumazione.

Utilizzata in contesti sia forensi che archeologici, la ricostruzione del volto è finalizzata a ricreare i tessuti molli al fine di restituire un volto all'individuo scheletrizzato. Pur non avendo la pretesa di essere una fotografia del soggetto, si basa sul principio che la struttura ossea del cranio influenza inevitabilmente le proporzioni e la morfologia del viso e quindi dei tessuti molli, incluso il piano cutaneo. In ambito forense viene usata per poter divulgare un'immagine che possa sollecitare un possibile riconoscimento da parte dell'osservatore, riconducendolo ad un soggetto a lui noto e informando le autorità preposte. Il sospetto di identità così ottenuto verrà verificato attraverso le tecniche identificative ufficiali (impronte digitali, arcate dentali, DNA) per confermare o escludere tale ipotesi. In ambito storico-archeologico ha il fine di rendere più fruibile un reperto sia a fini di studio, sia ai fini di una esposizione museale. Propedeutici alla ricostruzione del volto sono l'analisi antropologica dello scheletro in toto e l'analisi dettagliata delle ossa del cranio, delle inserzioni muscolari e della dentatura. Spesso viene effettuata anche una comparazione cranio-ritratto al fine di valutare la compatibilità delle proporzioni sul piano osseo con quelle del volto ritratto nell'eventuale iconografia esistente. Ciò può fornire un ulteriore supporto alle ipotesi identificative, spesso non semplici nei reperti antichi.

Lo studio antropologico dei resti di Antonio da Fano aveva rilevato l'appartenenza ad un soggetto caucasioide di sesso maschile e di età stimabile fra i 45 e 49 anni. Le ossa suggerivano una costituzione non esile. Tali dati hanno portato a scegliere le tabelle di spessori secondo De Greef²¹ e costruire di conseguenza i pioli, collocati nei punti anatomici di riferimento (cilindri blu). I muscoli sono stati modellati e applicati sull'osso nelle corrette inserzioni e

²¹ S. DE GREEF, P. CLAES, D. VANDERMEULEN, W. MOLLEMANS, P. SUETENS, G. WILLEMS, *Large-scale in-vivo Caucasian facial soft tissue thickness database for craniofacial reconstruction*, "Forensic Science International", 2006, 159 Supplement, pp. S126-S146.

successivamente è stato modellato il piano cutaneo, fino a raggiungere il limite del cilindro di riferimento in ciascun punto. Il naso è stato ricostruito seguendo il cosiddetto “metodo Prokopec”, particolarmente adatto per i soggetti caucasoidi²². Si è rivelato essere un naso non molto simmetrico, con deviazione del setto (dettaglio già apprezzabile a livello osseo). L’immagine proposta (fig. 9) restituisce un’indicazione dei vari passaggi ricostruttivi e un primo approccio alla creazione del piano cutaneo che andrà poi levigato e su cui andrà apposta una texture al fine di renderlo più realistico. A breve, un volto anatomicamente compatibile di Beato Antonio da Fano sarà restituito al mondo moderno.

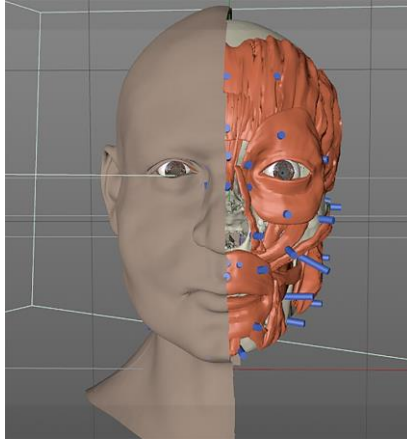


Fig. 9 - Spaccato della ricostruzione del volto di Antonio da Fano (elaborazione grafica Milani).

Gli Autori ringraziano Padre Giancarlo Mandolini ofm (Convento di Santa Maria Nuova in Fano, PU) e Padre Ferdinando Campana ofm (Ministro Provinciale, Provincia Picena S.

²² M. PROKOPEC, D.H. UBELAKER, *Reconstructing the Shape of the Nose According to the Skull*, “Forensic Science Communications”, 4 (1), 2002, pp.1-4.

Giacomo della Marca dei Frati Minori in Jesi, AN) per il conferimento dell'incarico di studio ed il supporto logistico all'operazione.

Giovanni Rossi e il Teatro chirurgico di Parma

Nicoletta Piazza

Socia SISM (nicoletta021@gmail.com)

Riassunto

Prima che la cattedra di chirurgia all'Università di Parma fosse affidata a Giovanni Rossi, nel 1828, la formazione dei futuri chirurghi era ancora basata essenzialmente su conoscenze teoriche. Fu lo stesso Rossi a modificare e migliorare l'insegnamento della disciplina: egli infatti riconobbe l'importanza per gli studenti di apprendere meglio l'anatomia umana mediante l'osservazione di interventi chirurgici e le lezioni di anatomia sul cadavere. In questa prospettiva nel 1838 il professore, nominato due anni prima docente di clinica chirurgica, promosse l'allestimento di un teatro chirurgico presso l'Ospedale della Misericordia: di questo teatro suggerì egli stesso il progetto seguendone personalmente la realizzazione. Il cantiere richiese qualche anno per essere portato a termine, a causa delle modifiche in corso d'opera volute dal suo ideatore e per gli elevati costi di costruzione. Infine l'opera fu completata grazie al finanziamento da parte della duchessa di Parma, Maria Luigia, e nel 1845 se ne celebrò l'inaugurazione. Giovanni Rossi volle anche istituire una biblioteca contigua alle sale settorie. Attualmente del teatro chirurgico si conserva soltanto una interessante serie di disegni architettonici, conservati all'Archivio di Stato di Parma, che restituiscono la complessità della costruzione e degli arredi.

Summary

Before the chair of surgery at the University of Parma was entrusted to Giovanni Rossi, in 1828, the training of future surgeons was still essentially based on theoretical knowledge. It was Rossi himself who improved the teaching of the discipline: he admitted the importance for students to learn more about human anatomy through the observation of surgical operations and anatomy lessons on the corpse. With this in mind, in 1838, Rossi, who had been appointed professor of clinical surgery two years earlier, promoted the construction of a surgical theatre at the Misericordia Hospital. It took a few years to complete the project, due to the changes he wanted to make during the construction phase and the high construction costs. Finally, the work was completed thanks to funding from Duchess Maria Luigia and the inauguration was celebrated in 1845. Giovanni Rossi also wanted to establish a library next to the dissection rooms. Currently, only an interesting series of architectural drawings of the surgical theatre are preserved in the State Archives of Parma, which illustrate the complexity of the construction and furnishings.

Parole chiave: teatro chirurgico, Giovanni Rossi, Università di Parma, Ospedale della Misericordia, anatomia umana, clinica chirurgica, duchessa Maria Luigia.

Keywords: surgical theatre, Giovanni Rossi, University of Parma, Misericordia Hospital, human anatomy, clinical surgery, Duchess Maria Luigia.

Il Teatro chirurgico dell'Ospedale della Misericordia di Parma è strettamente legato alla figura di Giovanni Rossi, chirurgo di origine toscana, nato a Sarzana nel 1801, che iniziò la sua carriera a Parma nel 1828 come professore sostituto della cattedra universitaria di chirurgia (fig. 1). Apprezzato per le doti cliniche e chirurgiche, nel 1832 fu nominato dalla duchessa Maria Luigia chirurgo consulente della Corte e della Casa ducale e, nel 1836, professore di clinica chirurgica e di operazioni sul cadavere nelle Scuole superiori di Parma. Divenuto titolare della cattedra, sviluppò una sempre maggiore passione per l'insegnamento, che fece maturare in lui la consapevolezza che, per l'esercizio della pratica chirurgica, fosse necessario attuare una didattica che permettesse agli studenti di acquisire, oltre all'osservazione, all'esperienza e al ragionamento induttivo, la fermezza e l'abilità nell'uso degli strumenti che, in mani poco capaci, invece di arrecare salute, potevano diventare dannosi per il malato¹.

Seppure la città di Parma avesse fin dal XII secolo un'importante tradizione scolastica in ambito chirurgico², a metà Ottocento l'insegnamento della chirurgia era ancora basato sulla semplice osservazione dell'operato dei professori da parte degli studenti, mentre non venivano effettuati esercizi sul cadavere: l'anatomia si imparava solo sui libri e l'aspetto pratico, necessario per la chirurgia, non era previsto nel percorso formativo. Zaccharia Biagi, allievo di Giovanni Rossi, descrisse così le lezioni di chirurgia prima che il professore riformasse l'insegnamento:

¹ Z. BIAGI, *Sulla eccellenza del metodo di istruzione presentemente osservato nella Clinica Chirurgica della Ducale Università di Parma e descrizione di un nuovo catetere per la cistotomia, immaginato e proposto dal dott. Z. Biagi*, "Annali Universali di Medicina", Vol. CXXII, Fasc. 365, 1847, pp. 243-248. Si veda inoltre A.V. MARCHI, *Volti e figure del Ducato di Maria Luigia*, Antea, Milano 1991.

² P. BONARDI, *Le versioni provenzali della Cirurgia di Ruggero da Parma*, in *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, a cura di M.O. BANZOLA, L. FARINELLI, R. SPOCCI, Silva Editore, Parma 2003, pp. 91-111. Per la storia dell'Università di Parma si rinvia ai diversi contributi in "Annali di storia delle università italiane", 9, 2005, pp. 31-216.

[...] se era caso da operazione si operava, ma sempre ed esclusivamente dal professore; e gli alunni facevano la pratica con gli occhi. [...] Ma il bisturino o la lancetta, anche solo per l'apertura di superficiale ascesso, non era in mano che del professore. Le operazioni sul cadavere si insegnavano leggendo, e molte volte anche senza cadavere³.



Fig. 1 - Il Cavaliere Giovanni Rossi di Sarzana (BIBLIOTECA PALATINA DI PARMA, Fondo Parmense 2023).

All'arrivo di Rossi a Parma, la Scuola di chirurgia era suddivisa in due sezioni: una superiore, dedicata all'insegnamento delle operazioni complesse e destinata agli studenti più dotati che sce-

³ BIAGI, *Sulla eccellenza del metodo di istruzione presentemente osservato nella Clinica Chirurgica della Ducale Università di Parma* cit., p. 244.

gliavano di dedicarsi principalmente a questa disciplina, e una inferiore, finalizzata all'insegnamento dei piccoli interventi, del trattamento di lussazioni e fratture e della tecnica di fasciatura⁴. La sezione inferiore era utile ai medici che avrebbero esercitato lontano dall'ospedale e che dovevano diventare necessariamente autonomi per le emergenze di piccola chirurgia. Dal 1832 i due insegnamenti furono accorpati. Nel primo anno gli studenti venivano avviati alla conoscenza delle operazioni più comuni, con particolare attenzione allo studio dell'apparato muscolo-scheletrico, dei vasi e dei nervi; nel secondo anno venivano studiate ed eseguite sul cadavere tutte le altre operazioni del torace, dell'addome, della pelvi e delle estremità. Nei due anni il professore riusciva anche a tenere un corso di chirurgia minore, assai utile nella pratica quotidiana di ogni medico⁵. Dopo la nomina del 1836, Rossi poté rivedere il metodo d'insegnamento secondo le sue convinzioni in materia didattica, adoperandosi in ogni modo per migliorare la Scuola: in questo intento trovò sicuramente l'appoggio di Maria Luigia, molto attenta sia alla pubblica istruzione che al miglioramento dell'ospedale. L'ordinamento didattico del giovane professore aveva come principio ispiratore quello di porre lo studente maggiormente a contatto con il malato: ad ogni allievo veniva così assegnato un paziente, del quale doveva redigere la storia clinica, annotare sintomi e segni della malattia e descrivere tutti i cambiamenti che avvenivano durante la degenza. Stabilita la diagnosi, l'intervento, se di non grande importanza,

⁴ La tecnica della fasciatura era un capitolo davvero complesso e articolato della chirurgia ottocentesca: era utile per comprimere i vasi e fermare l'emorragia, per tenere uniti lembi disgiunti, per risolvere alcune deformità, mantenendo posizioni idonee. Le fasce erano di tela, di cotone o di flanella. Venivano descritti tantissimi tipi di fasciature, a seconda della parte che si doveva fasciare e lo scopo che si voleva ottenere. Le fasciature non dovevano essere troppo strette da fermare la circolazione e inoltre era necessario tenerle pulite con cambi frequenti.

⁵ F. FRESCHI, *Cenni intorno al metodo di insegnamento ed ai progressi della Chirurgia clinica nelle scuole di Parma*, "Annali Universali di Medicina", Vol. CIV, Fasc. 310, 1842, p. 231.

veniva eseguito dallo stesso studente, previa esercitazione sul cadavere nella regione anatomica interessata; in caso di decesso del malato, lo studente doveva poi eseguire l'autopsia per stabilire la causa della morte⁶. Le storie cliniche, unitamente alle tabelle giornaliere di osservazione del paziente, venivano in seguito discusse collegialmente e al momento della dimissione o della morte del paziente erano depositate nell'archivio della clinica, per essere eventualmente consultate in casi simili che si fossero presentati in futuro.

Nella sua pubblicazione relativa al metodo di insegnamento adottato nella clinica chirurgica di Parma, il medico Francesco Freschi così descrisse i compiti affidati agli studenti:

debbono raccogliere minutamente giorno per giorno tutti i dati e fenomeni morbosi concomitanti [...] il giovane alunno incaricato di tesserne la storia, legge in pubblica scuola la sua relazione, apponendovi delle osservazioni sue proprie e aprendo così il caso alle discussioni verbali, che recano non poco giovamento a tutta la scuola⁷.

I più meritevoli del secondo anno venivano prescelti per l'esecuzione anche di operazioni chirurgiche più complesse. Prima però occorreva che si esercitassero anche più volte sul cadavere in presenza degli altri colleghi di studio, che potevano obiettare e dare suggerimenti: il tutto sotto l'osservazione silenziosa del professore, che incentivava la discussione fra i condiscipoli, convinto che questo favorisse l'apprendimento. Quando lo studente aveva dimostrato di essere in grado di eseguire l'operazione sul cadavere, e di affrontare tutte le difficoltà del caso, poteva cimentarsi sul paziente: questo, nei giorni successivi all'intervento, doveva essere seguito dall'allievo chirurgo, annotando tutte le

⁶ G.M. GIULIANI, *Giovanni Rossi, Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte*, Tipografia già Cooperativa Parmense, Parma 1928, p. 19.

⁷ FRESCHI, *Cenni intorno al metodo di insegnamento ed ai progressi della Chirurgia clinica nelle scuole di Parma* cit., p. 232.

variazioni giornaliere da discutere con il professore e gli altri colleghi⁸. Le lezioni, definite ‘clinici trattenimenti’, venivano tenute dal professore tre volte alla settimana, il lunedì, il mercoledì e il venerdì: oltre a discutere degli importanti argomenti della scienza medica insieme ai suoi discepoli, il Rossi mostrava le operazioni sul cadavere, insegnava i vari metodi per riunire ossa slogate o rotte, ripeteva esercizi di anatomia umana normale e patologica. In effetti, già dal 1837, il professore disponeva di una discreta collezione di preparati anatomici a secco, da lui stesso confezionati nel corso degli anni di attività chirurgica e autoptica.

Che se la eseguita operazione portò di necessità la esportazione di qualche pezzo patologico, o di alcun membro guasto, questo allora offre tostamente all’inclito professore materia opportunissima a dissertare sulla natura di quella morbosa affezione, intrattenendo la Scuola colle considerazioni patologico-pratiche le più rilevanti. E il pezzo asportato poi, se per caso abbia seco una certa importanza, e possa interessare il progresso della scienza, viene allora preparato, e deposto nel Gabinetto patologico addetto alla clinica medesima per lo studio dell’anatomia morbosa applicata alle occorrenze della chirurgia⁹.

La modernità della ‘riforma’ applicata nell’insegnamento della chirurgia a Parma da Giovanni Rossi fu proprio quella di introdurre l’esercizio pratico, prevalentemente sul cadavere, che permetteva allo studente di apprendere più compiutamente l’anatomia umana e di acquisire quella destrezza e quella calma nell’utilizzo dei ferri che erano necessarie per la buona riuscita di ogni intervento. A riprova della sua convinzione dell’estrema utilità delle lezioni eseguite con dimostrazioni pratiche, Rossi, in qualità di vicepresidente della sotto sezione di chirurgia nella Sesta Riunione degli Scienziati Italiani, svoltasi a Milano nel settembre del 1844, nella relazione introduttiva annunciò che

⁸ *Ibidem.*

⁹ *Ivi*, p. 233.

l'ultima adunanza si sarebbe tenuta presso la sala anatomica dell'Ospedale Maggiore al fine di sperimentare sui cadaveri, messi a disposizione dalla direzione, le nuove proposte di strumenti chirurgici mostrando innovativi procedimenti operativi¹⁰. Due anni dopo, a Genova, quando la chirurgia non fu più ascritta a una sottosezione della medicina ma ottenne una propria sezione indipendente, Rossi, nominato presidente, propose nuovamente di svolgere l'adunanza finale con esercitazioni sul cadavere nel Teatro chirurgico dell'Ospedale di Pammatone¹¹. Questo metodo d'insegnamento era molto apprezzato dagli studenti. Come già Freschi, anche Zaccaria Biagi, nel 1847, elogiò sugli "Annali Universali di Medicina" la Scuola di Parma e le lezioni dell'illustre professore, rimarcando l'indubbia utilità delle esercitazioni pratiche¹². Anche Giuseppe Secondi, uno studente di Padova che si recò a Parma per un bimestre a seguire le lezioni di Rossi, esaltò in una pubblicazione le doti del professore come abile chirurgo e insegnante, in grado di instaurare un proficuo dialogo con gli allievi e un rapporto amichevole, come evidenziato in queste affermazioni:

Lezioni sempre a voce, palesanti la dovizia scientifica dell'Istruttore, permettenti più libera la descrizione dimostrativa degli oggetti materiali, e vincolanti maggiormente la fuggevole attenzione dei Giovani uditori. Consultazioni giornaliere, costanti, fraterne fra Discepoli e Professore, in concorrenza e libertà dei Praticanti esteri, tanto sulle diagnosi, quanto sul metodo di cura,

¹⁰ *Atti della Sesta Riunione degli Scienziati Italiani, tenuta in Milano nel settembre del MDCCCXLIV*, Coi tipi di Luigi di Giacomo Pirola, Milano 1845, p. 754.

¹¹ *Atti della Ottava Riunione degli Scienziati Italiani, tenuta in Genova nel settembre del MDCCCXLVI*, Tipografia Ferrando, Genova 1847, p. 893.

¹² BIAGI, *Sulla eccellenza del metodo di istruzione presentemente osservato nella Clinica Chirurgica della Ducale Università di Parma* cit., pp. 243-248.

come nelle prognosi cadaveriche. È indicibile l'immenso utile che reca un tal metodo¹³.

Il grande interesse di Rossi per gli studenti fece maturare in lui l'idea che questi dovessero avere a disposizione un luogo in cui assistere agli interventi chirurgici e alle lezioni di anatomia sul cadavere. In effetti, le sue lezioni erano seguite da oltre trenta persone: vi era perciò la necessità di disporre di un'aula che permettesse anche a un gruppo numeroso di studenti di seguire l'operato del chirurgo; pertanto la collocazione dei posti a sedere lungo una gradinata, disposta ad anfiteatro, era la soluzione ideale per una corretta visione da parte di tutti. La clinica chirurgica doveva avere un Teatro chirurgico, di cui lui stesso fornì il disegno (forse uno schizzo) all'architetto che si occupò della progettazione. Ottenuta l'autorizzazione alla costruzione dal Presidente dell'Interno Francesco Cocchi nel febbraio del 1838, nel giugno dello stesso anno l'architetto Paolo Gazola provvide alla redazione di una perizia descrittiva con relativo preventivo dei costi, corredata da disegni che mostravano, oltre al Teatro, anche la sala adiacente dell'Armamentario chirurgico. Grazie alla minuziosa perizia architettonica del Gazola, redatta secondo le indicazioni di Giovanni Rossi, possiamo ricostruire l'aspetto del "Teatro e Sala annessa per le operazioni di Alta Chirurgia", così definito nel testo inviato al Presidente dell'Interno¹⁴.

Il Teatro chirurgico consisteva in un'aula ad anfiteatro di circa 30 metri quadrati, illuminata da tre finestre (fig. 2); vi era disposta una gradinata costruita su uno scheletro di legno che sosteneva quattro file di panche (fig. 3); alla gradinata si accedeva da una porta di rovere che dava sul loggiato del cortile ed era allineata a quella di ingresso alla sala dell'Armamentario (fig. 4).

¹³ G. SECONDI, *Rimembranze delle cliniche medica e chirurgica di Parma nel bimestre marzo e aprile 1843*, "Bullettino delle Scienze Mediche pubblicato per cura della Società medico-chirurgica di Bologna", Serie 3^a, Vol. 4, 1843, p. 88.

¹⁴ ARCHIVIO DI STATO DI PARMA (ASPR), *Presidenza dell'Interno*, Relazione sull'andamento delle Scuole Superiori, B. 61, 1838.

Dall'ingresso, attraverso la porta sul loggiato, una scala saliva alla parte superiore e da lì un'altra scala scendeva lungo il centro della gradinata e terminava con due sportelli che chiudevano

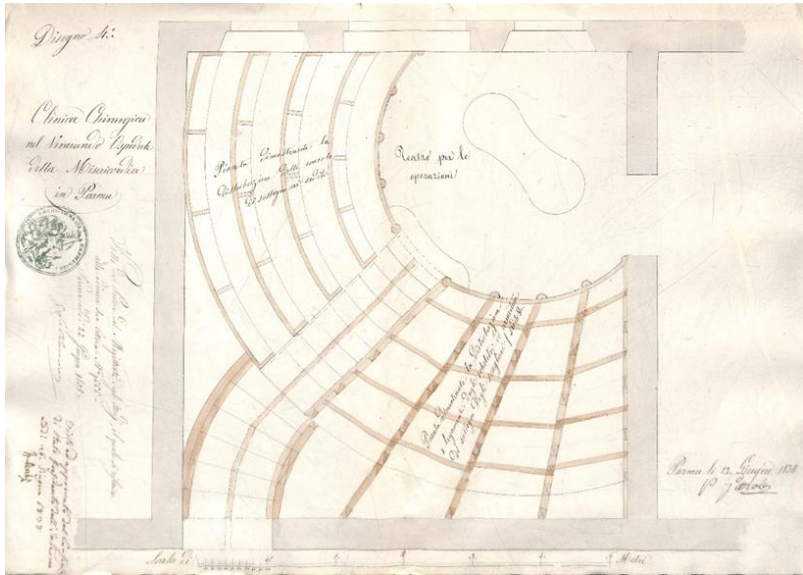


Fig. 2 - Teatro chirurgico (ARCHIVIO DI STATO DI PARMA, Presidenza dell'Interno, Clinica Chirurgica, B. 61, 1838).

l'uscita sull'area del tavolo delle operazioni; in basso, di fronte all'ultima fila di panche, vi era una balaustra in legno di pioppo con tre gradini. Nel locale vennero sistemati due 'ventilatori' richiesti da Rossi per la salubrità dell'aria e per la conservazione degli organi interni: difficile stabilire di che tipo di ventilatori si trattasse, essendo i primi rudimentali strumenti di areazione in uso solo da fine Ottocento.

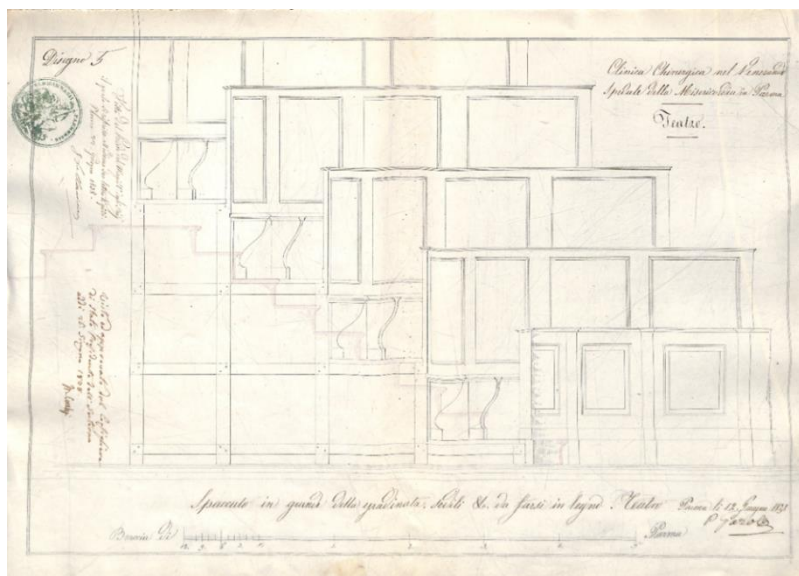


Fig. 3 - Teatro chirurgico: particolare della gradinata in legno (ARCHIVIO DI STATO DI PARMA, Presidenza dell'Interno, Clinica Chirurgica, B. 61, 1838).

Dall'area del tavolo delle operazioni si accedeva, attraverso due porte a bussola, alla sala dell'Armamentario, di dimensioni sovrapponibili al Teatro (fig. 4), detta anche sala degli armadi: come si osserva nella fig. 5, dalle pareti della bussola (quest'ultima nel progetto originario era una porta semplice trasformata in bussola durante i lavori, su indicazione dello stesso Rossi¹⁵) si estendevano gli armadi, disposti allo stesso modo nella parete a fronte.

Anche nella seconda porta della sala dell'Armamentario, quella che dava sul loggiato, come visibile nella fig. 6, erano presenti altre due porte a bussola con armadi simili, disposti a cornice, che

¹⁵ ASPR, *Presidenza dell'Interno*, Spese e bilanci, B. 69, 1825-1845.

completavano il perimetro della stanza (fig. 4). A parte i piani in legno di abete e i piedi torniti, gli sportelli e le pareti degli armadi erano in vetro: questo permetteva una migliore visione dei ferri chirurgici da tutti i lati. Come mostrano i disegni, al di sopra degli armadi erano presenti delle nicchie che contenevano i busti di illustri medici¹⁶, e precisamente: Paolo Mascagni, Giambattista Morgagni, Antonio Scarpa, Pietro Rubini, Giovanni Rasori, Francesco Vaccà Berlinghieri, Giovanni Battista Monteggia e dal 1846 anche Giacomo Tommasini.

La sala dell'Armamentario era particolarmente apprezzata per l'eleganza degli armadi di cristallo che contenevano, oltre ai ferri normalmente utilizzati nella pratica chirurgica, una collezione storica di strumenti che raccontava l'evoluzione di questo ramo dell'arte sanitaria.

Così venne descritto l'Armamentario da Francesco Freschi:

Di vero si rimane oltremodo paghi ed ammirati nell'osservare a mo' di esempio, tutta la storica progressione degli apparecchi, dei ferri, delle siringhe, dei coltelli e di altri ordigni relativi, per mo' d'esempio, alla cistotomia, incominciando dai più remoti tempi, nei quali questa chirurgica operazione venne introdotta nell'arte insino ai più moderni e passando quindi all'invenzione degli strumenti litotritori e giù venendo a tutte le modificazioni e cangiamenti progressivamente adottati insino al più recente perfezionato metodo detto di percussione del barone di Heurteloup. Così la storia della stetosopia vi rinviene la serie progressiva degli stetoscopii dalla loro prima invenzione fatta da Laennec insino a quelli più recentemente introdotti per miglioramento e perfezionamento del metodo di mediata ascoltazione delle malattie. Così la chirurgia applicata alla cataratta e ai diversi mali dell'occhio; così la storia dell'erniotomia, delle fratture, delle lussazioni, vi trovano tutti gli strumenti progressivamente modificati e migliorati. [...] Perocché tutte volte che o per le alternate

¹⁶ ASPR, *Presidenza dell'Interno*, Relazione sull'andamento delle Scuole Superiori, B. 61, 1838.

giornaliere esercitazioni pratiche sul cadavere e per quelle più rilevanti da eseguirsi nel vivo, abbiasi necessità di ricorrere alle chirurgiche operazioni, il professore non si limita ad esporre e descrivere quei soli strumenti e ferri necessari alla esecuzione propria di quel caso, ma schiera innanzi ai giovani progressivamente tutta la serie degli altri pertinenti a quella medesima specie, mostrando storicamente gli avanzamenti fatti dall'arte col successivo perfezionamento di quelli stessi strumenti¹⁷.

Anche un articolo dedicato al nuovo Teatro chirurgico, apparso sulla stampa locale dopo la sua inaugurazione, riservò un particolare apprezzamento per la Sala dell'Armamentario:

La sala contigua al Teatro, sopra descritto, fu scelta con molto avvedimento per allogarvi la doviziosa raccolta degli strumenti chirurgici. Questo *Gabinetto*, frutto delle cure del Cav. Rossi, è veramente grande e singolare sì per la quantità ed eccellenza de' strumenti novi e sì per la serie degli antichi. Né il bell'ordine con cui sono disposti, né gli elegantissimi armadi a grandi cristalli che li serrano furono consiglio di lusso intemperato o vano, ma pensiero squisito; avvegnaché venendo questi strumenti ad essere per tal modo continuamente innanzi agli occhi del giovane studioso egli può, osservandone il materiale progressivo perfezionamento, impararvi la storia della propria scienza e vedervi le ispirazioni del genio italiano, delle quali pare che tanto più volentieri noi ci dimentichiamo quanto più frutta allo straniero questo nostro obliare. La spesa di prima compera di questi preziosi strumenti perché riusciva superiore di molto alla facoltà propria della Scuola fu generosamente sostenuta per metà dal Principe¹⁸.

I ferri chirurgici moderni furono acquistati da Rossi fra il 1836 e 1837, in Toscana e a Parigi. Furono scelti dal chirurgo in modo che questi potesse occuparsi di chirurgia urinaria e traumatologi-

¹⁷ FRESCHI, *Cenni intorno al metodo di insegnamento ed ai progressi della Chirurgia clinica nelle scuole di Parma* cit., pp. 228-229.

¹⁸ "Gazzetta di Parma", N. 2, 7 gennaio 1846.

ca, dell'occhio, degli arti, del cranio e dei genitali femminili: le sue capacità operatorie spaziavano in tutti i campi della materia.

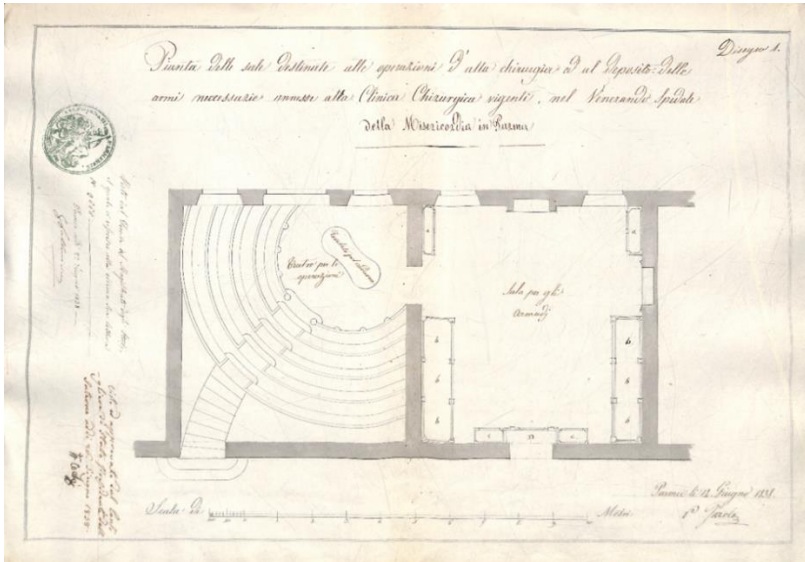


Fig. 4 - Teatro chirurgico: visione d'insieme del Teatro e della sala dell'Armamentario (ARCHIVIO DI STATO DI PARMA, Presidenza dell'Interno, Clinica Chirurgica, B. 61, 1838).

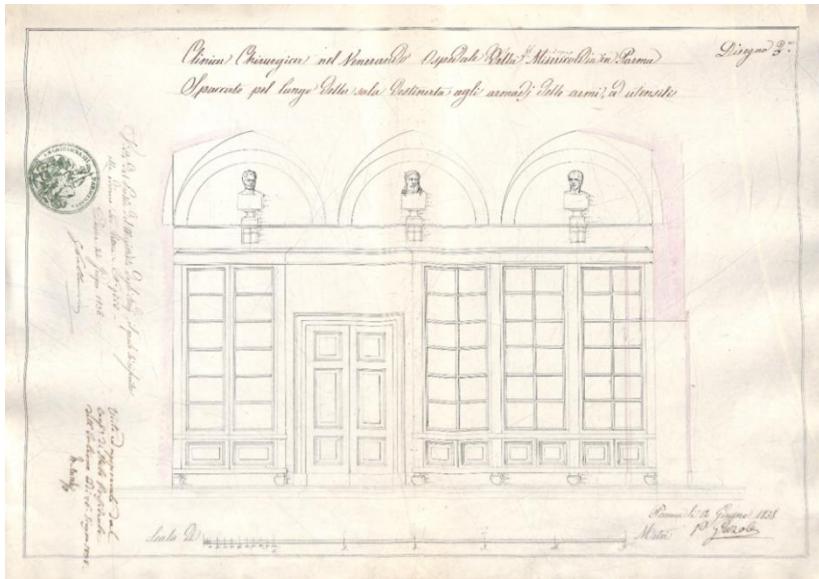


Fig. 5 - Teatro chirurgico: particolare degli armadi della sala dell'Armamentario e porta sul Teatro (ARCHIVIO DI STATO DI PARMA, Presidenza dell'Interno, Clinica Chirurgica, B. 61, 1838).

Sicuramente negli armadi trovava posto anche la pinza con la quale il Rossi estraeva i calcoli vescicali che possiamo vedere raffigurata fra un ramo di quercia e uno di alloro, in una pergamena, ora perduta, in cui si legge una poesia composta, un giorno prima della morte del professore, probabilmente dal collega e amico Luigi Fochi (fig. 7)¹⁹.

L'Armamentario costò 10.666 Lire e inizialmente la somma fu pagata dallo stesso chirurgo, poi rimborsato in parte dalla Sovra-

¹⁹ GIULIANI, Giovanni Rossi, *Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte* cit., p. 30. La poesia recita: "Altri d'Italia una stella lucente orbi e mesti quaggiù ne lasciò! Io nell'intimo core dolente soffro un male che esprimer non so. E all'Italia Gloria defunta offero un serto di quercia e d'allor colla fiamma che m'arde inconsunta per il Genio che spasima e muor".

na, che concorse alla spesa con la somma di 5.000 Lire, e per il resto della cifra dal Magistrato degli Studi; la restituzione avvenne tuttavia con molta lentezza: infatti, nel 1842, Rossi non aveva ancora ricevuto tutta la somma anticipata²⁰.

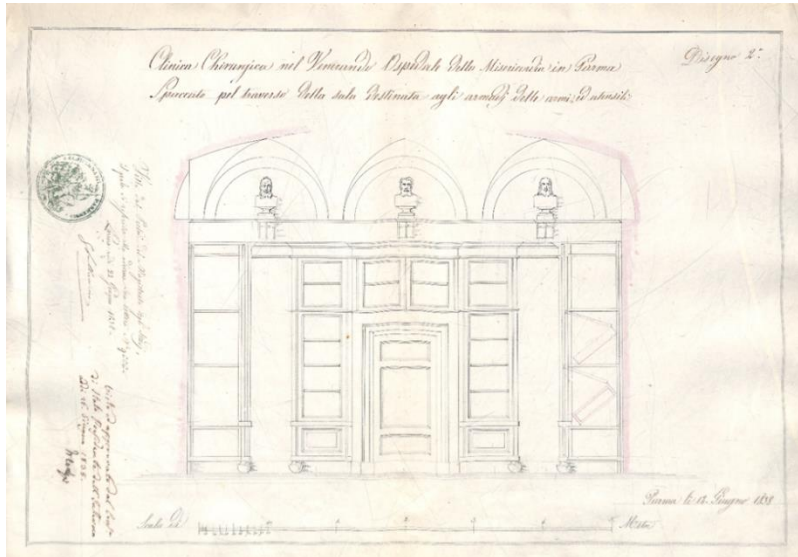


Fig. 6 - Teatro chirurgico: particolare degli armadi della sala dell'Armamentario e porta sul loggiato (ARCHIVIO DI STATO DI PARMA, Presidenza dell'Interno, Clinica Chirurgica, B. 61, 1838).

Nella sala dell'Armamentario era collocata anche una lapide che, secondo quanto inciso, onorava, anche a futura memoria, Maria Luigia, che aveva contribuito alla realizzazione del Teatro chirurgico con relativo Armamentario (così importanti per la Scuola chirurgica di Parma) e la cui generosità era stata sollecita-

²⁰ ASPR, *Presidenza dell'Interno*, B. 66, Relazione sull'andamento delle Scuole, del personale, 1843.

ta dalla saggezza del marchese Giuseppe Pallavicino, presidente del Magistrato degli Studi, e dal chirurgo Giovanni Rossi, ideatore e donatore di parte della Biblioteca (fig. 8).



Fig. 7 - Pergamena, oggi perduta, in memoria di Giovanni Rossi (GIULIANI, Giovanni Rossi, Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte cit., p. 30).

I lavori per il Teatro chirurgico, iniziati subito dopo la perizia di Paolo Gazola del febbraio 1838, subirono alcune piccole modifiche a settembre, su richiesta di Rossi, e terminarono nello stesso anno con il giudizio favorevole dell'architetto. L'approvazione definitiva, dapprima del Magistrato degli Studi e poi del Presi-

dente dell'Interno, avvenne tuttavia a marzo del 1840²¹. Il costo complessivo dell'opera fu di 4.400 Lire di cui 4.000 preventivate e 400 per le modifiche effettuate prima del completamento.

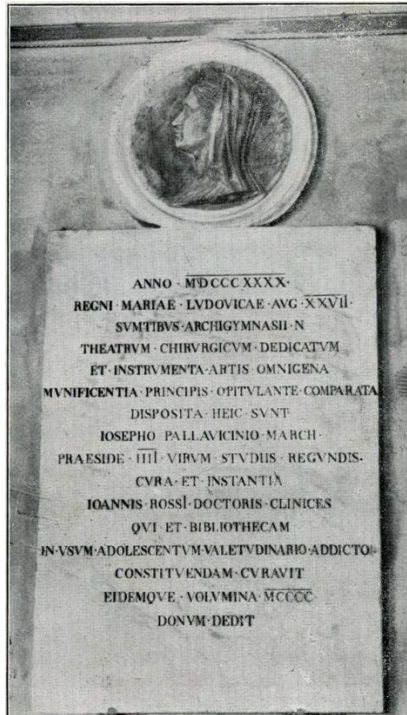


Fig. 8 - Lapide collocata nella Sala dell'Armamentario (Giuliani, Giovanni Rossi, Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte cit.).

Nel luglio del 1840, il Presidente dell'Interno (a quell'epoca Michele Pazzoni) visitò l'ospedale e in quell'occasione Giovanni Rossi manifestò il suo desiderio di completare l'opera con la realizzazione di una biblioteca e di altri locali nelle adiacenze del

²¹ ASPR, *Presidenza dell'Interno*, B. 69, Spese e bilanci, 1825-1845.

Teatro, necessari per le attività della clinica chirurgica. Ottenuto il parere favorevole sia del Presidente dell'Interno che del Presidente degli Ospizi Civili, dopo pochi giorni incontrò per un sopralluogo l'architetto Giuseppe Polini Rizzardi per mostrare i lavori necessari. L'architetto riferì al marchese Giuseppe Pallavicino, preside del Magistrato degli Studi, stimando i lavori da eseguire, di seguito descritti, per una spesa complessiva di circa 1.800 Lire:

Di formare una camera ad uso magazzino al primo piano nel loggiato a meriggio del cortile detto delle Cliniche occupando in estensione due archi di detto loggiato che si chiuderanno a muro lasciandovi in uno di essi una finestra, il lato interno si chiuderà con una parete nella quale vi si lascerà una porta in distanza di cinquanta centimetri. Di formare un terrazzo scoperto con parapetto di cotto in luogo del tetto che sta sopra la Sala delle Sezioni Anatomiche; si avrà accesso al detto terrazzo dal Gabinetto Anatomico per una finestra da ridursi a balcone. Di costruire una piccola scala occupando il camerino attiguo alla camera mortuaria la qual scala dell'indicato terrazzo metterà nella detta Sala Anatomico e nella camera mortuaria. Di ridurre in un sol locale per uso di Biblioteca i due camerini attigui al Gabinetto formandovi un'apertura d'ingresso dal corridoio ed una porta di comunicazione coll'indicato Gabinetto.

Il Rossi, consapevole che la pratica chirurgica non poteva comunque prescindere dalle conoscenze scientifiche, allestì la biblioteca con testi antichi e moderni, sia di medicina che di chirurgia: 1400 volumi erano già stati donati da lui stesso nel 1839²², il resto fu offerto da Maria Luigia che acquistò l'intera libreria del defunto professor Stefano Mistrali, mentre altri testi furono donati negli anni a seguire da illustri medici e non solo. In tutto si collezionarono circa 4000 libri, la maggior parte dei quali sono oggi conservati nella Biblioteca Palatina di Parma.

²² GIULIANI, *Giovanni Rossi, Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte* cit., p. 18.

Annessi al Teatro si trovavano anche il Gabinetto anatomico e il Gabinetto patologico, già presenti nell'ospedale dal 1829. Nel primo Rossi aveva sistemato tre scheletri di sua proprietà mentre nel secondo aveva contribuito alla preparazione di pezzi a fresco e a secco; nel secondo arrivavano utti i parti mostruosi, anche di animali, nonché i pezzi asportati durante gli interventi o le autopsie. Nei lavori eseguiti nel 1840, come precedentemente indicato, il professore volle la realizzazione di un terrazzino, sopra il tetto del Teatro, dove disseccare le preparazioni anatomiche. Nel 1843 il dottor Carlo Cipelli e nel 1844 il dottor Carlo Cugini sostituirono Rossi nella gestione dei due rispettivi Gabinetti, con relative cattedre d'insegnamento.

Teatro chirurgico, Sala dell'Armamentario, Biblioteca, Gabinetti anatomico e patologico, Sala di Sezione: Giovanni Rossi era riuscito a realizzare una struttura che, grazie alla contiguità dei locali, permetteva lo studio, l'esercitazione pratica e infine l'applicazione nella difficile arte chirurgica; l'elegante Teatro, seppur di piccole dimensioni, ne rappresentava il fulcro. L'inaugurazione avvenne il 25 novembre 1845, in occasione dell'apertura dell'anno accademico; vi parteciparono illustri personalità della città ma anche tanti studenti che ascoltarono il discorso del professor Rossi, evidentemente commosso per aver realizzato un sogno. Il giorno fu scelto dal professore perché consacrato a Santa Caterina d'Alessandria, protettrice degli studenti, per rimarcare ancora una volta l'importanza dei suoi allievi²³. Dell'inaugurazione fu data ampia notizia anche sul giornale locale con la descrizione di quanto era stato realizzato nell'Ospedale, ad uso non solo dell'Università ma anche dei cittadini, che potevano beneficiare “dell'arte operativa salita ad un grado di tanta perfezione”²⁴. Al momento della solenne inaugurazione, Rossi,

²³ ASPR, *Presidenza dell'Interno*, B. 68, Relazione sull'andamento delle Scuole, del personale, 1845. Sull'argomento, in anni recenti molto studiato, si trovano alcuni saggi in *Santi patroni e università in Europa*, a cura di P. CASTELLI, R. GRECI, Clueb, Bologna 2013.

²⁴ “Gazzetta di Parma”, N. 2, 7 gennaio 1846.

nel suo discorso, dedicò particolare enfasi a quei busti collocati nella Sala dell'Armamentario, che raffiguravano i suoi maestri e rappresentavano, per gli studenti, un esempio da seguire:

Levate, o giovani egregi levate gli sguardi e il pensiero a quelle immagini là intorno locate; muta e inutile creta esse non sono, ma parla ognuna un gran vanto, una gloria splendida e non peritura di quest'Italia nostra. Mirate agli augusti monumenti che quei grandi uomini a sé stessi innalzarono con l'esercizio di eccellenti virtù e con le opere immortali: meditateli ma con forte e riverente amore: ispiratevi del loro esempio e vi accenda la brama di imitarli²⁵.

Un mese dopo l'inaugurazione, Maria Luigia lo nominò primo chirurgo della Corte e della Casa Ducale e suo consigliere privato, a riprova della grande stima da lei nutrita nei confronti del medico, che la indusse a partecipare senza indugi alle spese per le opere da lui volute. Stima contraccambiata da una sincera devozione da parte del professore: due anni dopo Rossi rimase al capezzale della duchessa fino alla sua morte, avvenuta nel dicembre del 1847, e ne eseguì personalmente l'imbalsamazione.

L'attività chirurgica svolta all'interno della clinica era considerata all'avanguardia:

Fra le quali ragguardevoli operazioni e non infrequenti, citeremo specialmente quelle relative alla cistotomia, che viene dall'espertissimo clinico praticata con sicurezza e con una celerità sorprendente. Né solamente per mezzo del taglio vengono liberati gli infermi dai calcoli vescicali; ma la litotrissia pure viene messa in opera, quando ne venga la opportunità, ad eseguire la quale vi hanno tutti gli apparecchi e strumenti opportuni, non escluso, come dicevamo, quello a percussione ultimamente introdotto, ora generalizzato in Europa, ed in Parma usato pure, come in altre città d'Italia. Delle molte operazioni di litotomia

²⁵ Z. BIAGI, *Notizie intorno alla vita scientifica e privata del professore Cavaliere Giovanni Rossi*, Coi Tipi di Osvaldo Lucchini, Guastalla 1853, pp. 53-54.

con un metodo o l'altro eseguite nella Scuola parmense, sia estraendo, sia tritutando il calcolo, noi abbiamo voluto accuratamente conoscere gli esiti avuti: sopra più di 25 pietranti in un triennio circa operati, niuno vi fu che rimanesse vittima per conseguenza della patita operazione. Eguale prosperità di risultati presenta la clinica parmense rispettivamente alla erniotomia, alle legature dei vasi, alla cataratta, non che alla estirpazione di tumori scirrosi, cancerosi, carcinomatosi della più cospicua mole. E noi accenniamo solamente a queste più ragguardevoli infermità, tacendo di moltissime altre minori, di amputazioni d'arti, di riposte slogature, di accomodate fratture, di tant'altre insomma meno rilevanti operazioni, che ivi si praticano giornalmente²⁶.

Nel Teatro chirurgico Rossi sperimentò per la prima volta, nel marzo del 1847, l'anestesia con etere solforico, come riportato dal giornale locale:

[...] ieri, alla presenza di moltissimi studiosi, oltre gli scolari, fu da esso Prof. Clinico amputato il braccio sinistro ad un fanciullo di otto anni, con pieno successo. Questi inspirato l'etere, dopo un minuto si addormentò, e non rinvenne in sé che quando fu terminata la fasciatura: né si avvide dell'amputazione se non dopo che dal teatro fu riportato nel proprio letto. Disse che lo stato in cui trovossi era piacevole, e gli pareva di essere in paradiso²⁷.

Nello stesso anno Rossi iniziò a utilizzare il cloroformio al posto dell'etere, con effetti da lui considerati migliori²⁸; ideò inoltre una maschera costituita da due vesciche per l'utilizzo degli anestetici²⁹.

²⁶ FRESCHI, *Cenni intorno al metodo di insegnamento ed ai progressi della Chirurgia clinica nelle scuole di Parma* cit., p. 235.

²⁷ "Gazzetta di Parma", N. 20, 10 marzo 1847.

²⁸ "Gazzetta di Parma", N.101, 18 dicembre 1847.

²⁹ GIULIANI, *Giovanni Rossi, Clinico-Operatore-Didatta nel 75° della morte* cit., p. 25.

Dopo la morte di Maria Luigia, il destino di Giovanni Rossi cambiò radicalmente. Come ritorsione per la sua devozione alla corte luigina, gli venne ridotto lo stipendio e, in seguito alla perdita di alcuni incarichi, la sua figura all'interno dell'Università ne uscì progressivamente sminuita. La sua generosità però rimase immutata e così nel 1848 egli donò degli strumenti chirurgici ai due chirurghi della colonna mobile, al seguito di un'armata impegnata nella Guerra d'Indipendenza d'Italia³⁰. Il destino avverso colpì anche la sua salute. Nel 1848 si ammalò e, dopo un progressivo deterioramento cognitivo e neurologico, non disgiunto da grandi sofferenze, nonostante i consulti di illustri colleghi italiani, il 25 maggio 1852 spirò. Dal reperto autoptico redatto dai suoi ex studenti si evince che probabilmente la causa di morte era riferibile a tubercolosi polmonare e cerebrale. Esequie solenni furono celebrate a Parma, nella basilica di Santa Maria della Steccata; Giovanni Rossi fu portato a spalla dagli ex studenti, accompagnato dai cavalieri dell'Ordine costantiniano di San Giorgio, a cui apparteneva, e sepolto nel cimitero della Villetta, dove ancora oggi riposa. La moglie donò al Gabinetto patologico dell'Università le novanta 'pietre' estratte dalla vescica, durante gli innumerevoli interventi eseguiti per calcolosi e che spesso il professore portava con sé come fossero un trofeo³¹; sopra lo stipo che le conteneva fu scritto:

Queste XC pietre vescicali con impareggiabile perizia estratte dal professore Giovanni Rossi la vedova Gaetana Tommasini donava al Magistrato degli Studi che riconoscente le conserva nel museo chirurgico eretto per cure di quell'illustre e suo monumento d'onore³².

³⁰ "Gazzetta di Parma", *Elenco delle offerte spontanee fatte in Parma dal 28 Aprile a tutto il 13 Maggio 1848, per la Guerra d'Indipendenza d'Italia*, N. 39, 13 maggio 1848.

³¹ BIAGI, *Notizie intorno alla vita scientifica e privata del professore Cavaliere Giovanni Rossi* cit., p. 49.

³² *Ibidem*.

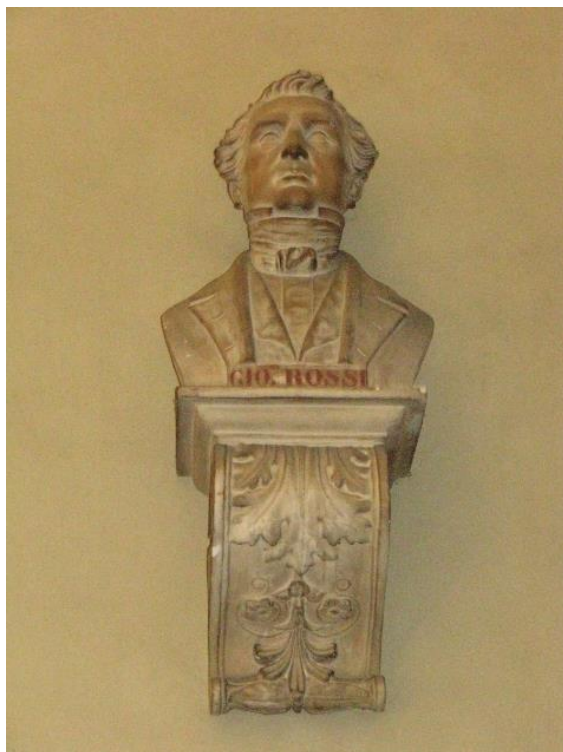


Fig. 9 - Busto in marmo di Giovanni Rossi (Università degli Studi di Parma, Palazzo centrale).

Come ulteriore riconoscimento per la realizzazione del Teatro chirurgico e per le doti cliniche e umane, testimoniate dalle diverse pubblicazioni che lo riguardano, scritte da ex studenti, un busto in marmo che lo raffigura, ora collocato nell'atrio del palazzo

dell'Università di Parma, fu sistemato a fianco dei suoi maestri, nella sala dell'Armamentario (fig. 9).

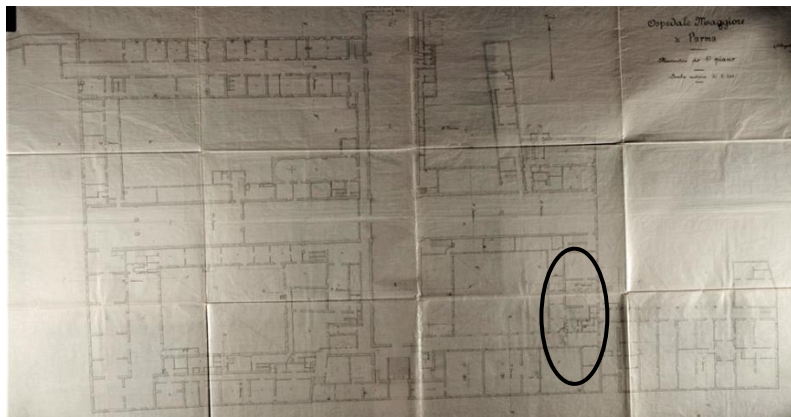


Fig. 10 - Planimetria Ospedale della Misericordia, 1° Piano (ARCHIVIO STORICO COMUNALE DI PARMA - Collocazione non disponibile).

Attualmente il Teatro non è più esistente: probabilmente venne smantellato a seguito della costruzione del nuovo padiglione destinato alla clinica chirurgica, inaugurato nel 1909, in prossimità dell'Ospedale degli Incurabili Ugolino da Neviano. Dai documenti analizzati non è possibile identificare con certezza la sua esatta ubicazione nel grande complesso dell'Ospedale della Misericordia (attualmente in fase di restauro). Confrontando la planimetria generale del primo piano (fig. 10) con i disegni della perizia architettonica e considerando quanto indicato dallo stesso Rossi in un'autobiografia dettata nel 1844, in cui affermava che il

Teatro chirurgico era “quasi attiguo alle Cliniche”³³, l’ubicazione più probabile è in un’area attualmente occupata dall’Archivio di Stato, che si affaccia sul cortile di S. Ilario (detto delle Cliniche): ritroviamo alcuni riferimenti architettonici citati nel progetto, ovvero due stanze contigue e di dimensioni simili al Teatro e alla Sala dell’Armamentario, il cui ingresso è su un loggiato; quest’area confina inoltre con il braccio est della crociera, anche definito delle Cliniche generali.

Si ringraziano la dott.ssa Valentina Bocchi, funzionaria dell’Archivio di Stato di Parma, per il prezioso supporto nella ricerca del materiale, il dott. Roberto Spocci e la dott.ssa Maria Ortensia Banzola per i suggerimenti relativi alla storia dell’ospedale di Parma.

³³ G. SFORZA, *Autobiografie di illustri lunigianesi: Giovanni Rossi, Carlo Finelli*, “Giornale storico e letterario della Liguria”, Vol. IX, 1908, p. 386.

Ricordo del professor Camillo Maschio (1927-1992). Primario di anatomia patologica e laboratorio analisi nell'Ospedale San Salvatore in L'Aquila

Terenzio Ventura

Già Direttore Anatomia Patologica, Ospedale San Salvatore, L'Aquila
(terenzioventura@gmail.com)

Camillo Maschio era nato a Monastier di Treviso il 30 ottobre 1927. Laureato giovanissimo in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova, era stato assistente presso la cattedra di anatomia patologica diretta dal professor Mario Raso. Dopo le specializzazioni in anatomia patologica ed in medicina legale e delle assicurazioni aveva conseguito la libera docenza in anatomia ed istologia patologica. Contrariamente all'opinione del Maestro, che gli consigliava di proseguire la carriera universitaria, si era orientato per quella ospedaliera ed aveva vinto il concorso come aiuto in anatomia patologica e laboratorio di analisi cliniche presso l'Ospedale di Treviso, in cui primario era il professor Bertolozzi.

Nel 1961 vinse il concorso per il primariato in anatomia patologica e laboratorio di analisi cliniche nell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila. Si stabilì subito in città insieme con la consorte Marisa

Gaier ed il primogenito Francesco (Paco), cui si aggiunse il secondo figlio Filippo, nato all'Aquila. All'epoca molti ospedali non avevano un servizio di anatomia patologica. Fra questi il San Salvatore, che fino ad allora aveva spedito per posta pacchi di campioni operatori e biotipici all'Istituto di anatomia e istologia patologica dell'Università di Firenze, ove l'esimio professor Antonio Costa li faceva processare ed inviava indietro i referti, anche mediante telegramma nei casi urgenti. La sala incisoria del San Salvatore era stata fino ad allora utilizzata solo per alcune autopsie medico-legali, eseguite da chirurghi.



Fig. 1 - Il Prof. Maschio agli esordi della sua vita professionale e nel periodo aquilano.

Il nuovo primary incontrò subito il favore della classe medica ospedaliera e del territorio. Provenendo dalla prestigiosa Scuola Padovana, spese gran parte delle sue energie per trasmettere ai colleghi l'importanza di eseguire le autopsie sui pazienti deceduti in

ospedale, ovvero quei riscontri diagnostici volti ad accertare le malattie esistenti, la loro storia naturale e le cause della morte. In quei tempi l'autopsia costituiva ancora la continuazione dell'osservazione clinica. Naturalmente, si verificò un progressivo incremento delle richieste di detti esami, ai quali presenziavano con grande interesse i medici curanti, interessati a verificare l'esattezza della diagnosi clinica, l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche e gli effetti delle stesse. In molti casi gli stessi familiari chiedevano di conoscere le cause della morte del congiunto. Negli anni sessanta e settanta il rapporto fra medico e paziente era di tipo fiduciario: specialmente il medico di famiglia godeva di grande stima da parte degli assistiti. Dall'arrivo del professor Maschio la richiesta di riscontri diagnostici vide un progressivo incremento, fino a raggiungere i duecento casi per anno nel 1976, allorché il servizio di anatomia patologica fu separato dal laboratorio analisi. La media continuò a crescere negli anni immediatamente successivi per poi imboccare un progressivo declino in linea con la tendenza universale. Il Professore, essendo anatomopatologo e medico legale, divenne anche consulente tecnico del tribunale aquilano e i magistrati mostrarono notevole fiducia nel suo operato.

In un'epoca pionieristica un primario doveva esercitare spesso l'arte di arrangiarsi. Nei primi anni sessanta, le inclusioni in paraffina dei campioni istologici si eseguivano mediante due "ferri ad L" a sezione quadrata, sistemati a delimitare una superficie quadrangolare atta ad accogliere anche molti campioni insieme su una superficie di marmo. Il versante del campione da sezionare al microtomo era disposto sul marmo. Un cartoncino posto ad un angolo riportava il numero del caso. Con la lama di un tagliente riscaldata alla fiamma di un becco Bunsen si tracciavano linee atte a separare un campione dall'altro. Una volta raffreddati, i tasselli venivano infilati in una busta di carta su cui era scritto nuovamente il numero del caso. La busta veniva affidata al tecnico che avrebbe tagliato i campioni e colorato le relative sezioni sui vetrini. Ciascun blocchetto veniva adeso a supporto di legno o bachelite mediante ri-

scaldamento della faccia opposta alla superficie da tagliare. Eseguite le sezioni, i vari blocchetti di paraffina venivano staccati dal supporto, riposti nella busta e archiviati. L'archiviazione non era cosa facile, trattandosi di migliaia di buste che accoglievano uno o più campioni. All'Aquila, il professor Maschio introdusse un sistema semplice e sbalorditivo: ogni singolo campione veniva incluso direttamente e definitivamente su un blocchetto di legno che riportava numero ed anno. Il falegname dell'ospedale preparava quindi una serie di tasselli di legno delle dimensioni di cm 2,5 x 2 x 1,5. In una cassetta di cm 30 x 40 x 5 con compartimenti paralleli distanti circa 3 cm l'uno dall'altro, si potevano conservare oltre trecento tasselli numerati costituiti da blocchetto di legno ed inclusione di paraffina. Un semplice scaffale o un armadio ospitava le cassette in un comodo archivio istologico. Come è noto, i campioni di tessuti inclusi in paraffina possono essere utilizzati per ottenere nuovi preparati istologici e per eseguire indagini speciali sullo stesso tessuto anche a distanza di molti anni. Si percepiva già all'epoca l'importanza della corretta archiviazione dei tessuti inclusi in paraffina, sia per interesse del paziente, sia per studi retrospettivi o storici. Un'importanza percepita sempre meno, se le leggi vigenti prevedono tempi limitatissimi (dieci anni) per l'archiviazione obbligatoria delle inclusioni.

All'inizio degli anni sessanta, le attività da svolgere in laboratorio analisi richiedevano ancora molta manualità. In tema di siringhe, pipette e provette il termine "monouso" non aveva ancora ragione di esistere. Tutta la vetreria adoperata richiedeva un accurato lavaggio e relativa asciugatura in stufa. Pur non esistendo ancora protocolli dettagliati sulla sicurezza, Maschio curava con estrema attenzione e con la usuale genialità la sterilizzazione della vetreria e degli aghi. Nei reparti di degenza le siringhe per terapia iniettiva venivano sterilizzate mediante ebollizione. In laboratorio tale sistema era da considerarsi inappropriato, in quanto anche una scarsa quantità di acqua presente nella siringa e nell'ago produceva un certo grado di emolisi, da evitare per molti esami sierologici e non. In laboratorio siringhe ed aghi venivano sterilizzati in stufa a secco

a 120°C per trenta minuti. Ogni ago veniva sistemato in una provetta corta (10 cm circa), contenente alla base un batuffolo di garza per proteggerne la punta. All'interno dell'ago, per evitare che si ostruisse, veniva infilato un mandrino costituito da un filo di rame prelevato da cavi elettrici. Un tappo di garza chiudeva la provetta. I ricoverati deambulanti venivano accompagnati in laboratorio, dove si eseguivano i prelievi in un locale ad essi riservato e distinto da quello riservato agli esterni. Tutta la vetreria adoperata veniva accuratamente lavata, immersa in bacinelle contenenti miscela solfo-cromica, risciacquata ed asciugata in stufa a secco. Il personale infermieristico e quello ausiliario erano notevolmente impegnati.

Oggi per eseguire un esame emocromocitometrico completo è sufficiente porre in una provetta con un minimo di anticoagulante poche gocce di sangue venoso. All'epoca non era così semplice. Il prelievo veniva eseguito su sangue capillare da puntura del polpastrello nell'adulto o del tallone di un neonato. Il medico aveva a disposizione tre micropipette: una per l'emoglobina, una per il conteggio dei globuli bianchi e una per il conteggio dei globuli rossi. In rapida sequenza, faceva uso di un tubicino di gomma che raccordava a ciascuna delle micropipette e vi aspirava la quantità standard di sangue. Per ciascun campione scaricava e lavava la micropipetta in un liquido contenuto in una provetta apposita. Tra i prelievi da effettuare nei reparti di degenza sui pazienti allettati e quelli eseguiti in laboratorio sui pazienti esterni, era necessario un bel tavolo ampio per poggiare centinaia di pipette, provette, strisci su vetrino per la formula leucocitaria. Le operazioni potevano impegnare un medico per l'intera mattinata. Il primo Coulter semiautomatico fu acquistato soltanto nel 1975. Il primario partecipava alla vita attiva di entrambi i servizi. Ogni mattina era il primo a fare i prelievi di sangue, eseguire il metabolismo basale e le spirometrie. La determinazione del potassio ematico, ad esempio, richiedeva l'uso di uno spettrofotometro a fiamma e le uniche due persone che sapevano utilizzare l'apparecchio erano lui medesimo ed il capo-tecnico.

Oggi per un test di gravidanza è sufficiente recarsi in farmacia e richiedere l'occorrente per eseguirlo a domicilio. Negli anni sessanta e settanta in molti laboratori veniva praticata la reazione di Galli-Mainini. Si iniettava 1-2 ml di urina nel dorso di un anfibio maschio adulto (*Bufo vulgaris*) e, dopo circa 4 ore, si raccoglieva per capillarità qualche goccia di urina dalla cloaca dell'animale e si esaminava a fresco al microscopio. La presenza di numerosi spermatozoi mobili indicava un alto tasso di gonadotropina placentare della donna ed indirettamente lo stato interessante. Anche le povere cavie venivano utilizzate, principalmente per l'accertamento di una infezione tubercolare. Un laboratorio ospedaliero doveva disporre di uno stabulario a norma per ospitare questi animali ed anche topolini bianchi per alcune indagini ormonali. Tutto questo sembra oggi appartenere ad un'altra era. Un'epoca in cui si poteva realizzare molto meno, ma la fatica richiesta per raggiungere uno standard adeguato non era poca.

Il professor Maschio era uomo di poche parole, ma capace di superare tutte le difficoltà che il lavoro poteva presentare. Il laboratorio analisi in poco tempo raggiunse uno standard di qualità invidiabile. Cordiale ed esigente allo stesso tempo, non usava mettere in difficoltà alcuno; al di fuori del lavoro si trovava a suo agio con chiunque. Tra i suoi amici si potevano contare personaggi noti e persone poco abbienti, che rispettava e aiutava all'occorrenza. Invitava a cena al ristorante o nella sua abitazione tutto il personale del Servizio, preparando con cura dell'ottimo cibo. Come rampollo della nota famiglia produttrice di vini e distillati, era abile a scegliere più qualità di uva pigiandole col vecchio metodo degli stivali ai piedi. Dopo la torchiatura e la fermentazione del mosto, quattro volte all'anno travasava il vino, fiero dei risultati ottenuti.

Purtroppo fra il Maestro del professor Maschio, Mario Raso, ed il mio Maestro, Luigi Ajello, negli anni sessanta non correvano buoni rapporti. Alla fine del decennio precedente il professor Bompiani aveva lasciato la cattedra di anatomia patologica dell'Università di Roma per raggiunti limiti di età e i due già illustri anatomo-

patologi presentarono domanda di partecipazione al concorso. Vincitore risultò il professor Ajello e, come è umano, i rapporti fra i due si raffreddarono alquanto. Nel 1969 decidemmo di tenere a L'Aquila il convegno del Centro Calabro-Campano-Siculo della Società Italiana di Anatomia Patologica, di cui Raso era promotore in veste di Direttore della cattedra di anatomia patologica di Napoli. Il Centro era ironicamente indicato dai patologi del Nord Italia con le iniziali: "Centro CA-CA-SI". Ci adoperammo per pubblicizzare adeguatamente l'evento riscuotendo una larga partecipazione, ovviamente con la presenza dei professori Ajello e Raso. Con nostra grande soddisfazione, l'incontro portò al disgelo dei rapporti fra i due cattedratici.

Un altro episodio illustra il carattere della persona e la sua disponibilità alla rinuncia di onori e privilegi. Nell'anno 1967 l'Istituto Superiore di Educazione Fisica, da poco istituito all'Aquila, era impegnato ad ottenere il riconoscimento accademico. Al professor Maschio fu proposto l'insegnamento di biologia. Egli disse di essere onorato della fiducia ma nella prospettiva di avere un riconoscimento nazionale dell'Istituto, propose che sarebbe stato più opportuno affidare l'insegnamento ad un cattedratico di fama, quale poteva essere il suo Maestro. Si adoperò quindi per convincere il professor Raso ad accettare l'incarico e, quando ciò avvenne, ogni volta che veniva a tenere lezione Maschio lo ospitava in casa sua. Per riaccompagnare Raso alla Stazione Termini di Roma, provvedeva di persona o tramite il sottoscritto. A volte il professor Raso veniva con la propria autovettura e, quando impossibilitato, provvedevamo noi a far lezione.

Maschio si sentì aquilano dal primo momento in cui mise piede in città. Ha costituito dal nulla due servizi ospedalieri, con turni lavorativi ritenuti oggi impossibili. Per più di trenta anni l'ospedale e la città si sono avvalsi delle capacità di questo professionista, che morì all'Aquila il 6 luglio 1992 e per sua volontà fu sepolto nel cimitero cittadino. La sua opera di addestramento del personale, il rapporto stabilito con i collaboratori e con tutti i colleghi sono stati esemplari ed ispirati ad una visione clinico-patologica del proprio

lavoro che precorreva i tempi. Nessun commento può esser fatto per discutere della sua umanità.

Da ultimo, non sarà superfluo ricordare la sua non trascurabile produzione scientifica, con contributi riguardanti la patologia sperimentale, la diagnostica anatomopatologica e quella laboratoristica. Una ricerca su PubMed consente di rilevare ancor oggi ben 39 pubblicazioni; 35 di esse risultano indicizzate sul database Scopus; in 17 risulta il primo autore.

Bibliografia di Camillo Maschio

- L. DOGLIONI, C. MASCHIO, *Su due casi di sarcoma primitivo del polmone*, “Rivista di anatomia patologica e di oncologia”, 7, 1954, pp. 1123-1150.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Le emorragie dell'ipofisi nel corso di disturbi acuti di circolo dell'encefalo*, “Riv Anat Patol Oncol”, 8, 1954, pp. 407-423.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Modalità riparative dell'atrio auricolectomizzato*, “Riv Anat Patol Oncol”, 8, 1954, pp. 424-440.
- C. MASCHIO, *Adenoma cromofobo emorragico dell'ipofisi in portatore di cancro della prostata trattato con follicolina*, “Riv Anat Patol Oncol”, 8, 1954, pp. 675-694.
- C. MASCHIO, *Lesioni parenchimali in corso di lesioni cerebrali vascolari a focolaio*, “Riv Anat Patol Oncol”, 8, 1954, pp. 895-916.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *La milza e le lesioni viscerali da tossina difterica*, “Riv Anat Patol Oncol”, 9, 1955, pp. 720-737.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Comportamento dei mucopolisaccaridi nei tessuti in stasi linfatica, I. Diffusione dei mucopolisaccaridi*, “Riv Anat Patol Oncol”, 9, 1955, pp. 969-980.

- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Alcuni quadri della patologia polmonare studiati sperimentalmente con la stasi linfatica*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1955, pp. 241-260.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Reperti e considerazioni fisiopatologiche sulla linfostasi sperimentale della colecisti*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1955, pp. 339-354.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Le conseguenze dell'interruzione del dotto toracico sulla distribuzione e sul metabolismo delle sostanze grasse; studio sperimentale*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1955, pp. 569-581.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, G.R. ZILLOTTO, *Il comportamento del sistema linfatico nel corso della stasi portale. I. Studio anatomo patologico delle modificazioni del sistema linfatico nella cirrosi epatica*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1955, pp. 583-594.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Il comportamento del sistema linfatico nel corso della stasi portale. II. Le variazioni del flusso linfatico nel dotto toracico dopo stenosi portale; ricerche sperimentali*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1955, pp. 767-772.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Rilievi sperimentali sul valore di alcuni fattori nella genesi della polmonite lipoidea*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1956, pp. 956-73.
- C. MASCHIO, R. SESENNA, *Sull'adenocarcinoma prostatico sperimentale. I.*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1956, pp. 1089-1108.
- C. MASCHIO, R. SESENNA, *Studi sul carcinoma sperimentale della prostata del ratto. II. Le modificazioni dell'ipofisi e della surrenale nell'adeno-carcinoma sperimentale*, "Riv Anat Patol Oncol", 10, 1956, pp. 1109-1120.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Quadri anatomo-radiografici del sistema venoso sovraepatico in alcuni stati della patologia*, "Riv Anat Patol Oncol", 11, 1956, pp. 1-19.
- M. LISI, C. MASCHIO, *Le alterazioni vasali nelle zone di atelettasia polmonare*, "Riv Anat Patol Oncol", 11, 1956, pp. 159-186.
- C. MASCHIO, G. BOSCHI, *Artriti sperimentali e idrocortisone*, "Riv Anat Patol Oncol", 11, 1956, pp. 659-676.
- C. MASCHIO, *Rabdomiosarcoma del polmone*, "Riv Anat Patol Oncol", 11, 1956, pp. 1161-1180.
- L. GIARELLI, C. MASCHIO, *Contributo alla conoscenza della patologia gengivale del neonato e del lattante*, "Riv Anat Patol Oncol", 13, 1957, pp. 165-187.
- C. MASCHIO, E. JACCHIA, *Limiti nei rapporti tra osteodisplasia fibrosa, osteomielosclerosi, fibrosteomi, esostosi*, "Riv Anat Patol Oncol", 13, 1957, pp. 339-368.
- M. RASO, C. MASCHIO, E. RIGOLI, *Colesterinosi vascolare cerebrotendinea (sindrome di V. Bogaert-Scherer-Epstein) e infarto cardiaco*, "Minerva Medica", 48, 1957, pp. 3304-3305.
- C. MASCHIO, *Le alterazioni delle cartilagini articolari e dei tendini negli arteriosclerotici*, "Riv Anat Patol Oncol", 13, 1958, pp. 827-836.
- C. MASCHIO, *Anatomia patologica del carcinoma esofagogastrico*, "Acta Chirurgica Italica", 17, 1961, pp. 17-34.

- P. ROMUSSI, C. MASCHIO, R. CHIRILLO, *Indagine biochimica ed istologica sulla produzione di glucagone nella placenta umana*, "Riv Anat Patol Oncol", 20, 1961, pp. XVI-XXII.
- G. LEONARDIS, C. MASCHIO. *Aspetti anatomoclinici dello shock irreversibile. Considerazioni epicritiche su un caso di medionecrosi con rottura spontanea dell'aorta e di necrosi polare renale post-traumatiche*, "Annali Italiani di Chirurgia", 41, 1964, pp. 524-535.
- C. MASCHIO, *Modificazioni anatomofunzionali della tiroide nell'ipoossia cronica (con ipotesi di correlazioni ipofiso-tiroideo-surrenaliche)*, "Riv Anat Patol Oncol", 25, 1964, pp. 337-361.
- C. MASCHIO, T. VENTURA, *Considerazioni anatomopatologiche ed etiopatogenetiche su una osservazione di insufficienza surrenalica conseguente a granulomatosi brucellare*, "Riv Anat Patol Oncol", 31, 1967, pp. 35-47.
- C. MASCHIO, G. NATALI, T. VENTURA, *Considerazioni sui rapporti etiopatogenetici tra alcune modificazioni istofunzionali diencefaliche e sindrome delirante acuta in alcolisti cronici*, "Riv Anat Patol Oncol", 31, 1967, pp. 723-741.
- C. MASCHIO, T. VENTURA, *Granulomatosi brucellare fetale miliarica diffusa con leptomeningite della base dell'encefalo e del midollo spinale*, "Riv Anat Patol Oncol", 32, 1967, pp. 211-230.
- C. MASCHIO, T. VENTURA, *Contributo casistico all'evidenziazione dei rapporti etiopatogenetici fra fattori emodinamici e medionecrosi dell'aorta*, "Riv Anat Patol Oncol", 33, 1968, pp. 215-230.
- C. MASCHIO, E. TOMEI, B. LEONARDIS, E. CARDINALE, S. SERI, *Valutazione della digestione e dell'assorbimento dei nutrienti nel sano ed in alcune condizioni di malassorbimento, mediante l'esame delle feci con un sistema automatizzato*, "Giornale di Clinica Medica", 65, 1984, pp. 133-147.
- C. MASCHIO, S. COLANGELI, A. RUGHETTI, D. FONZI, R. BARNABEI, A. CICCARELLA, *Risultati di laboratorio nei confronti dell'anti HTLV-III in soggetti a rischio*, "Rivista di Emoterapia ed Immunoematologia", 32, 1985, pp. 302-306.
- C. MASCHIO, S. VARRASSI, R. BARNABEI, A. RUGHETTI, D. FONZI, M. CAPULLI, S. GENISE, *Test di concentrazione per l'individuazione dell'HBs Ag "low level" in donatori con anti-HBc*, "Riv Emoter Immunoematol", 32, 1985, pp. 69-73.
- G. VARRASSI, A. D'ARCANGELO, C. MASCHIO, G. LEONARDIS. *Ruolo del sistema renina-angiotensina-aldosterone in pazienti ipertesi sottoposti ad anestesia generale*, "Minerva Anestesiologica", 1985, 51 (6), pp. 285-288.
- S. DI GIOVANNI, G. VALENTINI, E. RAVAZZOLO, P. CARDUCCI, P. GIALLONARDO, C. MASCHIO, *Serum beta 2-microglobulin in patients with monoclonal gammopathies*, "The International Journal of Biological Markers", 2, 1987, pp. 169-172.
- V. POZZI, A. PALA, M. ERMINI, C. MASCHIO, T. VENTURA, G. COLETTI, A. VECCHIONE, M. P. NUSINER, S. LUCIANI, L. CARENZA, *Preneoplastic lesions and prognostic factors of breast cancer*, "European Journal Gynaecological Oncology", 9, 1988, pp. 414-419.

L. DI STEFANO, G. SCIMIA, R. BARNABEI, C. MASCHIO, M. MOSCARINI, *Considerazioni sulla efficacia della siero-vaccino profilassi nella trasmissione madre-figlio dell'HBV*, "Minerva Ginecologica", 43, 1991, pp. 555-559.

U. GIAMMARIA, F. DE MEO, S. ACITELLI, M. TANCREDI, M. DANIELE, R. BARNABEI, C. MASCHIO, *HCV infection in hemodialyzed patients: incidence and correlation with dialytic age*, "Nephron", 61, 1992, pp. 335-336.

Desidero ringraziare Francesco Maschio per la gentile concessione delle immagini e Luciano Iorio (capotecnico di anatomia patologica, scomparso il 13 ottobre 2019) per alcune memorie storiche sulle origini dell'anatomia patologica aquilana.

Ignazio Cataliotti, il chirurgo del Gattopardo

Adelfio Elio Cardinale

SISM (aecardinale@yahoo.com)

Il dottor Cataliotti, quello che sempre lo curava, incravattato di bianco sotto il volto sorridente e i ricchi occhiali d'oro". Con queste parole Giuseppe Tomasi di Lampedusa - nel capitolo VII del suo capolavoro *Il Gattopardo* - descrive il medico personale del principe Fabrizio Salina. L'autore del celeberrimo romanzo, pur con pochi tratti magistrali, mostra di conoscere molto bene il mondo sanitario di quell'epoca, non solo con riferimento al curante del grande aristocratico, che era un famoso medico, con sceltissima clientela. Anche quando Tomasi narra, nel suo realismo lirico, il consulto a Napoli - su consiglio del Cataliotti - del "principone" gravemente malato, con richiamo asciutto al prof. Mariano Semmola, mustre docente della facoltà medica partenopea e senatore del regno, appartenente a una stirpe di clinici, tra cui Giovanni, caposcuola e innovatore della medicina italiana. Nel merito, il più grande storico italiano contemporaneo della scienza medica afferma che malattia e medicina, nel *Gattopardo*, sono categorie importanti del romanzo: sia nella descrizione metaforica della mala-

ria, della tubercolosi e del colera in Sicilia; sia nella precisione descrittiva delle patologie dalle quali erano afflitte la principessa Maria Stella, Concetta e Angelica.

Ignazio Cataliotti era nato a Palermo il 14 ottobre 1827, da Ferdinando - medico e socio onorario della “Accademia Jatrofísica” di Palermo, della quale fu presidente nel 1819 - e da Carolina Aquila e Angelini. La famiglia patrizia era d’origine genovese e il nonno Basilio aveva ottenuto la cittadinanza palermitana, per privilegio senatorio, nel 1770; sposò la nobile irlandese Giulia Bingham e Yelverton dei baroni di Clanmorris, dalla quale ebbe un’unica figlia.

Ignazio - alto e imponente, fronte spaziosa e folti capelli, naso pronunciato, occhi acuti e labbra sottili - portava enormi basettoni alla moda dell’epoca, come l’imperatore Francesco Giuseppe: pur donando alla sua immagine, tali favoriti gli procurarono molti fastidi. Una storia tramandata riferisce che una delle sue smisurate fedine prese fuoco dalla fiamma di un lume, sorretto da una maldestra domestica-infermiera, durante l’assistenza a un difficoltoso parto di una gravida aristocratica.

Cataliotti si laureò in medicina e presso l’ateneo di Palermo, nel 1847; sin dall’inizio dei suoi studi mostrò un interesse specifico per le discipline chirurgiche; nel 1848 frequentò un corso post-laurea di anatomia descrittiva (quello che oggi chiameremmo “master” ottenendo un giudizio lusinghiero - *accessit primus* - con una certificazione del rettore Josef de Augustino, regnando Ferdinando II di Borbone. Spirito cosmopolita, sorretto dall’agiatezza e dai cospicui mezzi finanziari della famiglia, il giovane dottore - successivamente, dal 1852 al 1855 - frequentò le università di Firenze, Parigi, Londra, per apprendimento e perfezionamento presso i più importanti centri accademici europei dell’epoca.

Tutte le esperienze maturate in quegli anni furono raccolte in un libro dal titolo “Sullo stato della cultura medico scientifica in Firenze, Parigi, Londra”, dedicato a Romualdo Trigona, principe di Sant’Elia, pubblicato a Palermo per i tipi della tipografia di Benedetto Lima Lao nel 1858. Tra le certificazioni riportate nel libro,

attestanti i periodi di frequenza di Ignazio Cataliotti, sono da ricordare quelle rilasciate da alcuni dei più prestigiosi chirurghi dell'epoca quali: Cloquet, Velpeau, Nélaton. Per quest'ultimo va ricordato il merito dell'applicazione clinica del catetere uretrale in gomma - che prese poi il suo nome - per la ritenzione urinaria acuta da ipertrofia prostatica, nonché quello della specillazione delle ferite da arma da fuoco con sonde di porcellana grezza. Per tale "brevetto" professionale e per la sua fama il prof. Nélaton fu chiamato a consulto presso Garibaldi, ferito sull'Aspromonte.

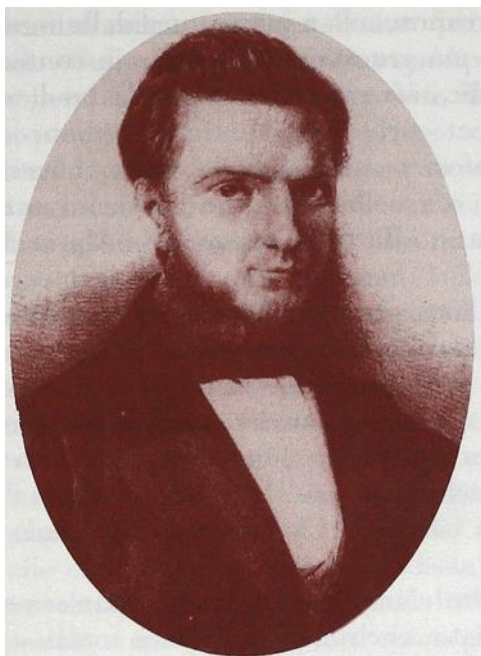


Fig. 1 – Ritratto giovanile di Ignazio Cataliotti

Cataliotti - che abitava nella capitale dell'isola in via Cavour 65 - esercitò per un trentennio, dal 1860 al 1890, una intensa attività

professionale e consultiva medico-chirurgica, in un'epoca in cui la chirurgia generale comprendeva in maniera unitaria indirizzi e settori clinici che, in seguito, sarebbero divenute specialità autonome. Fu il medico della nobiltà, dei ceti abbienti e dei "salotti buoni" della Palermo della seconda metà del secolo XIX; ebbe riconoscimenti e onori, quali il cavalierato dell'ordine mauriziano e la nomina a "medico onorario di camera della Real Famiglia di S. M. d'Italia". La tradizione medica e accademica della famiglia si tramanda tuttora, da oltre quattro generazioni.

Cataliotti fu autore di numerose pubblicazioni scientifiche: sull'amputazione dell'utero e dell'ovaio; sull'apparato urinario; sulla cura della cataratta; sulla resezione del collo del femore; fu anche antesignano nella resezione chirurgica dei mascellari. Esercitò, inoltre, talune attività di docenza non accademica, tant'è che firmava le sue pubblicazioni "prof. cav. Ignazio Cataliotti"

Nel 1859 avanzò formale richiesta al rettore dell'università di Palermo per l'affidamento della cattedra di istituzioni chirurgiche ottenendo un giudizio estremamente positivo da parte della facoltà medica, con relazione del suo preside pro-tempore. Tale richiesta non fu però in seguito formalizzata per i noti eventi del 1860. Infatti in quell'anno venne emanato il decreto con cui il Prodittatore Mordini estendeva alle università di Sicilia gli effetti della legge Casati - promulgata l'anno precedente - che riorganizzava l'insegnamento superiore accademico, nel quadro dell'unità d'Italia.

Nel 1868, resasi vacante la cattedra di clinica chirurgica per la morte del prof. Gorgone, Cataliotti avanzò nuova istanza. Questa volta però la facoltà medica, tramite il suo preside Salvatore Caco-pardo - professore di medicina legale e, in seguito, rettore - espresse parere negativo, sia per giochi accademici ormai consolidati, sia per diverse appartenenze politiche. Del resto, malgrado i sommovimenti risorgimentali l'influenza della rete di connivenze, che da sempre esisteva nel sottofondo della vita pubblica e privata, non era stata intaccata dal nuovo assetto di governo regio.

Le personalità inviate nell'Isola con funzioni istituzionali si scontravano con gli antichi e consolidati poteri, senza riuscire, per

lo più, a risolvere i problemi. Ignazio espresse un vibrato e documentato reclamo contro il parere negativo della medicina accademica e lo inviò al ministro della Pubblica Istruzione. Ma come quasi sempre avviene (anche oggi) l'esposto restò lettera morta. Ignazio Cataliotti morì a Palermo il 7 ottobre 1896, all'età di 69 anni per emorragia cerebrale.

Tomasi di Lampedusa ha concesso nomea imperitura a Ignazio Cataliotti, in qualità di medico del Gattopardo, concedendogli una nicchia nella storia della letteratura. Ma il chirurgo fu anche soggetto e testimone delle refluenze civili e accademiche di quel periodo storico della nostra isola, avvenimenti ben più grandi di lui. L'epopea di Garibaldi, lo sbarco dei Mille, la caduta del regno borbonico delle Due Sicilie, il Risorgimento, la creazione della nuova Italia, con la difficile e ambigua transizione. A conferma dell'affermazione di Cicerone, che "la storia è testimone dei tempi".

Stefania Fortuna, *Il dovere della cura. Giuramento di Ippocrate*

Garzanti, Milano, 2021, pp. 90

Il *Dovere della cura* di Stefania Fortuna è un titolo attraente e allo stesso tempo intrigante, un non so che di enigmatico è evocato dal sottotitolo: il Giuramento di Ippocrate. Le ridotte dimensioni del volume, in sedicesimo e le novanta pagine di testo, invogliano alla lettura tutta d'un fiato. Ci si accorge che non si è di fronte ad un'epitome, ad un compendio dell'opera più nota e più diffusa della letteratura medica dell'antichità, ma a qualcosa di molto diverso. Se si volesse presentare in una sola parola l'opera di Stefania Fortuna, potremmo dire che siamo di fronte ad un ipertesto, come fosse un testo elettronico, sebbene realizzato nel modo più tradizionale sulla carta e fissato con l'inchiostro della stampa. La piena comprensione della quantità e della vastità degli argomenti trattati pagina dopo pagina la si ha solo al termine della lettura. Ci si rende conto di essere passati attraverso gli scritti della "Collezione ippocratica", toccando il pensiero dei filosofi presocratici Alcmeone da Crotone o Empedocle da Agrigento, ritornando ai testi medici di Galeno, Celio Aureliano o Sorano da Efeso, rimbalzando verso Platone e Aristotele. Continuando a seguire il filo rosso del "Dovere della cura", vale a dire i valori espressi dal Giuramento e il contesto etico in cui si svolge la professione nelle varie epoche storiche, si traccia un percorso che dal mondo antico, riemerge nel tardo Medioevo, quando incomincia ad accendersi l'interesse per il mondo classico e le sue conoscenze, per

proseguire nel rigoglio degli studi classici e scientifici del Rinascimento e giungere fino ai giorni nostri.

Ciò che rende singolare questa opera e, come ho detto, l'avvicina per esperienza di lettura alla forma dell'ipertesto, è da un lato la lucida concisione con cui vengono esposti gli argomenti del Giuramento, "le norme", e dall'altro il loro confronto sia con la letteratura coeva, che con una ricca prospettiva in forma diacronica di testi e di indicazioni normative del comportamento del medico. Naturalmente questa operazione di rilettura critica e l'ermeneutica del giuramento ippocratico possono essere compiute validamente solo da chi come, Stefania Fortuna, ha una profonda e comprovata competenza filologica ma allo stesso tempo conosce anche la prassi medica dall'interno grazie alla sua lunga attività didattica in una Scuola di Medicina. Questa combinazione, propizia e vantaggiosa, fornisce un plusvalore alla comprensione di questo testo classico e ai suoi aspetti "misteriosi" che ne collocano l'origine in un momento non ben definito, in cui la medicina era impegnata a creare le basi razionali del proprio sapere scientifico e andava organizzando la propria *technè*. Che sia stato proprio Ippocrate, figlio di Eracleide, nipote di Ippocrate, ultimo esponente di una famiglia di medici discendenti addirittura da Asclepio, a scrivere il Giuramento in fondo poco importa, ci fa sapere l'autrice, perché la personalità di questo Maestro collocato tra mito e storia, è così importante da "meritare di essere proprio lui l'autore".

L'eredità del pensiero ippocratico etico-deontologico e i valori che esso sottende, seppure con i mutamenti avvenuti nel corso di millenni, costituiscono per l'autrice l'ossatura etica del documento principe della deontologia medica moderna: la *Dichiarazione di Ginevra*. La parte conclusiva del *Dovere della cura* infatti è dedicata al raffronto tra il testo ippocratico e le due edizioni successive della moderna *Dichiarazione di Ginevra*. L'esposizione dei punti salienti di questo confronto assume un ritmo stringente, condotto magistralmente da Stefania Fortuna attraverso una tecnica filologica, che svela interessanti consonanze tra testo ippo-

cratico e quello moderno, mettendo in evidenza impensate e strette corrispondenze tra passato e contemporaneità. È una manifesta dimostrazione di quanto affermato da Mirko Grmek che l'evoluzione del pensiero medico non è avvenuta attraverso cesure improvvise o fratture epistemiche insanabili ma attraverso un suo progressivo mutamento talvolta, anche rapido, ma senza soluzioni di continuo tra vecchio e nuovo.

Il *Dovere della cura* è una lettura che non può mancare nel bagaglio formativo di un giovane medico perché conduce all'essenza storica e concettuale dei temi etici che problematizzano oggi la medicina, aiutando a capire. È anche allo stesso tempo una lettura nuova, per il medico esperto e maturo.

Temi antichi e sempre attuali che riguardano l'anima della medicina stessa.

Alessandro Bargoni

Giuseppe Frank, *Memorie*, Terzo volume, Traduzione, introduzione e note di Giovanni Galli

Lariologo, Como, 2021, pp. 336

Esce ora, a cura di Giovanni Galli, che ne è anche il traduttore e commentatore, il terzo volume delle *Memorie* di Giuseppe Frank, dopo la pubblicazione avvenuta negli anni scorsi di altri volumi (I, II e VI) delle medesime *Memorie* a cura del medesimo curatore.

Joseph Frank, nato nel 1771 a Rastatt nel granducato di Baden e morto nel 1842 a Como nel Lombardo-Veneto austriaco, fu una figura di primo piano nella medicina europea tra fine Settecento e inizi Ottocento. Figlio di Johann Peter Frank (1745-1821), illustre clinico e cattedratico in varie università, è citato nella letteratura scientifica italiana come Giuseppe Frank, ebbe incarichi ospedalieri ed universitari, svolgendo anche una intensa ed affermata attività privata. In particolare fu per nove anni primario presso l'Ospedale Generale di Vienna e per diciannove professore nella facoltà di medicina dell'Università di Vilnius in Lituania, allora appartenente all'impero russo.

Joseph Frank non ebbe soltanto interessi in ambito medico-scientifico, ma fu anche un appassionato cultore di musica classica, organizzando e talora interpretando eventi musicali. Forse perché condizionato da questa sua melomania, sposò una apprezzata cantante lirica, Christiane Gerhardy (1780-1849), che fu sua compagna di vita per più di quarant'anni. Nel testamento egli dispose

inoltre la costruzione per la sua sepoltura di un monumento di ispirazione egizia: una piramide tuttora visibile nel piccolo cimitero di Laglio sul lago di Como.

Joseph Frank, dopo essersi trasferito a Como alla metà degli anni venti dell'Ottocento, iniziò a stendere le proprie memorie mettendo mano ai numerosi appunti che aveva compilato e meticolosamente conservato durante la vita, oltre agli scritti di tipo autobiografico già pubblicati dal padre o comunque in suo possesso. Presero forma allora le *Mémoires Biographiques de Jean-Pierre Frank et de Joseph Frank son fils rédigés par ce dernier* (come recita il manoscritto ora conservato presso la biblioteca dell'Università di Vilnius). I quaderni, scritti di suo pugno e raccolti in sei volumi, riguardano un arco temporale di circa cento anni (dagli anni quaranta del secolo XVIII agli anni quaranta del secolo XIX). L'autore, di lingua madre tedesca, ma padrone della lingua italiana per il lungo periodo (dai 14 ai 25 anni di età) vissuto nella Lombardia austriaca, aveva infatti deciso di scrivere le memorie in francese, lingua da lui comunque ben conosciuta all'epoca considerata la lingua internazionale per eccellenza. Il terzo volume delle *Mémoires*, ora pubblicato, riguarda gli anni tra il 1806 ed il 1811 durante i quali l'autore risiedette ininterrottamente nella città lituana di Vilnius, mentre il padre, dopo un breve periodo trascorso a Pietroburgo, fece ritorno in Austria stabilendosi tra Vienna e Friburgo.

Il volume è in gran parte dedicato all'attività universitaria di Joseph Frank, il quale rimasto senza l'appoggio professionale del padre (trasferitosi nel 1805 nella capitale russa) mostra in breve tempo grandi capacità organizzative in campo accademico e sanitario. Il giovane professore infatti non solo si impegna nel tenere regolari lezioni agli studenti e nel partecipare alle adunanze scientifiche con gli altri docenti, ma cerca anche di migliorare le condizioni igienico-sanitarie della popolazione a Vilnius e nel suo circondario. A tale scopo favorisce la creazione, talora con il coinvolgimento delle autorità locali, di varie istituzioni quali: la Società di Beneficienza, l'Istituto per il soccorso a domicilio, la Clinica am-

bulante, l'Istituto di maternità e l'Istituto della vaccinazione. Inoltre, grazie alla collaborazione con il Ministero dell'Interno russo, fonda il Collegio per ufficiali medici mantenuti a spese della Corona; rinnova poi e dà nuovo impulso alla locale Società Medica. Nelle pagine delle memorie trova posto anche l'attività più propriamente medica e curativa del Frank, sia nella clinica universitaria da lui diretta, sia nella professione privata (sono riportati numerosi casi clinici più o meno brillantemente da lui risolti). Si apprende che in quegli stessi anni il Frank ha modo anche di lavorare alla stesura della sua opera principale, *Precetti di medicina pratica*, e di curare due edizioni degli *Acta Instituti Clinici Caesariae Universitatis Vilnensis* (Lipsiae 1808-1812). Le memorie documentano altresì l'attività di inguaribile melomane e di infaticabile organizzatore di eventi musicali dell'autore, pronto in ogni momento a farsi promotore insieme alla moglie di spettacoli di canto o di danza, sempre a favore delle istituzioni benefiche da lui dirette. Nel volume viene descritta anche la conclusione della carriera accademica e professionale di Johann Peter Frank, angustiato dalla salute malferma che lo costringe ad abbandonare il rigido clima di Pietroburgo, oltre che da sventure familiari (la morte, ancora in giovane età, delle due figlie Elisabetta e Carolina).

Nel suo complesso il terzo volume delle *Memorie biografiche di Giovanni Pietro Frank e di suo figlio Giuseppe Frank, scritte da quest'ultimo* costituisce un vivido e variegato affresco della società e della cultura europea della prima decade del secolo XIX. Il volume permette di conoscere da vicino non solo due significative figure della medicina dell'epoca, ma anche gli importanti personaggi con cui i Frank erano in relazione. Basti citare tra i medici: Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821), Dominique-Jean Larrey (1766-1842) e Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836); tra gli artisti: il musicista Franz Joseph Haydn (1732-1809) e lo scrittore Jan Potocki (1761-1815). Basti infine citare tra le figure di rilevanza storica: Napoleone Bonaparte (1769-1821), Alessandro I di Russia (1777-1825) ed Ali Pascià di Joannina (1744?-1822).

Il volume è frutto dell'impegno e della competenza di Giovanni Galli, saggista e ricercatore che negli ultimi decenni si è particolarmente interessato alla figura di Joseph Frank a cui ha già dedicato diverse pubblicazioni tra le quali l'edizione in lingua italiana di tre altri volumi delle *Memorie*. La traduzione del testo originale è arricchita da numerose annotazioni e da un indice dei nomi che aiuta il lettore a meglio orientarsi tra le vicende narrate, fornendo utili informazioni sul panorama storico, geografico ed antropologico entro il quale trascorse la vita dei due protagonisti.

Massimo Aliverti

ISSN: 2724-4954 *nuova*RIVISTA DI STORIA DELLA MEDICINA

<https://www.ojs.unito.it/index.php/nrsm>

ANNO II (LI) NUMERO 2

a cura della
Società Italiana di Storia della Medicina