



con il patrocinio di:
Comune di Ancona - Provincia di Ancona - Regione Marche

Storia della Medicina e dell'Ospedale di Ancona. Verso il futuro

Aula Montessori - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Mercoledì 8 Giugno 2011

ore 8.00-14.00



1911-2011

Centenario
dell'Ospedale
Umberto I





QUADERNI DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE

STORIA DELLA MEDICINA

E DELL'OSPEDALE

DI ANCONA.

VERSO IL FUTURO

Aula Montessori - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Mercoledì 8 Giugno 2011



QUADERNI DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE



È con vivo piacere che ho accolto la proposta di ospitare nella collana editoriale dell'Assemblea Legislativa delle Marche "I Quaderni del Consiglio" gli atti dell'importante convegno sulla storia dell'Ospedale Umberto I di Ancona.

Cento anni che hanno segnato la storia sanitaria del nostro territorio nel quale l'Ospedale Umberto I si è affermato come modello di riferimento che ha varcato i confini di una città, di una provincia e della nostra stessa Regione.

Senza alcuna inflessione retorica è possibile, anzi doveroso, affermare che oltre alla eccellenza nella prevenzione e nella cura si è centrato l'obiettivo, in questi anni, di porre al centro, di ogni attività svolta, la persona, il paziente, il malato, coltivando una cultura di offerta sanitaria che in molti casi ancora oggi è un traguardo da raggiungere.

Ciò è stato reso possibile, è bene qui ricordarlo, grazie all'impegno, alla dedizione, alla passione, al senso di appartenenza che ha contraddistinto il lavoro dei tanti operatori che nel tempo si sono succeduti e che, molto opportunamente la Fondazione Umberto I indica come gli attori, i protagonisti di questa straordinaria storia.

Gli atti del convegno, con eccellenti testimonianze, relazioni, interventi, ci offrono l'opportunità non solo di rivisitare le grandi e piccole tappe di un percorso di successo ma ci consentono di guardare con fiducia al futuro, alla evoluzione del sistema sanitario della nostra regione.

Vittoriano Solazzi
*Presidente
dell'Assemblea legislativa delle Marche*

La Fondazione “Ospedali Riuniti”

La Fondazione “Ospedali Riuniti” ONLUS nasce nel dicembre 2008 con lo scopo di svolgere attività di solidarietà sociale ed opera di supporto all’attività istituzionale dell’Azienda Ospedaliero Universitario Ospedali Riuniti Umberto I° - G.M. Lancisi – G. Salesi (AOR) e precisamente:

- potenziare e migliorare la qualità all’interno degli AOR
- diventare “terminale intelligente” dei bisogni e delle necessità dei cittadini
- radicare l’AOR sul territorio, vicino agli utenti
- supportare l’AOR per migliorare la qualità del soggiorno dei pazienti e delle loro famiglie in ospedale
- sostenere la ricerca e la formazione del personale
- raccogliere fondi, con l’organizzazione di iniziative proprie finalizzate all’adeguamento della struttura ospedaliera, all’implementazione della sicurezza, al raggiungimento di obiettivi qualitativi e funzionali di tipo assistenziale, al sostegno della ricerca e dello sviluppo aziendale.

Lo spirito che anima la Fondazione, sostenuto anche da tanti dipendenti ed ex dipendenti, è quello di favorire il lavoro di squadra e lo sviluppo del concetto del “Servizio” per il cittadino come persona.

Pertanto la Fondazione ritiene che riscoprire e valorizzare la storia del Nostro Ospedale possa accrescere ancor di più il senso di appartenenza e l’orgoglio di essere “operatori di salute” e parte integrante del tessuto sociale di questa città e della Regione Marche.

Un ringraziamento a quanti hanno lavorato alla buona riuscita del convegno e un grazie di cuore a quanti vorranno sostenerci.

Il Presidente
Dott.ssa Nadia Storti

In questi anni la Fondazione ha rivolto la sua attività anche a progetti di Umanizzazione poiché in Ospedale non è importante solo curare ma prendersi cura. L'obiettivo ambizioso è quello di far sì che chi si avvicina a questo Ospedale possa trovare non solo un valido **percorso di cure** mediche specialistiche per contrastare la malattia, ma anche conoscere ed imparare ad usare tutti quegli strumenti necessari per poter continuare ad avere una buona qualità di vita durante le cure. Si stanno realizzando i seguenti progetti:

“Umanizzazione presso gli Ospedali Riuniti di Ancona”, in collaborazione con il Dipartimento di Oncologia ed Ematologia

Progetto Armonia Mente e Corpo:

Si realizzano corsi di Joga e trattamenti di massaggio del piede per pazienti oncologici.

Progetto la Stanza dei Colori

Realizzazione di uno spazio all'interno dell'Ospedale, dove i pazienti e i loro familiari possano sentirsi accolti e vivere un prendersi cura del loro corpo e delle loro emozioni.

Progetto in sinergia con la Fondazione dell'Ospedale Salesi **“Preparazione all'intervento chirurgico in Cardiochirurgia pediatrica e congenita e sostegno alle famiglie.**

All'interno del progetto è prevista la ricerca **“Niente dolore in corsia”** si studia l'effetto della presenza di due clown dottori professionisti che affiancano le infermiere durante le procedure mediche.

“Note in reparto” che prevede la presenza di due musicisti all’interno delle Rianimazioni degli Ospedali Riuniti di Ancona. Il progetto nasce con l’obiettivo di contribuire alla qualità dell’accoglienza e della permanenza dei pazienti e delle famiglie in ospedale, aiutare l’instaurarsi di relazioni significative e di incontri positivi e, contemporaneamente, migliorare le condizioni lavorative dell’ambiente ospedaliero e del personale sanitario.

**Per poter garantire questi progetti
abbiamo bisogno dell’aiuto di tutti.**

c/c bancario n. 956 Banca Marche Ancona

Filiale 124 Agenzia n. 6

IT 21 B 06055 026080 00000000956

Direttore Operativo
Dr.ssa Annarita Settimi Duca

SALUTI

Dr.ssa NADIA STORTI

Direttore Sanitario e Presidente Fondazione degli Ospedali Riuniti di Ancona onlus

Un saluto ed un ringraziamento a tutte le autorità presenti che hanno voluto insieme a noi dare avvio ai festeggiamenti in occasione del Centenario dell' Ospedale Umberto I. In qualità di Presidente della Fondazione degli Ospedali Riuniti, Fondazione giovane, onlus nata un paio di anni fa insieme ad un gruppo di volontari, di cui non cito i nomi, ma ringrazio tutti perché hanno lavorato insieme in queste settimane per organizzare una serie di eventi. Noi abbiamo voluto, quest'anno, avviare questa serie di festeggiamenti perché crediamo che l'Ospedale Umberto I sia una grande ricchezza all'interno di questa regione. Sono passati cento anni, le cose sono cambiate, ma comunque l'ospedale rimane ancora qualcosa nel cuore di tutti noi. Sia perché abbiamo avuto a volte l'opportunità di conoscere i suoi servizi sia perché è uno strumento di ricchezza per questa nostra città. Noi abbiamo cercato di fare una serie di manifestazioni che successivamente il Direttore Operativo della Fondazione ci spiegherà perché vogliamo far conoscere la bellezza di questo ospedale, vogliamo far arrivare ai nostri cittadini, non solo anconetani, ma anche marchigiani, le cose che vengono fatte in questo ospedale. È chiaro che possiamo migliorare, come in tutte le cose possiamo ancora raggiungere livelli di qualità e di eccellenza superiori a quelli che stiamo facendo, ma per fare questo oltre alla volontà di tutti i professionisti singoli e in

gruppo che lavorano all'interno dell'ospedale è necessario anche il supporto, lo sprono, la spinta di tutti voi che siete qui in questa stanza e soprattutto della cittadinanza di Ancona.

Io vorrei chiamare una serie di autorità che questa mattina ci hanno dato una gioia grande nell'essere presenti qui in questa giornata e io inizierei con il sindaco della città di Ancona che in qualità di padrone di questa città vorrei che portasse non solo i suoi saluti, ma una piccola riflessione su quella che è l'importanza dell'ospedale all'interno di questa città.

Dr. ALMERINO MEZZOLANI

Assessore Regionale alla Sanità

Volevo portare i saluti di tutto il governo regionale, innanzitutto del presidente Spacca. Nel centenario di quello che è stato, è e rimane e dovremmo preservarlo come un baluardo e un punto di riferimento per la sanità non solo di questa città, ma dell'intera regione. Volevo cogliere l'occasione per ringraziare tutti gli operatori e i dirigenti che si sono cimentati nel corso di questi anni in un lavoro duro, complicato, attraverso anche mille difficoltà che hanno accompagnato i cambiamenti in questo tempo e che hanno raccolto una eredità antica, una tradizione importante, l'hanno preservata e la preservano con il loro lavoro, con la loro serietà e con un'etica professionale di chi sa di avere sulle proprie spalle un fardello di una storia importante che deve essere portata dentro un tempo moderno e che non può essere tradita nel presente.

Sono passati dall'Umberto I professionisti illustri, medici famosi che hanno curato malattie, hanno alleviato le sofferenze, ma soprattutto sono stati un punto di riferimento, una certezza per l'intera comunità regionale. Una storia importante fatta dell'impegno di cittadini che hanno voluto in questa realtà realizzare questo ospedale che tra

l'altro è stato simbolo dell'efficienza visto e considerato che ci sono voluti 5 anni per costruirlo. Adesso si tratta di consolidare questa storia e di portarla a testa alta così come è stato finora. Il sindaco ha tracciato quelli che sono gli obiettivi a cui stiamo lavorando. Vorremmo completare il polo, diventato il punto più qualificato e di riferimento fondamentale per la sanità regionale e per l'intera comunità. Io aggiungo che è diventato il punto di riferimento di un territorio più vasto che calamita a sé anche pazienti che vengono da oltre i nostri confini regionali visto che ha contribuito soprattutto nel corso di questi ultimi anni con le eccellenze che abbiamo portato a comprimere quel gap di mobilità che avevamo in uscita e che è stato un fardello che si va alleviando per quanto riguarda i nostri conti sanitari.

Un punto di riferimento importante che trova la sua eccellenza nel momento in cui si integra, come si è integrato con la facoltà di medicina e chirurgia con l'Università Politecnica delle Marche, permettendo così di coordinare l'assistenza, la didattica e la ricerca. Consolidare un risultato di cui ci si può far vanto. Oggi le Marche sono tra le prime regioni italiane per la qualità del loro servizio sanitario ed è tra le pochissime regioni che possono vantare una virtuosità economica. Questo non allontana le difficoltà che stiamo attraversando in più anche dell'economia del paese, ma allevia sicuramente le nostre difficoltà. Non corriamo il rischio di commissariamento, restiamo padroni del nostro destino ed è un destino che ci permette di discutere con tutti di ciò che faremo in campo sanitario. Credo che questo sia stato un contributo forte proveniente dall'azienda Ospedali Riuniti, dalla storia di questo ospedale che ci permettono ancora di tenere un dialogo con la nostra comunità. Non possiamo arretrare, dobbiamo continuare su questa strada ecco perché siamo fortemente impegnati in questi giorni a far quadrare i conti e dialogare con i territori per far sì che questo nostro sistema possa rimanere quell'eccellenza che è e soprattutto rimanere in quel novero ristretto di un servizio sanitario

nazionale che ci siamo faticosamente conquistati. Naturalmente ci vorrà l'impegno di tutti noi, degli operatori, dei dirigenti. Ci vorrà l'impegno dei cittadini, ma soprattutto l'impegno e il coraggio della politica e il senso di responsabilità degli amministratori. Noi ci stiamo muovendo lungo questa strada. Speriamo ovviamente con l'impegno di tutti di poter preservare questa storia e naturalmente far tesoro di ciò che è avvenuto e soprattutto portare avanti quel compito che ci appartiene.

Dr. FULVIO BORROMEI

Presidente Ordine dei medici

Celebrare il centenario dell'Ospedale Umberto I significa soprattutto ripercorrere quelle tappe professionali e umane che hanno coinvolto uomini e donne professionisti e professioniste della sanità ad operare per il bene comune della città. Quando ho letto invito : "Storia della medicina e dell'Ospedale di Ancona. Verso il futuro" un primo pensiero è andato verso questi uomini, queste donne, questi professionisti che hanno fatto e fanno tutt'ora la storia. Con la loro storia riviviamo la storia di tutti coloro che hanno usufruito dell'accoglienza e della cura di questi. Quindi due concetti importanti di accoglienza. Accogliere è il primo passaggio perché poi si possa verificare realmente quell'aspetto terapeutico, quell'aspetto di cura che ognuno di noi attende dal medico, dall'infermiere, da tutti gli operatori sanitari. Si ripercorre quindi il lungo cammino della medicina fino alla modernità scientifica e clinica di oggi dove l'uomo, in questa storia, non ha perso l'identità, ma è stato oggetto e terminale delle attenzioni terapeutiche. Ecco questo è importante perché è l'uomo al centro del nostro lavoro. Siamo noi stessi come pazienti al centro del nostro lavoro. E in questi 100 anni di storia non si è persa l'identità. Questo centenario si celebra nello stesso periodo

in cui noi, ordine professionale, abbiamo celebrato il centenario. Questa coincidenza è altamente significativa, secondo me, perché l'ospedale, nella celebrazione di questo centenario, diventa il luogo dove la medicina si applica, cresce, si rinnova e dove la professione medica si pone al servizio di tutta la comunità. Ecco come tutti gli interventi che sono stati fatti sull'ospedale, luogo di incontro, e quindi ricordare tutti gli illustri colleghi che qui hanno operato con dedizione e professionalità, permette, alle nuove generazioni di medici, ma di tutti i professionisti, di riconoscersi in quella storia etica e professionale che ha reso grande la medicina.

Celebrare il centenario rappresenta un'opportunità per le nuove generazioni per capire quale strada è stata percorsa e quale c'è ancora da percorrere e quindi è una celebrazione ricca di ricordi. Ecco come l'ospedale, luogo di sofferenze, si vede assurgere a luogo dove i medici, gli infermieri e il personale sanitario uniscono i loro sforzi per sostenere e dare più dignità all'essere umano. Questo credo che sia la storia più importante di questa celebrazione. È stata data dignità alle persone che hanno vissuto lunghi giorni in questo luogo perché ammalati, quindi nei momenti più critici della propria vita. Con queste riflessioni voglio augurare, a nome di tutto il consiglio, che questa iniziativa sia foriera di un'ulteriore promozione della medicina tutta. Progettare il futuro è importante. Ai medici, ma non soltanto ai medici, dico che un elemento importante è la colleganza. Quando il Rettore evidenziava la grande potenzialità di questo consesso, dove i medici ospedalieri e i medici universitari vanno d'accordo, io dico che non c'è storia in nessuna categoria professionale, ma men che meno tra i medici se questa colleganza, che è scritta nel nostro codice, non ritrova quell'importanza. Non è un esercizio accademico; la colleganza è un sentire, è un processo culturale d'integrazione che non avviene se non c'è questo processo culturale che parte dal di dentro. Nessun progetto, nessun processo può essere realizzato se non c'è una rivisitazione di ciò che noi siamo, di ciò che noi vogliamo essere

e nella correzione dei nostri errori. Quindi un'etica competizione tra le professioni è normale, ma deve essere etica per il bene dell'uomo e poi la tecnologia, umanesimo ed etica si debbono sposare perché si possano realizzare in meglio e continuare ad esprimere in meglio nella nostra storia.

Dr. GINO TOSOLINI

Direttore Generale

Io sono sempre felice di sentire parole positive sull'esistenza dell'Azienda Ospedaliera, ma quello che mi interessa anche è che, accanto alle parole, ci siano poi quelle riflessioni che ci aiutano a migliorare, a crescere, a modificarci, perché sempre naturalmente abbiamo bisogno di modificarci. Che senso ha fare un'iniziativa di celebrazione di un anniversario? Io credo che noi un po' corriamo, un po' abituati o anestetizzati dalla quantità che c'è di iniziative e di celebrazioni di tutti i tipi che ci sono ogni giorno nel nostro paese, nelle nostre città, nella nostra cultura. Noi dobbiamo cogliere quello che è il senso e il significato di un'iniziativa di celebrazione. Io credo che le riflessioni che sono partite stamattina sono riflessioni importanti perché ci aiutano a vivere il concetto della celebrazione come un momento di riflessione sulla nostra esistenza, sulla nostra presenza oggi. Noi, in parte, quello che siamo oggi come Azienda Ospedaliera è dovuto a quello che è stato, a quella che è stata la storia di questi cento anni. E in parte il futuro dell'Azienda Ospedaliera dipenderà da quello che siamo noi oggi. Abbiamo bisogno, da una parte, di ritrovare, attraverso il ricordo e la celebrazione, quello che è stato e trovare le nostre radici, le nostre identità e anche la nostra appartenenza ad un processo in crescita. Dall'altra parte ci pone come stimolo e come obbligo ad un miglioramento oggi per poter segnare una possibilità di futuro di questa Azienda Ospedaliera domani.

Giustamente Ruta ha detto che facciamo un compleanno senza la torta perché non ci sono i soldi. Però la torta è un gradito ornello aggiuntivo, ma quello che è importante è che ci sia lo spirito, è che ci sia la voglia di capire quello che è stato, di capire quello che siamo e soprattutto che ci sia la voglia di migliorare. Io credo che in futuro, lo diciamo da alcuni anni, nel piano strategico di questa azienda, con gli operatori abbiamo individuato la necessità di riuscire a portare l'Azienda Ospedaliera ad un livello di eccellenza riconosciuto internazionalmente, non autocelebrato da noi, ma riconosciuto dall'esterno come uno dei progetti più importanti, ambiziosi e strategici che abbiamo nella nostra azienda. Certo, noi quando parliamo di piano strategico siamo spesso coinvolti ed impegnati nel capire come si fa senza risorse ad andare avanti e quindi a ristrutturare, organizzare, migliorare, modificare, ma il nocciolo di tutto quello che facciamo è di riuscire ad avere un percorso che riesca a qualificarci e a farci riconoscere come eccellenza per tutto il centro-sud Italia rispetto ad una serie di attività di tipo sanitario. Questa eccellenza non può che essere dovuta al lavoro, alla capacità, all'impegno di tutti gli operatori sanitari, ma anche all'umiltà e alla capacità di essere misurati e riconosciuti da esterni e non solo in modo autocelebrativo. Un'ultima riflessione riprende quello che ha detto prima il Rettore. È una cosa che all'esterno forse si percepisce poco, ma all'interno, per gli operatori, è una cosa molto importante: il fatto di essere un'Azienda Ospedaliera Universitaria, in molte circostanze internazionali, è un elemento di difficoltà organizzativa e gestionale. Nella nostra realtà, questa è stata la mia esperienza negli ultimi 4 anni, invece è occasione di grande capacità di integrazione e stima reciproca, con tutte le difficoltà che naturalmente ci sono, ma sicuramente come esempio di integrazione fra i migliori, se non in assoluto, la migliore che io riconosco, fra le Aziende Ospedaliere Universitarie che sono in Italia in questo momento. Allora lo sforzo che stiamo facendo assieme con gli universitari e ospedalieri è di immaginare che l'associazione

Università- Ospedali invece di diventare un problema di superamento di difficoltà gestionali possa diventare, come forse sta diventando, un plus, un valore aggiuntivo che riesce a trasformare la facoltà e la parte ospedaliera in qualcosa di migliore. In questa direzione, che vogliamo perseguire, chiediamo a tutti il coraggio e la forza di sperimentare cose nuove, di andare avanti su strade nuove perché cercando anche su strade nuove potremmo conoscere e capire qual'è la strada migliore in questa direzione. Questa sera ho un incontro con il Ministro Fazio in cui l'azienda ospedaliera universitaria, per quel che riguarda la parte aziendale, vuole discutere con il Ministro proprio gli aspetti dell'integrazione e dell'università con gli ospedali che, in queste strutture, sono molto diverse dalle solite strutture del servizio sanitario nazionale e quindi abbiamo bisogno di capire quali sono gli indirizzi e le volontà del ministero e far presente quali sono le possibilità, anche per noi direttori generali, per le sperimentazioni che abbiamo fatto, per la nostra storia e per le culture che abbiamo avuto e che possiamo portare come proposta di attività. Credo che la nostra esperienza di Ancona possa essere un'esperienza all'avanguardia anche sotto questo profilo.

Hanno portato il loro saluto il Sindaco di Ancona Prof. *Fiorello Gramillano*, l'Assessore Regionale Dr. *Carmine Ruta*, il Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, Dr. *Marco Pacetti*, il Questore Dr. *Antonio De Felice*, la Presidente della Provincia Dr.ssa *Patrizia Casagrande* e l'Arcivescovo Mons. *Edoardo Menichelli* e il Direttore Operativo della Fondazione Dr.ssa *Annarita Settimi Duca*

Iniziano i lavori i tre illustri medici che hanno fatto la storia dell'Ospedale.

All'Umberto I ho operato esattamente 40 anni. Dal 1945 al 1985.

Sono stati decenni di evoluzioni. Con l'interesse della medicina in Italia e nel mondo delle conoscenze scientifiche, della diagnostica e della terapia. All'ingresso nel 1945 gli unici reparti esistenti erano medicina, chirurgia e ostetricia, ma subito si costituirono neurologia e ortopedia e successivamente tutte le numerose specialità che alla fine del XX secolo riempirono il nosocomio regionale. Incremento e qualificazione del personale medico, tecnico, infermieristico e includiamo anche le suore di carità che oggi non ci sono più, ma le rimpiangiamo. Negli anni '60-'70 si verificò il fenomeno dell'ingrandimento e della nascita di nuovi ospedali ad Ancona: geriatrico, cardiologico, oncologico con nuove unità di neurochirurgia ed endocrinologia. Ora questi ospedali sono in via di rientro e unificazione dell'Umberto I. Ancora negli anni '70 si verificò il fenomeno della nascita, ad Ancona, della facoltà di medicina che portò all'istituzione di reparti clinici dell'ospedale che, superato qualche aspetto critico iniziale, contribuì ad elevare il livello e il tono delle apparecchiature, dell'assistenza e dei finanziamenti. La scuola convitto, gli infermieri, causa ed indice dei valori etici del personale. Concludo con una nota relativa al prezioso carattere umanitario della nostra assistenza agli ammalati. All'atto del ricovero veniva consegnato un breve testo che indicava ai malati i loro diritti e i loro doveri durante il ricovero. Il diritto illustrava il trattamento umano e familiare che avrebbero ricevuto dal personale.

Tale indirizzo fu apprezzato dai numerosi ospedali italiani che ci chiesero di adottarlo. Ancora oggi ci accade con frequenza, per la strada, di essere riconosciuti e festeggiati da persone che anche a distanza di decenni ci esprimono gratitudine per le cure e per le attenzioni ricevute per se stessi e per i loro familiari e questa per me è una grande soddisfazione, pari a quella delle cure date per 40 anni.

Io non sono un pioniere, non sono il padre dell'Umberto I. Sono venuto in Ancona nel 1964 per un accordo tra il consiglio della allora amministrazione e il prof. Mario Lambranzi, primario del servizio di radiologia. Il prof. Lambranzi era della scuola modenese ed io ero a Modena assistente ordinario all'università. Ero reduce da un anno e mezzo, per una borsa di studio, dalla Svezia per un aggiornamento. Mi chiamò il direttore e mi disse che dovevamo fare un piacere a Lambranzi. Siccome il suo aiuto era diventato primario a Jesi c'è una vacanza di aiuto. Tu vai, sei marchigiano, vai sei mesi e poi ritorni. Questi erano gli accordi per coprire questa vacanza. Io mi sono messo in aspettativa alla facoltà di medicina di Modena, sono arrivato qua e sono andato a salutare il presidente del consiglio che era direttore della Banca d'Italia, il dott. Vitale, gentiluomo e poi ho conosciuto il prof. Lambranzi. Ne avevo sempre sentito parlare a Modena, ma non lo avevo mai conosciuto e allora, colleghi e amici, lasciatemelo ricordare per cinque minuti quest'uomo che è stato l'ultimo dei radiologi clinici che allora stavano incominciando a sparire perché il radiologo ha perso la clinica ed è diventato tecnocrate. La scuola modenese insisteva che le immagini senza il supporto clinico erano e sarebbero state espressione della tecnologia. Solo espressione senza il fondamento clinico, io vedevo Lambranzi che faceva gli esami in sala diagnostica e poi i relativi referti. Lui faceva l'analisi scritta del paziente. C'è stato qualcuno che mi ha preceduto e che ha accennato, diciamo così, ad un allontanamento tra il medico e il paziente e questo è vero perché la medicina non è più intuitivo-clinica, di cui qui abbiamo dei rappresentanti come il prof. Fuà e il prof. Miti, ma è diventata una disciplina tecnica. Il prof. Lambranzi aveva un carattere da direttore, da primario, ma da primario dell'epoca, la mattina riuniva i tecnici e gli dava l'indirizzo da seguire durante la giornata di lavoro. Io ho imparato tante cose da Lambranzi ed è sempre viva la

mia memoria anche se ora non mi sento più medico perché sono circa 5-6 anni che non sono più in servizio. Ma lo ricordo sempre come un medico che sta non dico sparendo, ma sta riducendo quella che è la propria funzione in cambio della tecnologia. Io dovevo essere qui solo per sei mesi ed invece sono successi due avvenimenti: Lambranzi è morto improvvisamente e quindi io ebbi l'incarico di sostituirlo e in più c'era l'incarico all'università che stava arrivando. Vi vorrei ricordare che in quell'epoca l'ospedale Umberto I, in poco tempo, da ospedale territoriale era diventato un ospedale a valenza nazionale e poi è entrato nella storia della medicina con i lavori scientifici di Camuretti Hengleman che sono tutt'ora nella storia della medicina. Qui vedo il prof. Salvolini che per la sua attività scientifica svolta all'Umberto I ha portato per la prima volta in Italia un prototipo dell'attuale Tac. Io vorrei dire al Direttore generale, al Preside della facoltà e al Rettore che l'azienda ospedaliera può avere una validità ed un'efficacia produttiva se ci sono dei programmi, ma per le sue specifiche prioritarie esigenze, altrimenti continueremo a vivere nella confusione dell'assistenza sanitaria, non in Ancona, ma in Italia. Io che frequento Montreal sento dire che l'assistenza in Italia è discesa ai valori minimi, quindi sta a voi riportare l'assistenza a quello che è stata all'inizio e con l'augurio che l'università faccia meno titoli accademici e più personalità e professionalità nei medici. Ci saranno dei tecnici e devono avere una didattica adeguata alle esigenze e alle necessità della moderna medicina.

Prof. LUIGI MITI

Fatti ed alcuni dei Misfatti dell'Umberto I.

Ho 96 anni. Mi sono laureato a Roma nel Giugno del 1940 e subito ho iniziato a frequentare tutti i Reparti dell'Umberto I di Ancona per poter sostenere, a Torino, l'esame di abilitazione alla professione.

In quell'anno l'Ospedale aveva circa 600 letti così suddivisi: 250 di Medicina, 180 di Chirurgia, 100 di Ortopedia, 60 di Ginecologia e 20 fra Oculistica e Otorinolaringoiatria. Tutti i Reparti erano diretti da Primari di grande prestigio: il Prof. Patrignani in Medicina, il Prof. Cappelli in Chirurgia, il Prof. Camurati in Ortopedia, il Prof. Gusso in Ginecologia, il Prof. Tallei in Oculistica, il Prof. Fioretti Ferruccio in Otorinolaringoiatria, il Prof. Sette al Laboratorio Analisi ed il Prof. Lambranzi in Radiologia.

Faccio presente che nel 1938 il Prof. Franco Patrignani, mio grande Maestro, vincitore di un concorso nazionale, assunse la direzione della Divisione di Medicina che rivoluzionò totalmente inserendovi un laboratorio di analisi con termostato per esami colturali, un armamentario per esami biochimici, un microscopio e soprattutto un elettrocardiografo per la prima volta presente nella Regione Marche. Operò una notevole trasformazione anche scientifica introducendo nuove tecniche diagnostiche come la biopsia midollare (allora praticata allo sterno), la puntura lombare, la biopsia epatica con l'ago di Siderman e l'autopsia obbligatoria per i decessi rimanendo, però, sempre fedele alla semeiotica, alla anamnesi accurata ed alla visita medica estremamente scrupolosa per arrivare poi alla diagnosi ed alla terapia.

Il sottoscritto, esonerato dal servizio militare per lesioni riportate durante la guerra a seguito dell'affondamento dell'incrociatore Trento su cui era imbarcato e prestava la sua opera di Medico, il

5 Maggio 1943 viene assunto come Assistente con incarico di Vice Primario presso la Divisione di Medicina. La tipologia dei pazienti ricoverati in Medicina era la seguente: il 50% erano pazienti affetti da patologie cardio-respiratorie, il 30-40% da patologie ematologiche, neurologiche, reumatologiche e nefrologiche, il 10% da patologie gastro-intestinali.

Nel 1944 abbiamo avuto una grave epidemia di tifo che colpì circa 450 ammalati con meno di 10 decessi; dopo il passaggio del

fronte avemmo una epidemia di febbre Q e piccole endemie di spirochetosi ittero-emorragiche e psittacosi-ornicosi e diversi casi di tetano e difterite.

In seguito al bombardamento del 2 Novembre 1944, con oltre 2.000 morti, la città di Ancona si spopolò; fuggirono anche le Autorità e di conseguenza ci furono dei saccheggi.

Per fortuna all'Umberto I funzionava un centro di resistenza partigiana, da me diretto, a cui si associarono successivamente i GAP del cantiere navale, dei ferrovieri e dei Vigili del Fuoco.

Venuti a conoscenza del saccheggio dell'Ospedale Militare e della Sezione Sanitaria delle Ferrovie, decidemmo di sequestrare tutto il materiale sottratto e di trasferirlo presso l'Ospedale Civile; solo una piccola parte fu distribuita alla popolazione bisognosa presente in città.

Tale operazione costituirà il 5 Gennaio 1945 un pretesto al Commissario Straordinario Gen. Zani (quello della beffa di Durazzo in Albania), che prendeva le consegne dal commissario uscente Padre Guido, per far espellere dall'Ospedale 25 persone tra le quali 2 Primari, 5 Aiuti tra cui il sottoscritto, 8 Assistenti e 10 paramedici che furono riammessi in servizio circa sei mesi dopo per l'intervento del Colonnello inglese Comandante della Piazza di Ancona, il quale capì la nostra buona fede e, incalzato anche dagli scioperi degli operai del cantiere navale, venne in nostro aiuto.

Altre azioni importanti effettuate da noi partigiani furono: tra Febbraio e Marzo del 1944 effettuammo due blitz in un mulino a palmenti, situato nel Comune di Camerata Picena, per sequestrare quintali di farina per l'ospedale, il salvataggio del Prof Patrignani, con la macchina della Marina Repubblicana, che doveva essere fucilato insieme ai fratelli Branconi di Loreto. Inoltre la consegna al Comando alleato, oltre le linee, fatta pervenire attraverso il partigiano Arvedo Bramucci, della mappa con il posizionamento delle mine nel porto e nei punti strategici della città consegnatami dall'Ing. Albertini, allora Comandante dei Vigili del Fuoco.

Molti anni dopo, nel 1954, il Consiglio di Amministrazione dell'Umberto I, con un atto vile e vergognoso decise l'espulsione dall'Ospedale di due Primari, i Professori Bombi della Chirurgia e Patrignani della Medicina, due luminari famosi in tutta Italia rei di aver realizzato una Casa di Cura privata.

Al sottoscritto venne concesso l'incarico di Primario per un solo mese e violando la legge sanitaria del 1938 che prevedeva che la supplenza dovesse essere affidata all'Aiuto effettivo in carica fino all'espletamento del Concorso, il Consiglio di Amministrazione affidò l'incarico dei due primariati vacanti a due Sanitari esponenti dell'Azione Cattolica, vice primari dell'Istituto di provenienza.

Dopo pochi mesi il Primario incaricato della Medicina mi deferì al Consiglio di Disciplina e con la complicità di due Assistenti ed una Suora, che mi accusarono di cambiare le terapie del Primario, fui anche io, per la seconda volta, espulso dall'Ospedale.

Rientrai nel Maggio 1957, in seguito a sentenza del Consiglio di Stato, e nominato Primario incaricato della Prima Divisione Medica. Nello stesso giorno, per pura combinazione, il famoso cardiologo Prof. Puddu, sulla Rivista TEMPO MEDICO, pubblicava: "Se volete sapere come si truccano i concorsi ospedalieri in Italia, rivolgetevi all'Umberto I di Ancona".

Nel 1964, cioè nel periodo di transizione e di passaggio della Medicina dalla fase anatomo-clinica alla fase clinico-tecnologica, anche per la maggior affluenza al Reparto di pazienti con patologia respiratoria, in particolare di tumori polmonari, presi la decisione di istituire la Sezione di Fisiopatologia Respiratoria. Chiesi un colloquio con il Presidente del Consiglio di Amministrazione, dal quale ottenni un sonoro rifiuto a cui reagii istallando, il giorno dopo, sull'entrata del Reparto una targa con la scritta "Sezione di Fisiopatologia Respiratoria" e chiamando a raccolta enti ed amici dai quali ottenni sovvenzioni per l'acquisto dell'attrezzatura che serviva. Un

ringraziamento particolare lo devo all'allora Presidente della Cassa di Risparmio di Ancona che donò una somma enorme per i tempi: 8 milioni. Con questi danari comprai un polmone d'acciaio ed un defibrillatore per la cardioversione. Nel mio Reparto già si praticava la broncografia tramite la collaborazione del compianto Prof. Alessandro Fioretti, Primario Otorino.

Ciò premesso, consentitemi di dire che se ad Ancona esistono la Pneumologia e l'Allergologia lo si deve all'acume del sottoscritto ed alla mia personale amicizia con il Prof. Vincenzo Monaldi, allora Direttore della Cattedra di Pneumologia e Tisiologia dell'Università di Napoli, la cui scuola è universalmente riconosciuta come una delle migliori d'Italia.

Grazie a queste conoscenze accompagnai personalmente, per ben tre volte, il mio collaboratore meritevole a Napoli e lo affidai al Prof. Monaldi sia per la specialità che per la Libera Docenza, in modo da avere anche un filo diretto con un grande centro pneumologico e portare le migliori innovazioni ad Ancona. Dotai, quindi, la Sezione del primo broncoscopio, diventando subito un centro di riferimento per questa tecnica diagnostica.

Nel 1967 fui invitato ad una colazione di lavoro alla trattoria del Trave, insieme ad altri Primari, dal Sindaco Prof. Trifogli e dal Presidente dell'Umberto I per esprimere un parere sulla istituenda Facoltà di Medicina ad Ancona. Espressi parere positivo facendo però presente che sarebbe stato un errore mettere insieme Ospedale ed Università, il primo dipendente dal Ministero della Sanità, la seconda dal Ministero della Pubblica Istruzione. Ritenevo che il primo si doveva dedicare all'Assistenza mentre l'altra più alla Ricerca, ed inoltre espressi i miei dubbi sulla associazione delle due strutture. Abbiamo esempi eclatanti di questa situazione nell'Ospedale di oggi con i Reparti ospedalieri di Oculistica, Dermatologia, Oncologia, Endocrinologia ed Urologia che non ci sono più. Inoltre

apertamente dissi che il nuovo Ospedale non si doveva costruire a Torrette perchè zona paludosa e che l'Università poteva occupare gli spazi lasciati vuoti nel vecchio Umberto I o o essere collocata all'interno del vecchio Manicomio, anche per non lasciare il centro città senza un ospedale.

Sorvolo su due grandi errori compiuti dall'Amministrazione: il trasferimento della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dall'Umberto I alla Casa di Cura Villa Maria, vecchio rudere , pagato tre miliardi dell'epoca e non dotata di un servizio fisso di Anestesia.

In caso di urgenza doveva essere chiamato l'Anestesista di guardia all'Umberto I, ed in attesa del suo arrivo, il Ginecologo invece di praticare il taglio cesareo era costretto ad usare il forcipe, causando spesso la nascita di bambini disabili. IL secondo trasferimento inopportuno fu quello del Centro Trasfusionale a Torrette prima che vi venisse trasferito tutto il resto dell'Umberto I, che costringeva malati ed ambulanze a trasferimenti con urgenza correndo avanti ed indietro per la città.

Signori Amministratori smettetela di distruggere l'Umberto I, che è stato famoso e vanto per la città di Ancona, non certo per chi l'ha gestito in passato (in gran parte quaquaraquà) ma per il personale Medico e Paramedico diretto da illustri Primari.

Nel 1977 venne alla mia osservazione un illustre Parlamentare dell'allora grande Partito Comunista che ricopriva anche il ruolo di Federale regionale. Questo signore dichiarava di avere gravi attacchi di asma quando a dieci miglia dalla costa una nave carica di semi di soia si dirigeva verso il porto . Ricoverato in Reparto in seguito a ricerche si accertò che veramente i semi di soia erano la causa della crisi di asma bronchiale, eziologia sconosciuta fino ad allora, che poi sarà di utilità nel 1990 alla città di Napoli per l'epidemia di asma bronchiale che colpì i lavoratori del porto.

Nel 1978, ritenendo che il Consiglio di Amministrazione, prima o poi avrebbe cercato di allontanarmi (cosa regolarmente avvenuta

alla fine del 1979), proposi io stesso all'Amministrazione Ospedaliera di istituire la Divisione autonoma di Pneumologia e Allergologia per il timore che, in mia assenza non fosse nominato un mio collaboratore meritevole.

Alla fine del 1979 quindi fui licenziato per mettere al mio posto un mio allievo, grande esponente dell'Azione Cattolica, preferendolo addirittura all'Aiuto anziano Dott. Luigi Scuppa al quale il posto apparteneva di diritto. Quest'ultimo fece valere davanti al Tribunale le sue ragioni, vinse la causa ed ebbe dall'Ospedale un grosso indennizzo.

Rientrai, dietro a sentenza del TAR, dopo 4 anni, alla fine del 1984, con un vero e proprio atto di forza. Infatti, nonostante la sentenza del TAR fosse immediatamente esecutiva, l'Ospedale tergiversava per far scadere i termini del mio rientro. Allora inviai una raccomandata espresso al Consiglio di Amministrazione dichiarando che il giorno successivo, alle ore 08.00, mi sarei presentato nel mio Reparto, trasformato in mia assenza, da reparto per acuti a reparto per malati terminali e per cronici, insieme ad un Notaio con la sentenza del TAR. La mia lettera fu per gli amministratori come un terremoto: tentarono di dissuadermi con una telefonata del Direttore Sanitario e vista la mia determinazione si riunì il consiglio e deliberò il mio rientro. Alle due di notte mi fu recapitata la suddetta delibera che mi riammetteva alla Direzione della Divisione di Medicina.

Nonostante le tre espulsioni e successivi tentativi di eliminarmi con denunce per spaccio di stupefacenti prima, per peculato poi e per un decesso di un paziente per il quale io stesso avevo chiesto l'autopsia, denunce tutte concluse, da parte del Tribunale, per inesistenza dei fatti, sono orgoglioso di aver diretto la Prima Divisione di Medicina dell'Umberto I con grande rigore, responsabilità e professionalità ed aver istituito nelle Marche la Divisione di Pneumologia ed Allergologia, che i miei Collaboratori che si sono succeduti, hanno portato ad altissimi livelli con riconoscimenti nazionali ed internazionali.

Ringrazio mia Madre che, con grande sacrificio, mi ha dato la possibilità di laurearmi e i miei due grandi Maestri, il Prof. Patrignani e dal 1957 il Prof. Domenico Campanacci che mi ha onorato di far parte della sua Scuola ed infine la popolazione di Ancona che mi è stata sempre vicina in tanti momenti della mia vita.

Il ruolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia nelle Marche

Volevo ringraziare tutti i presenti, ma soprattutto la direzione generale per aver voluto fortemente nella nostra facoltà questo convegno, ciò a dimostrazione e testimonianza di un rapporto che negli ultimi periodi in particolare, ma ormai da molto tempo con dati di fatto precisi, si è consolidato. Io avevo piacere di presentare qualche dato preciso per il quale è necessario e importantissimo che noi ospedalieri e universitari, al di là di tutte le situazioni importanti che si possono avvertire nelle varie discipline ecc., però è importantissimo che condividiamo un progetto. Questo all'interno del sistema Marche. Quando mi è stata affidata questa relazione ho pensato a quello che è il ruolo che ha delineato la facoltà di medicina nel passato, ma soprattutto che avremmo piacere che si delineasse nel presente e nel futuro ed è per questo che ho parlato di facoltà di medicina per il territorio marchigiano noi viviamo in una regione di un milione e mezzo di abitanti con una facoltà di medicina e quindi la formazione sanitaria è sicuramente organizzata dalla facoltà di medicina e questa è una cosa che, perlomeno a livello delle nostre leggi attuali, è incontrovertibile e quindi è una situazione che deve essere presente non solo per la città di Ancona, il sistema Ancona ecc., ma per il territorio marchigiano. Io ricordo direttamente che la facoltà di medicina nei suoi vari corsi di laurea presenta un'attività per oltre il 70-75% all'interno per le attività professionalizzanti degli Ospedali Riuniti e quindi ovviamente tutto ciò ci sottolinea la necessità di una condivisione importante e soprattutto quello che può rappresentare per gli Ospedali Riuniti la facoltà di medicina e quello che può rappresentare per le Marche. Mi fa piacere parlare di

un aspetto che ha portato a quelli che sono i nostri dati attuali sulla facoltà di medicina nel territorio marchigiano, ma per un potenziale e possibile, speriamo, sviluppo futuro. La facoltà di medicina, tra le facoltà del nostro ateneo, è quella maggiormente radicata nel territorio marchigiano. Tutto ciò è molto importante perché, come ha sottolineato l'Arcivescovo, in realtà noi dobbiamo parlare del cittadino, dell'abitante delle Marche e quindi dobbiamo parlare di due elementi del sistema ospedaliero e del sistema scuola e sistema formazione. Da questo punto di vista la facoltà di medicina, già da diversi anni, ha voluto osservare maggiormente rispetto ad altre facoltà quello che è l'aspetto delocalizzazione. Un termine, non molto piacevole, nazionale, ma soprattutto direi di distribuzione nel territorio marchigiano.



I pallini rossi rappresentano le facoltà di medicina che non è solamente il corso di laurea di medicina presente in ogni capoluogo di provincia. Al momento attuale nel nostro ateneo, nonostante il numero

chiuso delle nostre facoltà, noi abbiamo comunque un 21% di iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia nell'ambito degli studenti del nostro ateneo. Questo è molto importante perché noi, a differenza di altre facoltà, abbiamo un numero chiuso che limita ovviamente e fortunatamente la partecipazione ai nostri corsi di laurea. Per cui noi partiamo assolutamente da una facoltà di medicina e chirurgia che vede tutte le attività professionalizzanti. Tutte le attività di sviluppo professionale all'interno degli Ospedali Riuniti. Abbiamo questa Azienda Ospedaliero Universitaria importantissima su cui dal terzo anno circa il 75% di 900 studenti attualmente iscritti alla facoltà di medicina frequentano l'ospedale torrette e abbiamo una laurea specialistica e a ciclo unico in odontoiatria. Poi abbiamo numerose lauree. Ovviamente le cosiddette lauree triennali numerose e come detto in precedenza, in diversi poli marchigiani, la maggior parte presenti anche in questo caso a livello di Ancona. Non è sempre Ancona, ma si tenta di mantenere una qualità della formazione e se la qualità della formazione si è sviluppata maggiormente in Ancona agli inizi e in questo momento abbiamo una serie di progetti per uno sviluppo qualitativo omogeneo a livello di altre strutture in altre città della Regione Marche.

Sede	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Ancona	75%	56%	41%	35%	35%
Pesaro	11%	15%	16%	17%	17%
Macerata	5%	10%	15%	16%	16%
Ascoli P.	6%	11%	16%	15%	16%
Fermo		5%	10%	14%	15%

Abbiamo numerosi corsi di laurea soprattutto dell'infermieristica, presenti su diverse città e in queste schede vediamo che se solamente 5 anni fa il 75% degli studenti era presente ad Ancona. Oggi abbiamo in Ancona il 35% degli studenti mentre il 65% in questo momento trova uno sviluppo a livello regionale qualitativamente idoneo. D'altra parte noi sappiamo che se abbiamo, e questa è una cosa importante perché, come in particolare il direttore generale ha parlato di un incontro che oggi pomeriggio avrà con il Ministro Fazio per parlare di quello che è il nostro nuovo atto costituzionale e sapete che dopo l'applicazione della legge Gelmini si è discusso e si sta discutendo un nuovo atto convenzionale tra l'università e la regione e in questo nuovo atto molto importante è il ruolo veramente di commistione, tra ambiente ospedaliero e ambiente universitario anche nell'ambito della formazione. E questa è una situazione che già in precedenza è partita perché voi vedete che se parliamo di docenti del sistema sanitario nazionale parliamo in questo momento, nell'anno accademico in corso, di 176 docenti.

Anno Accademico	Dirigenti medici	Professioni sanitarie	Totale
2010/2011	81	95	176
2009/2010	78	95	173
2008/2009	82	98	180
2007/2008	78	90	168
2006/2007	65	55	120

Un numero importante. D'altra parte noi abbiamo anche docenti della nostra facoltà presenti nel territorio. Questo ancora a delineare quello che è l'aspetto significativo della facoltà per la Regione Marche. Il problema delle scuole di specializzazione è un problema

difficilissimo. Non più tardi di due anni fa abbiamo avuto un notevole problema di riduzione delle scuole di specializzazione che poi, lo scorso anno, si sono invece in gran parte recuperate e al momento noi abbiamo 17 scuole di specializzazioni autonome, sei scuole di specializzazioni aggregate in altre sedi. Tutto ciò sulla base di un programma nazionale che in questo momento ci vede sicuramente ben posizionati. Queste sono le sedi di formazione degli specializzandi nel territorio marchigiano in questo caso anche a dimostrare che se la condivisione ha fatto sì che molto facilmente nell'ambito degli Ospedali Riuniti abbiamo la distribuzione, anche in questo caso, di circa il 70% degli specializzandi. Questo a dimostrare che parliamo di una facoltà unica presente e che lavora per il territorio regionale. Poi abbiamo la presenza numerosa, importantissima e significativa di più del 90% di personale convenzionale universitario nell'ambito degli Ospedali Riuniti e altre aziende dove cominciano ad essere presenti, e progressivamente stiamo avendo un aumento proprio di recente, in altre situazioni del territorio. Parliamo di Jesi, di Fermo e speriamo di parlare di San Benedetto del Tronto a breve. Situazioni che sono significative. Noi abbiamo numerose regioni, in realtà anche regioni di uguali dimensioni, anche limitrofe, e che hanno almeno due facoltà e quindi una situazione molto importante. Parliamo di un coinvolgimento e di uno sviluppo per i professionisti della regione, ma non certo a voler rappresentare solamente un ambito regionale. La facoltà di medicina vista come investimento economico. Quando noi parliamo di queste voci vediamo come la facoltà di medicina investe, per il polo, una quantità di denaro molto importante a livello di sistema sanitario, non solamente di Ancona, ma anche regionale. Nell'ambito dello sviluppo futuro noi abbiamo sicuramente alcune osservazioni che ci sono da fare e vedremo come si riuscirà a portare queste osservazioni dalla recentissima legge Gelmini che vorrebbe basare sul controllo di gestione molto più snello operativamente e sul discorso di meritocrazia. Basato principalmente sul rapporto

soprattutto importante e significativo del ruolo dei dipartimenti. Dal dipartimento deve nascere un ambito di sviluppo sempre più importante e da questo punto di vista, chiaramente, dobbiamo parlare di una maggiore snellezza e di investimenti virtuosi. Siamo definiti un Ateneo virtuoso, siamo definiti una regione virtuosa, avremmo piacere che ciò veramente si trasformasse in un virtuosismo economico che porti alla nostra regione maggiore rispetto ad altre regioni che sono, forse, un pò meno virtuose di noi. Quindi la facoltà di medicina deve indicare le possibili idee di un implemento, attraverso la facoltà, attraverso l'ospedale e la regione. Implementazione delle risorse, e della formazione. Questa è una nota molto difficile; quando giustamente ci dicono che non ci sono soldi vediamo però che possibilità ci possono essere perché tutto dipende da un'ipotesi di programmazione. Vi presento alcuni esempi. Il problema delle bio-banche è una parola grossa però applicata a due altre situazioni che funzionano molto bene in Italia. Noi abbiamo una regione piccola, amo definirla una bomboniera, dove, se avessimo la capacità di vedere come sviluppare alcuni profili esistenziali comuni con una facoltà di medicina unica, potremmo rappresentare attraverso questa facoltà una banca centrale di tessuti, di sangue, di tutta una serie di situazioni che possono servire alla regione, grazie soprattutto alla regione e a quello che è l'ausilio che in questo momento ci mette a disposizione l'azienda. Quello che stiamo discutendo a livello regionale è la possibilità di una creazione di una biblioteca scientifica, una biblioteca on line. Non esiste più il cartaceo per una biblioteca scientifica. Se avessimo la capacità di organizzare una biblioteca centralizzata avremmo un risparmio di più di 10 milioni di euro, perché teoricamente è un risparmio. La nostra facoltà e il nostro ospedale "produce" il 30% di studenti che andranno nel territorio ad eseguire il discorso delle cure primarie e quindi ovviamente in questo momento non poteva che nascere un network molto forte ed importante con i medici di medicina generale e i pediatri di pediatria

generale perché si arrivasse a definire, all'interno della nostra facoltà, un prodotto qualitativamente migliore e che arrivasse al territorio un prodotto qualitativamente più formato per cui da quest'anno abbiamo l'inserimento di discipline nel corso di laurea di medicina di cure primarie al quinto, sesto anno consecutivi per l'aspetto soprattutto importante dal punto di vista formativo. Ci sono studenti che devono sapere, dal momento che possono accedere rapidamente all'ambiente territoriale, a che cosa vanno incontro, come deve essere organizzato oggi il discorso delle cure primarie, ma tutto ciò viene da un'ampia e importante condivisione. In questo caso, con i medici di medicina generale, abbiamo parlato spesso di quali possibilità condividere per ottenere un rapporto qualitativo migliore. Rapporti importanti, chiaramente, con le associazioni di volontariato. Noi tutti collaboriamo come discipline, con determinate associazioni di volontariato.. Sono stato presidente di una società scientifica per diversi anni e so benissimo il rapporto di sviluppo a cui si è arrivati grazie ad una condivisione importante con alcune associazioni di volontariato in funzione soprattutto del paziente che deve essere sempre il nostro primo obiettivo. È chiaramente il problema dell'umanizzazione delle cure, di cui ha parlato direttamente l'Arcivescovo, di cui noi facoltà, grazie all'operatività del preside Manzoni, grazie all'operatività del prof. Danieli, abbiamo questo input ormai attivo da diversi anni e ci fregiamo, per merito di coloro che mi hanno preceduto, di queste possibilità di sviluppo che poi sono state copiate molto spesso negli altri corsi di laurea. Quindi avremmo piacere di vedere Ancona, insieme alle Marche, avere uno sviluppo che, se prima era centripeto verso Ancona da parte dell'Emilia Romagna, dalle altre regioni che ci circondano, avremmo piacere sempre di più di portare quello che è il nostro sviluppo di cultura tecnico-scientifica e sociale delle Marche almeno nelle regioni limitrofe.

Prof. **ITALO D'ANGELO**

*La Medicina Scientifica Moderna:
Quando è nata e con chi*

In questa relazione, mi sarà possibile fare solo, qualche flash e considerazione; per chi fosse interessato ad una trattazione organica e ragionata, di questa complessissima storia di

- frattura totale della vecchia medicina e
- ricostruzione del nuovo pensiero medico,

si rimanda al mio libro “Giacinto Cestoni: nasce con lui la medicina scientifica moderna?”, Errebi, Falconara M., Ancona, 2006.

Utile per seguire questa conferenza, è farsi guidare, dal mio “Bignametto estremizzato”.

È la Storia della Medicina in “un” foglio, incluso nella cartellina del congresso.

Questa mia ricerca veramente complessa e del tutto nuova [mai affrontata da alcuno – almeno secondo Scienza Galileiana (matematizzabile e riproducibile)] ha occupato una parte importante della mia vita: circa 30 anni. I primi scritti sull’argomento risalgono agli anni ‘980 e poi, su “Meridiana” (rivista dell’Ospedale Regionale di Ancona), dai primi anni ‘990 (si era in 12- 13 medici tra universitari ed ospedalieri. Ricordo qui solo il prof. Franco Angeleri che trattava il cervello; il sottoscritto aveva come argomento Storia e Arte in Medicina).

“Meridiana”(qui vi mostro un esemplare) stampata nell’Ospedale Regionale di Ancona, fu voluta dal presidente dott. Mario Cirilli; si chiedeva una Rivista che segnasse “come è oggi la medicina”, da cui il nome “Meridiana”; era una bella rivista di 5000, 7000 copie, spedita a tutti gli Ospedali e alle Università italiane e, a vari perso-

naggi della cultura. Direttore responsabile era il prof. Giovanni Danieli. Durò diversi anni.

Quando “Meridiana” finì, ricordo le splendide Riunioni Scientifiche indette dal prof. Giovanni Danieli; qui conobbi il prof. Tullio Manzoni, preside di Medicina: nacque da subito un bel rapporto.

Dopo alcuni mesi il prof. Manzoni pensò di creare la Storia della Medicina ad Ancona.

Quindi 14-15 anni fa, il prof. Manzoni ed io (io con i contratti di insegnamento), introducemmo i Corsi Ufficiali di Storia della Medicina all’Università Politecnica delle Marche. In questi ultimi 14-15 anni (qui all’Università) ho avuto modo di strutturare, maturare, completare il materiale che andavo raccogliendo continuamente; da questo “è nato” il mio libro, che è stato Stampato negli scritti dell’Università. Per me, poi ho fatto una Edizione personale.

All’Università ho avuto solo amici e un ambiente giusto e stimolante. Il prof. Manzoni mi è stato sempre vicino in tutto (Conferenze, Convegni, Riunioni, ecc.): di tutto questo lo ringrazio veramente di cuore.

Anche quando è arrivata la mia amica, prof.ssa Stefania Fortuna, come Associata di Storia della Medicina, abbiamo sempre collaborato completamente e simpaticamente: grazie Stefania.

Leggo dal mio libro (pag. 27) *“Dunque nel 1687 un marchigiano scopre la causa della scabbia: l’acaro, e dimostra che anche gli acari hanno una mamma ed un papà. D’un colpo dunque, e per la prima volta, si nega e la teoria umorale delle malattie e la teoria della generazione spontanea”*. Con Giacinto Cestoni (Lettera del Redi 1687 sui pellicelli...) si distrugge in modo totale e senza pietà (dopo 6000 anni!), la vecchia medicina e dalla stessa distruzione dell’“Errore”, sorge subito il nuovo che sarà “l’inizio della Medicina

Scientifica Moderna”. Per 150 anni questa scoperta incredibile, non sarà compresa (“non poteva essere compreso”): da parte di tutti i medici si proseguirà senza l’ombra di alcun dubbio, con il medesimo errore, come era stato per i 6000 anni precedenti.

Quando poi i tempi “saranno maturi”, nell’800 ripartendo proprio da Cestoni (vedere quanto pubblicato nella lettera del Redi del 1687, riprodotta in fotostampa nel mio libro) attraverso Agostino Bassi, Pasteur e Koch, in breve si arriva all’oggi.

Il grande Agostino Bassi (1773-1856) fu sempre strenuo propugnatore della genesi acarica della scabbia di Cestoni, da lui senza posa additata a sostegno della dottrina parassitaria delle infezioni, fino ai suoi tempi (‘800) ancora in alto mare.

Quindi, per la prima volta al mondo, frattura totale fra medicina antica e medicina moderna.

Cestoni scopre la causa vera, l’unica, della scabbia; erano quegli animaletti (che già il popolo conosceva) che scorazzavano sulla cute: gli acari (o pellicelli). Mentre da sempre, sicuramente da 5000-6000 anni si era “saputo” e “creduto” che la causa della scabbia (come di tutte, tutte, le malattie) erano “gli umori interni corrotti”. Contemporaneamente nella stessa ricerca sulla scabbia, Cestoni scopre che la “teoria della generazione spontanea”, non esiste, in quanto, nello scabbioso, egli trova le uova.

Cestoni scopre quanto sopra e “lo dimostra” con il metodo scientifico sperimentale galileiano: egli è un puro allievo di Galilei.

Galileo Galilei era arrivato una generazione precedente, con lui nasce la Scienza, il metodo galileiano e la tecnologia (il microscopio). Cestoni ha frequentato solo la 5^a elementare, non sa nulla della cultura classica; nulla di greco, di latino o di arabo, ma conosce la scienza galileiana; ad esempio Cestoni uccide gli acari con le sole pennellate esterne a base di zolfi e sublimati, e la scabbia guarisce in pochi giorni, al contrario della vecchia medicina umoralistica, dove con le cure interne (e in più salassi ecc.), la scabbia non poteva

guarire mai, e non guariva; Cestoni cerca [sapendo di trovarle – aveva l’esperienza precedente, dello studio dei pidocchi del pube (piattoni, cugini più grandi degli acari)] le uova dell’acaro, nel corpo dello scabbioso e le trova: da ciò poté negare in un modo chiaro e netto la Generazione Spontanea.

Le scoperte di cui sopra, Cestoni le affrontò per liberare il genere umano da questa invalidante piaga, che colpiva una percentuale altissima di popolazione. Quando gli fecero presente che altri ricercatori, quali il Cogrossi, che per “parallelismo” pensava che come gli acari davano la scabbia, così “certi insetti invisibili” potevano dare il Male Contagioso dei buoi, Cestoni rimase di “gran gusto” a questa idea, perché egli avvertì per “la prima volta” che la sua scoperta, efficacissima per curare “davvero” la rogna (e questo lui lo urlerà a tutto il mondo e per tutta la vita), poteva costituire anche la base indispensabile per “comprendere” tantissime altre malattie..., “come poi immancabilmente avverrà”. Ma la scoperta cestoniana fu presto abbandonata e nessuno la imboccò più per 150 anni, fino agli albori dell’ ‘800, quando Agostino Bassi, come si è detto, che conosceva e ammirava gli scritti di Cestoni, venne incaricato di studiare e curare il mal calcino dei bachi da seta. Egli affronterà subito e in modo giusto il problema: non più gli umori interni che, fuoriusciti schiacciavano i bachi, come si era sempre pensato nel passato e anche al tempo (‘800).

Troverà che il microrganismo vivente che dava il contagio, era un vegetale: un fungo. Egli creerà quindi la Teoria dei Contagi.

“Tutti i mali contagiosi degli animali e dei vegetali”, compreso pure l’uomo, provengono da esseri parassiti animali o vegetali. Pasteur riconobbe la validità della teoria di Bassi, nei suoi studi sulla malattia dei bachi da seta (pebrina); ma Pasteur e Koch conoscono bene anche la scoperta di Cestoni, sull’origine acarica della scabbia; anzi proprio Pasteur a proposito della sua memorabile scoperta sull’origine batterica del carbonchio, per convincere gli “increduli”,

prendeva ad esempio “il caso somigliante della scabbia”, provocata dall’acaro: con la sola differenza, egli diceva, che nel carbonchio, l’agente causale era estremamente piccolo e ci voleva un microscopio molto grande; invece per l’acaro della scabbia, bastava un microscopio molto semplice, e quasi quasi, l’acaro si vedeva ad occhio nudo (“quindi ho bisogno di più soldi per acquistare microscopi più potenti”...).

Dunque “quando i tempi furono maturi” ... si riparte, dalla “genesì acarica” della scabbia, cioè da Cestoni (Stampa Redi 1687): e quindi poi con Agostino Bassi, tutto viene travasato nel mare grande della microbiologia di Pasteur e Koch (“ad ogni batterio corrisponde una malattia”).

Figlia diretta, dalla microbiologia, per interazioni con l’organismo, nascerà l’Immunologia: siamo dunque arrivati “alla Scienza di oggi”, partendo proprio da Cestoni: cioè quando la strada è quella giusta e il percorso viene attuato, si arriva presto alla meta.

Sbloccato il pensiero, il percorso da Cestoni ad Agostino Bassi a Pasteur e Koch, all’immunologia è stato diretto e breve. Io ritengo quindi che alla domanda: nasce con Cestoni la Medicina Scientifica Moderna? si possa rispondere serenamente e certamente di sì.

A questo punto “mi perseguita una riflessione”: “il genere umano in questi ultimi 6000 anni di civiltà “documentate” (civiltà mesopotamica, egizia, greca, greco-romana, araba, europea, ecc.) ha fatto “Miracoli”, ha inventato la scrittura, la matematica, l’astronomia, l’agricoltura, ecc., ha costruito 88000 km di “autostrade”, acquedotti, stadi coperti (Colosseo), ecc.. Quando ha incontrato il “biologico” (la Medicina), è andato incontro ad un “fallimento completo”, un fallimento e un buio totali, e per 6000 anni.

Se non fosse arrivato verso la fine dei 6000 anni il “divin uomo”, Galileo Galilei, “con la sua scienza e con i suoi figli”...

Quanto Grande e Nocivo, sia stato l’Errore dell’uomo, per un tempo così immenso! sembra inconcepibile e irreali.

Errore Massimo: “togliere il sangue” praticamente a tutti per ogni Patologia (comprese quelle mentali!)... e nessuno che si sia “mai scandalizzato di tutto questo”! Quante malattie, quante morti nel mondo; “create” proprio nel momento in cui “si cercava” di Curare e Guarire!

Oggi si può dire forse che il più grande dono che la “Scienza Galileiana” abbia offerto al genere umano sia stato proprio quello “della Rivoluzione della Medicina”: aver fatto “comprendere” che “ogni Malattia” (ogni deviazione dallo stato di Salute), ha un’origine precisa e specifica.

Certamente Cestoni è da considerare il primo fondatore della dottrina moderna della parassitologia umana (... e non Redi) (v. pag. 25).

In questa Lettera fatta stampare dal Redi (1687), si afferma e si dimostra, nel migliore dei modi - con il metodo scientifico sperimentale galileiano - che quanto si era sempre creduto e accettato dall’inizio del mondo (Medicina Umoralistica e della Generazione Spontanea), non ha alcun fondamento scientifico.

Non gli umori “corrotti” ma i “pellicelli” (o acari), sono la causa unica della scabbia, e che questi nascono da uova (e non per generazione spontanea).

In altre parole Cestoni rovescia tutto lo scibile medico: per la prima volta al mondo egli scopre la natura dei Contagi; si incominciano a comprendere la possibilità dei contagi, anche se sarà poi Agostino Bassi nel ‘800 ad etichettarli con “la Teoria dei Contagi”, e darne la definizione completa. Si incomincia a capire che i contagi sono dovuti a microrganismi viventi, “animali” nel caso del Cestoni, che passando da un soggetto malato ad uno sano (“cercando abitazione e cibo e facendo generazione”), riproducono in quest’ultimo la malattia.

La geniale scoperta di Cestoni non ebbe però, come si è detto, il seguito immediato che meritava: lui stesso lo aveva pronosticato (lettera 325 al Vallisnieri del 22.11.1709) “forse che s’intenderà nel

secolo futuro”; eppure la ricerca sul pellicello era stata impostata bene, 1) presentata al “popolo del mondo” dal maestro dei maestri Redi, 2) tutto quanto affermato era stato a lungo (Redi nella “politura”, dirà dopo molte e molte reiterate ricerche), dimostrato e ridimostrato in modo chiaro, netto, perfetto, senza tralasciare i minimi particolari, con tutti i crismi del metodo scientifico sperimentale galileiano, tanto che oggi, a circa 350 anni dalla scoperta, nulla, si può aggiungere o modificare di quanto scoperto e detto da Cestoni.

Tutto questo al momento non portò a nulla perché mancavano i “ricettori mentali dell’accoglienza”, gli scienziati del tempo erano per formazione, cultura, interessi, convinti assertori delle antiche credenze mediche. Certo, se quei risultati fossero stati intesi nel loro giusto valore, avrebbero inferto “subito” un colpo mortale alla teoria umoralistica e alla generazione spontanea. Ma (lo si ripete) i tempi non erano pronti e la portata dell’affermazione di quanto scoperto non fu compresa, così che lo spunto magnifico per una rinnovazione del pensiero scientifico andò perduto e la sua emancipazione dalle antiche teorie dovette attendere circa un secolo e mezzo, prima di imporsi.

Come erano la medicina e la classe medica ai tempi di Cestoni (nel ‘600)

Intorno a Cestoni vigeva ancora, e imperava in modo assoluto, la medicina degli umori e della generazione spontanea; regnava l’ “IPSE DIXIT”: i grandissimi mostri sacri di tutti i tempi, avevano detto che “così era”, e “così” veniva accettato da tutti.

Nessuno osservava, “non c’era l’Osservazione”: questa avverrà in modo totale e definitivo con Galilei. Non c’era dunque l’osservazione, e quando questa “manca”, si commettono errori anche gravissimi.

Nella Medicina Umoralistica, tutte le malattie, tutte, comprese quelle che successivamente, nell’ ‘800, verranno con Agostino Bassi,

classificate come “malattie contagiose”, erano prodotte dagli “umori interni dell’organismo” (che per vari motivi si erano alterati, fradiciati, “corrotti”, squilibrati, ecc.); questi umori dunque causavano “ogni specie di malanno”.

Per la cura si dovevano “togliere” questi umori interni “guasti” (con salassi, clisteri, sudorazioni, espettorazioni, ecc. ...). Si doveva comunque “togliere” dapprima, e poi introdurre nell’organismo, sostanze lenitive, come brodi di carne, di verdure, sostanze dolci, ecc. oppure vipera, ramarri, ecc. oppure perle macinate, oro macinato ecc. (Cestoni dirà “intrugli vari”).

Ad esempio, quando si andava dal medico per una malattia, questo non doveva fare alcuna “diagnosi” (come si fa oggi); “egli sapeva” che la causa del malanno stava negli umori corrotti interni, per cui “toglieva” questi.

La Storia della Medicina che di norma si fa su 6000 anni: 4000 a.C. dalle civiltà “documentate” egizia e mesopotamica, più 2000 anni d.C., ci dice che la medicina degli umori e della generazione spontanea risale alla notte dei tempi, sicuramente di questo tipo di medicina c’è menzione nella cultura egizia e mesopotamica, poi da queste 2 culture parallele, tutto si versa nella cultura greca.

Questo tipo di medicina, verrà confermata e stabilizzata da grandissimi e sommi medici: Ippocrate, Galeno, Aristotele, Avicenna, ecc. ecc.

Le loro opere (chi 100, chi 150 libri per ognuno) hanno invaso le università italiane ed europee fino all’ ‘800! I medici intorno a Cestoni si erano formati sui testi dei maestri; “che avevano detto tutto” (“ipse dixit”).

Che errori totali, madornali e come si è detto, anche NOCIVI per la gente! “Si rifletta per un attimo ai soli Salassi”, fatti praticamente per tutte le malattie e per 6000 anni e più!

Cestoni, che era “figlio di Galilei”, non era di questo pensiero né di questa partita. Egli si opporrà frontalmente, senza tentennamenti

né possibilità di “accordi” con le vecchie teorie (a differenza ad es. di Lancisi ... ecc.).

Cestoni annullerà totalmente un Errore di tal genere!

Cestoni spacca tutto e ricostruisce tutto; 1) spacca e distrugge gli umori e la generazione spontanea; 2) e ricostruisce tutto con Lettera fatta stampare da Redi, 1687 – scoprendo che l’acaro, è la causa “unica e specifica” della scabbia (e non gli umori guasti). Cose identiche saranno in seguito verificate valide “per tutte le malattie”.

Intorno a Cestoni la classe medica (con i suoi collaboratori), così colta e dotta (come da sempre si è considerata) senza mai essere attraversata dal minimo dubbio o da qualche pensiero diverso [escluso un periodo di breve durata della Scuola Alessandrina, quasi subito rientrato], a testa bassa “come bisonti”, ha proseguito nell'errore totale che veniva da così lontano.

Ma chi era Cestoni

Giacinto Cestoni era figlio di povera gente (contadini), nato nel 1637 a Montegiorgio di Ascoli Piceno. Alla fine delle elementari viene messo a garzone nella spezieria del paese. Si trasferirà poi a Roma, farà qualche viaggio (“per vedere il mondo”) in Francia, Svizzera, ecc. Tornerà a 20 anni in Italia e si fermerà a Livorno, dove diventerà titolare di una Spezieria che sotto la sua guida, sarà la migliore di Livorno e poi d’Italia: diventerà uno speziale famoso (Leopoldo II dei Medici lo nominerà “sponte sua”, Protospeziale. Ma la sua vera passione, lo scopo della sua vita sarà la Ricerca a tempo pieno; a 12 anni quando stava ancora nelle Marche, aveva iniziato a studiare il ciclo vitale completo di alcuni grilli intorno Macerata.

La “ricerca” continuerà serrata per 68-69 anni fino alla morte, in tutti i luoghi, in tutte le situazioni, in tutti i climi: era praticamente “immerso” nella natura.

A Livorno, Cestoni, dove la corte medicea stazionava sovente, diventerà molto amico di Francesco Redi, il grande medico e “maestro”; Cestoni non sarà mai suo allievo, bensì quasi sempre “suo suggeritore” (v. pag. 25).

Cestoni non si era nutrito della grande cultura classica, come tutti i medici del suo tempo (Redi, Lancisi, Malpighi, Vallisnieri, ecc.), ma aveva bevuto e respirato a pieni polmoni, da ragazzo libero ed entusiasta, le idee e i principi della scienza galileiana e del metodo scientifico sperimentale di Galileo; ed aveva ricevuto, sempre da Galilei, la “tecnologia”: il microscopio (ne avrà tanti e di ottimi).

Con tutte “queste cose” e “con tutte queste idee”, Cestoni si mise ad osservare la natura.

Galileo Galilei nel ‘600 porterà il metodo sperimentale nei vari settori del sapere. Galilei dirà che la natura è scritta con “lettere matematiche” (e quindi leggibile), Galilei inventerà il microscopio (agli uomini di colpo “nasceranno” altri occhi, si potranno osservare tanti mondi fino ad allora del tutto sconosciuti, inimmaginabili e sterminati), grande sarà l’importanza della “tecnologia” per la Scienza: nasce nel ‘600, la Scienza Galileiana; che è la stessa di oggi.

La Scienza 1) è un fatto tangibile, reale, che si tocca; 2) è matematizzabile; 3) è riproducibile.

La scoperta della genesi acarica (pellicello) della scabbia (o rogna) se attuata subito, poteva, come si è detto, avere una utilità pratica immensa, per questa malattia diffusissima e molestissima; essa poteva essere curata in breve tempo con poche e semplici unzioni esterne, con spesa minima a differenza dei mesi ed anni che l’antico trattamento (umoralistico) richiedeva (cure interne con decotti, pezzi di vipera, ecc. e in più, “cavate di sangue”, clisteri, sudorazioni, ecc.) e senza alcun effetto; inoltre tale scoperta poteva servire, come successivamente avverrà, quale punto di partenza e quale indispensabile premessa alla comprensione “di tutti i contagi”: stranamente “da sempre” ritenuti malattie, che nascevano dall’interno

(dagli umori corrotti)!

Cestoni è uno Scienziato della massima importanza per la storia della scienza medica e per l'Umanità: fra l'altro proprio con lui si stabiliscono le "premesse" perché l'umanità si liberi dalla "Peste", che era "esistita da sempre" (cosa di non poco conto e significato!).

Questa magnifica figura di ricercatore biologo, forma con Redi e Vallisnieri un trio eccezionale dove lui, Cestoni, è "il primo". Essi sono i massimi studiosi della natura biologica del '600: insieme a Malpighi e Spallanzani, sono i fondatori della biologia generale. A loro volta sono tutti figli di Galilei (chi più chi meno).

Fra Cestoni, Redi e Vallisnieri, il Cestoni non è meno importante, superando in molte vedute gli altri due (v. biografia di De Soria). Di certo non è il meno rigoroso, il meno costante e attento; sicuramente per la sua "non cultura erudita", è il più libero da vecchie idee preconcepite e quindi più capace "di poter osservare bene" e di provare come vero, quanto il suo pensiero e il metodo sperimentale gli facevano vedere.

Sicuramente fu il più moderno (appassionato il suo rapporto con la tecnologia e in modo particolare con i vari tipi e qualità di microscopi). Dalla lettera 31 del 1698 del Vallisnieri: "questa esperienza" è difficile a farla se non si ha il microscopio apposito, volendovi questo che si chiama "a soffietto", consistente in una lentina di questa grandezza, e con essa si vede all'aria del sole ovvero al lume di lucerna, mettendovi l'oggetto sopra il talco; e dalla lettera 13 del 1697: "poiché non mi mancano gli strumenti di termometri, di idrometri, di barometri, di microscopi, lenti, ecc."

Cestoni studierà e tratterà moltissimi argomenti e "scoprirà tantissimo" e cose molto importanti; "pubblicherà pochissimo": il perché di questo comportamento è una lunga storia: si sentiva "inadeguato" per la mancanza di studi regolari... "dico che se io avessi l'espressiva nella penna come lei (Vallisnieri) ha nella sua, certo che si farebbe di bellissimi discorsi, ma sono venuto su alla "speziale".

Sicuramente la scoperta degli acari “come vera causa della scabbia”, è la sua opera maggiore (lo pensava lui stesso – v. Epistolario).

Il Cestoni invierà a Francesco Redi il grande medico, maestro da tutti riconosciuto, questa sua Particolare Ricerca: il Redi la pubblicherà sotto forma di Lettera, e dopo averla “aggiustata a suo modo”, la darà in Stampa sotto il suo avallo al “pubblico del mondo” con data 18 luglio 1687.

Questa opera non costituisce soltanto testimonianza di una scoperta della massima importanza per la Scienza medica E PER L'UMANITÀ, ma provocherà una frattura totale della Storia della Medicina e una vera totale rivoluzione del pensiero medico. Essa sarà l'inizio della Medicina Scientifica Moderna.

A nessuno, in 5000-6000 anni della Vecchia Medicina Umoralistica, era venuto in mente che “ogni malattia”, potesse avere “una sua causa specifica”. Questo noi oggi lo sappiamo proprio grazie a gente come Cestoni, che “questo” aveva scoperto nel 1687 dal buio più assoluto.

Cestoni “si appoggerà” - per eventuali pubblicazioni - dapprima al Redi con circa 1000 lettere (non sarà mai suo allievo, anzi sarà il contrario, nel senso che Cestoni “suggerirà” tantissimo al Redi). Poi nella seconda parte della sua vita si appoggerà al Vallisnieri, anche qui con circa 1000 lettere.

Cestoni ogni settimana, ogni quindici giorni trasmetteva per lettera manoscritta quanto aveva trovato e scoperto, in quel periodo: “pensate voi a scegliere quello che riterrete più significativo e degno di essere pubblicato, a me non importa apparire” (questo era il pensiero di Cestoni). Infatti Redi e Vallisnieri approfitteranno volentieri e “a piene mani” di questa noncuranza del Cestoni. Solo che non stampando (al tempo) proprio nulla, Cestoni, conoscitissimo e stimatissimo da tutti i maggiori scienziati del tempo, dopo alcuni anni dalla sua morte, sarà uno sconosciuto.

Le lettere al Redi sono scomparse ..., non voglio pensare che il

Redi le abbia distrutte; “a vario motivo” ...; le lettere a Vallisnieri si salveranno. Una storia da romanzo giallo. Vallisnieri aveva raccomandato ai figli e a Spallanzani di conservarle e/o stamparle; questo non avvenne.

Esse furono vendute un po' qua e un po' là; nell' '800 finirono sui mercatini rionali. Raccolte di 8-15 esemplari “finirono” in mani private. Saranno ricercate, ritrovate e comprate, in tutti i posti, da una famiglia di Speziali di Milano: in queste lettere, c'erano specialissime e importantissime ricette e composizioni “del famoso speciale”, per le più diverse malattie (e per questo erano richieste dal mercato antiquariale). Saranno nella maggior parte, depositate in una raccolta pubblica (Biblioteca Marucelliana di Firenze).

Silvestro Baglioni ne stamperà ('940-41) 581 trovate in più parti.

La classe medica in tutta questa storia (delle lettere) non c'è mai entrata, perché Cestoni non era ancora conosciuto per l'acaro “quale causa della scabbia”.

SCHEMATICAMENTE LA MIA RICERCA SI PUÒ SINTETIZZARE IN 3 PARTI:

2 COLONNE PORTANTI A e B, senza le quali il “tutto” non sarebbe mai esistito e

C – buco nero o impiccio Redi

A) Ritrovamento del “Libriccino” di 16 pagine = Lettera fatta stampare da Redi – 1687 (Osservazioni su' Pellicelli...) è l'Inizio della mia ricerca 35-36 anni fa.

B) Ritrovamento della “Stampa” dell'Epistolario Cestoni – Vallisnieri, fatta da S. Baglioni (1941-42). È l'Ultima parte della mia Ricerca.

- C) **“Buco nero”** o **“Impiccio Redi”**: questo non è un elemento portante. Si riporta solo per “allocare” i fatti e i tempi in cui i **“Fatti Veri A - B”** si sono svolti.
Impiccio di parole e di comportamenti.

I COLONNA = IL LIBRICCINO

A

“Per caso”, nella mia vecchia passione per il libro antico, circa 35 anni fa, incontrai fra i tantissimi opuscoli del ‘600 (che si trovavano in giro), un “libriccino” (riportato in fotoriproduzione, per intero, nel mio libro) di 16 pagine del 1687 (Osservazioni intorno À pellicelli del corpo umano fatte dal dottor Gio: Cosimo Bonomo, e da lui con altre Osservazioni scritte in una Lettera all’illustriss. Sig. Francesco Redi, 1687 in Firenze); che trattava la scabbia.

Io ero molto esperto di scabbia, in quanto il mio maestro Mario Monacelli di Fabriano, Direttore della Clinica Dermatologica Università La Sapienza di Roma iniziava ogni “Anno Accademico”, con la scabbia, ed il sottoscritto doveva “preparare” i pazienti per la lezione.

Ma questo “libriccino” (1687) era “speciale”, e per il contenuto e ... per il prezzo: perché di “inaudita rarità”. Per curiosità bibliografica, si riporta il fatto che, nel ’38 quando Benito Mussolini volle onorare gli italiani meritevoli, di questo libriccino di Cestoni, in tutte le biblioteche italiane, non si trovò nessuna copia; per cui ci si rivolse alle biblioteche americane; da queste arrivò una fotocopia che fu mostrata “come trofeo”, al Congresso della Sapienza di Roma.

In questo libriccino (1687) è contenuto tutto uno studio completo e ultramoderno della “scabbia”: Cestoni col metodo sperimentale galileiano, dimostra che la scabbia è causata dall’acaro o pellicello e non dagli umori corrotti: cerca le uova dell’acaro nel corpo dello scabbioso, e le trova, per cui “d’un colpo” elimina non solo la teoria

della medicina umoralistica ma anche la teoria della generazione spontanea.

In questa stampa (1687) Cestoni con piglio deciso e quasi urlato, grida la sua rabbia di come questo Errore “Massimo e Nocivo” per le persone (scabbia causata dagli umori interni corrotti) sia potuto durare per 6000, e se la prende con epiteti vari contro gli antichi medici (Galeno, ecc. ...) e con i nuovi medici del suo tempo: come essi tutti, abbiano potuto sbagliare una cosa in fondo “così semplice”!; se la prende in modo particolare contro i medici moderni, i quali avevano già i microscopi e con quelli potevano osservare la forma e i movimenti di questi animaletti, e rendersi conto che loro, gli acari, erano la causa della scabbia. Ma nel ‘600 si ripete che l’“Osservazione” non esisteva: c’era invece il coriaceo “ipse dixit”.

Cestoni dimostra “ripetutamente a tutti”, che bastava usare “solo” delle pennellature esterne a base di zolfi e sublimati, così uccidendo gli acari la scabbia guariva in pochi giorni; invece con le vecchie terapie interne umoralistiche a base di salassi ecc., la scabbia, non guariva mai.

L’uscita di questa stampa (1687) fu una bomba a ciel sereno, inconcepibile, incredibile. Nessuno l’accettò, e per vari motivi.

Tutto era chiaro, semplice e “verificabile” con la scienza galileiana, ma era proprio questa “che non era recepita”: dominava ancora la cultura classica antica, della generazione spontanea e della medicina umoralistica. Quest’ultimo era il motivo principale; poi c’era anche il fatto che la scoperta di Cestoni non faceva di certo arricchire né i medici né gli speciali.

II COLONNA : “LA STAMPA” DI SILVESTRO BAGLIONI (‘940-‘941) DELL’EPISTOLARIO CESTONI – VALLISNIERI

Se non fossero state dapprima “salvate” le lettere manoscritte

Cestoni – Vallisnieri (v. sopra), e se “poi” (‘941-‘942) Silvestro Baglioni non le avesse date alle Stampe, non si sarebbe potuto affrontare “tutto (come era giusto) il Corpus cestoniano” con uno studio attento, faticoso, impegnativo e di lunga durata. Solo così è stato possibile “conoscere” il lavoro svolto, il metodo, le doti, il pensiero di questo Scienziato veramente importante.

[L’esame, solo di qualche sporadica lettera manoscritta, ha il valore di pura e semplice curiosità].

Senza tutto “quanto sopra riferito” Cestoni sarebbe passato nell’assoluta dimenticanza: non sarebbe esistito.

“Sempre per caso” verso gli ultimi anni del mio lavoro, un vecchio bibliotecario mi cerca e mi fa: Lei con Cestoni ci “tresca ancora?”, perché io e mia moglie mettendo a posto gli armadietti nel sotterraneo, abbiamo trovato questo “libbrone”: era Silvestro Baglioni (con introduzioni ed a cura di...). Giacinto Cestoni, Epistolario ad Antonio Vallisnieri, Roma, Reale Accademia d’Italia, parte I e II, 1940-41.

Nella pubblicazione su indicata, il Baglioni ha riprodotto fedelmente il testo delle lettere, sciogliendo le abbreviazioni, ma mantenendo la dizione in tutti i suoi dettagli, compresi gli errori ortografici e qualche forma dialettale (sia il dialetto del suo paese natale – Montegiorgio di A.P., che quello prevalente della sua seconda patria – Livorno): tutto ciò gli è costato tanto impegno e tanta fatica.

Nelle lettere, talvolta Cestoni, usava chiarire i concetti intercalando “**piccoli disegni**” (Ved. Appendice 2 del mio libro). Dalla visione di queste lettere, risalta viva, fresca, netta, la figura di questo grande studioso innamorato dei vari campi della natura biologica; era chiamato “filosofo”, era un autodidatta dotato di viva intelligenza e profondo acume, cresciuto, come egli ripetutamente dice, senza erudizione, alla “Spezialesca” (lett. 71 del 30.9.1698). Egli poté liberamente, senza paraocchi e senza le pastoie della letteratura e delle conoscenze erudite, seguire l’indirizzo della ricerca sperimentale scientifica inaugurata da Galilei, incoraggiato dai suoi amici toscani

(il filosofo Ricciardi, l'importante medico Redi ecc.), nell'ambiente di libertà di pensiero dominante allora in Toscana, col favore affettuoso della corte medicea. Cestoni aveva una visione "d'insieme" nello studio dei particolari della natura biologica (v. mio libro).

Poté seguire con passione il suo genio; amato e stimato da tutti per la sua onestà incorruttibile; anche la sua prosa, liberata dal peso insopportabile dell'erudizione classica (qualche difficoltà noi oggi troviamo nel leggere Redi), è efficace e sprizza spontanea e ricca di espressione, scaturendo in modo immediato, semplice ed efficace dalla diretta osservazione dei fatti della natura. Oggi Cestoni si legge bene; è molto moderno e sintetico. Mi sento di dire che sia stata una gran fortuna che non si ritenesse "adeguato a scrivere per pubblicare: in questo modo noi oggi abbiamo i suoi scritti (le lettere autografe datate e la Stampa Baglioni) che sono chiari, diretti, puliti Lavori Scientifici (uno scienziato che riferisce le sue scoperte ad un altro scienziato); che volgono subito e solo all'interesse specifico, a differenza di altri scrittori del tempo ('600). Certamente questo "passaggio di lettere" da un proprietario all'altro, ha comportato il rischio reale di una loro distruzione e di un loro smarrimento, che, per la parte scientifica in essi contenuta, avrebbe costruito un danno grave. Quel che fino ad ora è stato ritrovato e pubblicato da Baglioni costituisce una "registrazione" immediata e giornaliera di ogni piccolo e grande fatto e offre anche un eccezionale spaccato di vita del '600.

Grazie alla pubblicazione suddetta, abbiamo oggi: Cestoni su Cestoni (cioè il massimo dell'informazione su Cestoni): dati sicuri e precisi. Per cui paragonerò l'Epistolario, alla "Scala degli Elementi Chimici di Dmitrij Mendeleev: ogni elemento al suo "posto giusto", a seconda del "suo peso".

Le sue lettere in numero di 581 sono veri e propri Lavori scientifici e "più sicure" di "cose" stampate all'epoca, e magari non proprio farina "del suo sacco", dell'autore che figura al frontespizio.

C

G. Cestoni e F. Redi



“E qui piacciavi di ricordarvi, ch’io mi restringo sempre a quel che ho veduto con gli occhi dei miei proprj, e che fuor di questo non nego mai, e non affermo che fia” (esperienze intorno alla generazione)

I) Redi come scienziato

1) Biografia del Cestoni di De Soria

2) Ecco cosa racconta Cestoni (suo grandissimo amico) di “Come lavorava Redi”. “Tutto quello che il Redi operò (o la maggior parte) lo fece a tavolino con la gran borsa del Gran Duca Ferdinando De Medici, e non andava (come faceva il Malpighi) a veder crescere le zucche. Mi disse più volte che il Gran Duca aveva tanto il gran genio delle cose naturali, che lui stesso ordinava a staffieri, giardinieri, et a Persone di campagna, che portassero al Redi di quelle cose, che trovavano, che paresse loro stravagante et incognite, tenendosi la borsa aperta per regalare a chiunque portava Bachi, bruchi, Crisalidi, bitorsoli, Aurelie, foglie, o tronchi storti, e cose così fatte. Doppo la morte poi del Gran Duca Ferdinando cessorno li regali, e mancorno i lavoranti, e lui per non spendere non si curava più di nulla. Ma solo faceva delle esperienze non dispendiose a tavolino. Ecc.”.

3) Primo Flash “scientifico”. “La prima grande spallata alla Generazione Spontanea”.

Anche il fatto per cui Redi è stato sempre famoso “la prima grossa spallata alla generazione spontanea”: è un fatto assolutamente non vero: anzi sarà proprio esattamente il contrario. Esperimento. Redi pose della carne morta in due vasi, uno coperto da un telo, l’altro scoperto. Nel vaso scoperto vedrà comparire dei vermi; in quello coperto no. Seguirà l’evoluzione dei vermi stessi, e troverà che questi si trasformavano in mosca carnaria. Nel vaso coperto nulla. Redi concluderà che solo nel vaso scoperto, era entrata dall’esterno la mosca carnaria che aveva deposto delle uova, da cui i vermi: quindi Redi concluderà che nella sostanza morta (in questo caso carne) la “generazione spontanea” non c’è ...

Per lo “contrario” se vivrà, e se veramente sarà animata, potrà produrre dentro di sé qualche bacherozzolo, in quella maniera, che nelle ciriege, nelle pere... In questa stessa maniera potrebbe per avventura essere vero, e mi sento disposto a crederlo, che negl’intestini, ed in altre parti degli uomini nascano i lombrichi, ed i pedicelli. ... Così affermerà “egli” nel suo libro “Esperienze intorno Alla Generazione degl’Insetti” edizione 1668 in Firenze, a p. 189-190. Quindi il Redi non solo con la “spallata” non distrugge proprio nulla, ma “confermerà” e “stabilizzerà” la Generazione Spontanea negli “esseri viventi”!

La sua (di Redi) “guerra personale” era rivolta soprattutto ad Aristotele e agli autori antichi; perché è “là” che era la “sua mente”; e non si confrontava – o poco – con la Scienza galileiana che praticamente era sua contemporanea (es. v. Malpighi, Cestoni, ecc.).

Aristotele (384-322) aveva concluso che le “entità molto piccole”, quasi invisibili, nascevano per generazione spontanea.

Redi, con il suo esperimento (v. sopra), “nega” la generazione spontanea nella sostanza morta (e ciò “è giusto”); ma la “ri-confermerà” e la “stabilizzerà” nell’Essere Vivente (e ciò è “errore grave”!).

Sarà dunque Giacinto Cestoni il PRIMO (come ho dimostrato secondo scienza galileiana in tutta la mia ricerca) e poi Spallanzani ecc. e per ultimo Pasteur (sui batteri), ad affermare che la Generazione spontanea, “semplicemente non esiste”.

4) Secondo Flash. “Le ciriege” (la pianta) che fanno i vermi.

Redi diceva che era la pianta del “ciriegio che faceva i vermi per forza vitale”; Cestoni per tantissimo tempo gli spiegherà “che non era proprio così”: era la mosca che deponeva le uova in un anfratto del “ciriegio”, dove esse uova, potevano trovare riparo, protezione, ecc. Dopo tante obiezioni all’insistente Cestoni (“insistente” perché per Cestoni “la verità scientifica era un fatto Sacrale”), ci fu una risposta disarmante e “incredibile per uno scienziato” ... (e aggiunge Cestoni) “ma la conclusione, che ne cavai, fu che mi disse è vero che ora si vede che le mosche fanno il lavoro: ma che vuoi tu che io faccia. E non si curò di stare a vedere altrove”.

II) COMPORTAMENTO DI Redi

RIGUARDO LA GRANDE SCOPERTA DEL CESTONI

- 1) Qui non c’è scienza di nessun genere, ma solo “esercizi intellettuali” di una particolare personalità: una personalità enigmatica, capace, complicatissima e contorta; forse con qualche problema. Qui scaturiranno gialli, intrighi, imbrogli, ecc.

Cercare di capire, in questa ricerca, che cosa c’era nella testa di Redi, e perché egli abbia tenuto certi comportamenti, è impossibile ed è una assoluta perdita di tempo.

Il sottoscritto ci ha provato per 35-36 anni.

“Riporterò alcuni fatti”.

F. Redi, riceve da Cestoni-Bonhomo un manoscritto (firmato Bonhomo) dove vengono riportate le ricerche e le scoperte che Cestoni-Bonhomo hanno fatto sulla scabbia.

Sottopongono questo lavoro al giudizio dell'illustre maestro, perché essi avevano desiderio di pubblicarlo.

Il Redi li accontenta e lo pubblicherà in una Stampa (1687) con titolo "Osservazioni intorno À pellicelli

Ma in effetti, nella Stampa 1687 pubblicherà non già il manoscritto ricevuto e firmato Bonhomo, bensì, un altro manoscritto (che chiamerò "Brogliaccio Redi") che egli (Redi) si farà per proprio conto, e per questa Stampa (primo giallo e primo falso... senza che nessuno lo sappia). Se si mettono a confronto i due manoscritti (essi sono stati riportati in fotostampa nel mio libro): (sono originali e completi), si potrà notare che "nella sostanza" sono identici (anzi quello Redi è più completo – v. Recidive) di quello Bonhomo. Forse Redi, dall'antica posizione di medico umoralista e della generazione spontanea, si era "evoluto" verso le posizioni di Cestoni? (Cestoni aveva tanto lavorato in questo senso!). Perché allora Redi fa questa "cosa strana" di Mettere in Stampa un "diverso manoscritto"? ... Forse perché nell'ultimo rigo della Stampa 1687 gli era venuto in mente di aggiungere ... "qui avea pensato di terminare lo "strano paradosso" di questa lettera"; d'un colpo, con una sterzata a 90 gradi, senza motivazioni o spiegazioni Redi fa dire "questo" al Bonhomo, l'autore della ricerca! (Cosa che naturalmente Bonhomo non aveva scritto). Cioè il "popolo del mondo" penserà che, se l'autore stesso della ricerca, Bonhomo (come figura nel frontespizio della Stampa), dà questo giudizio ("strano paradosso" cioè "idiozia", del suo proprio lavoro) forse sarà bene ... tenersene a distanza!

Redi nella sua mente "totipotente", sapeva che il lettore non sarebbe mai venuto a conoscenza del giallo-falso, perché i due manoscritti (sia quello firmato Bonhomo che quello fatto per

proprio conto), erano pezzi unici e di “sua” proprietà ... infatti solo dopo la morte di Redi, questi verranno trovati nella sua casa e ... pubblicati.

Il termine “paradosso” usato da Redi nel brogliaccio, nella Stampa 1687 sarà rafforzato con “strano paradosso”.

Tutto l’insieme fa dire a Silvestro Baglioni che “effettivamente” lo stesso Redi non pareva troppo convinto “dell’importanza e della giustezza della dottrina” alla base della scoperta cestoniana. Anzi, sempre a parere di Baglioni la stessa aggiunta dei “tarli” (alla scabbia), avrebbe avuto lo scopo di sorreggere questo lavoro di per sé “forse troppo meschino”.

Tanti gialli, e altri gialli:

- 2) il manoscritto firmato Bonhomo: perché se tutto il lavoro era stato fatto da Cestoni (e questo Redi lo sapeva benissimo), perché egli “impone in privato” a Cestoni di far firmare il manoscritto a Bonhomo? Non aveva forse completamente capito “l’importanza” della scoperta (l’acaro unica causa della scabbia?) (O voleva in qualche modo “proteggere” il suo amico?).
- 3) perché quando dopo la Pubblicazione della Stampa – 1687 -, fece gli onori a Cestoni e lo lodò per aver egli per primo trovato e descritto l’acaro al microscopio e, “sulla Vera Scoperta” non ne fa cenno alcuno? Al suo “fraternal amico Cestoni”, Redi, comunque non spiegherà mai nulla! Egli che di norma era così gentile, affettuoso e prodigo di complimenti verso il Cestoni! E così nemmeno Cestoni sa dirne di più ... “sul punto”. Nella Lettera 134 a Vallisnieri ... “a benché questa (la scoperta) il Redi la toccò dolcemente perché temeva, che non fosse totalmente come veramente è, mentre è certo, è chiaro, che la Rogna ... è male d’animali, acari ... e non di sangue, di sudiciume, ecc.” ... [Della posizione del Redi si è parlato a lungo nel mio libro: egli era il grande ricercatore, il grande clinico medico e Protomedico della Corte Medicea cui tutti guardavano come punto di riferi-

mento. Si doveva inoltre barcamenare nel campo religioso tra Lancisi, il Papa e i Gesuiti (la “storia di Galilei” ancora aleggiava e non solamente negli animi) e non poteva non tenere in debita considerazione il danno economico che sarebbe stato arrecato alla classe medica, qualora si fosse adottata la nuova terapia di Cestoni.

Tutte queste cose sono solo “considerazioni personali”. Se ne possono fare tante altre e di diverso genere].

I “Fatti” rimangono quelli sopra esposti. Io credo “che nemmeno Cestoni” abbia compreso “davvero”, il pensiero e il comportamento “del Redi”.

In questa Storia, da qualcuno, è stata vista “un’ottima trama” per svilupparci un film.

Dott. **MAURIZIO CESARINI**

Ancona, Città della solidarietà e dell'assistenza

Da dipendente dell'Ospedale Umberto I decisi a suo tempo di compiere ricerche sulla sanità anconetana, in occasione della mia prima tesi di laurea, nell'archivio dell'Ospedale.

Ciò mi permise di portare alla luce una storia quasi ininterrotta, seppure con alcuni periodi poveri di notizie, della sanità anconetana fino alla fondazione dell'Umberto I.

Man mano emergevano testamenti originali, organizzazione dei servizi, organici del personale, regolamenti, diete, cure, attrezzature, ubicazione e funzione delle strutture, relazioni di servizio e relazioni per processi.

Avevo, in poche parole, avuto accesso ad una documentazione sì polverosa, ma inedita e sconosciuta che mi ha permesso di raccogliere notizie più che sufficienti alla stesura delle mie tesi di laurea e a scritti ed articoli pubblicati nel tempo in varie riviste e a comunicazioni in alcuni Convegni.

Anche per il Comune di Ancona negli anni '90 pubblicai un sunto di questo lavoro e sulla Meridiana.

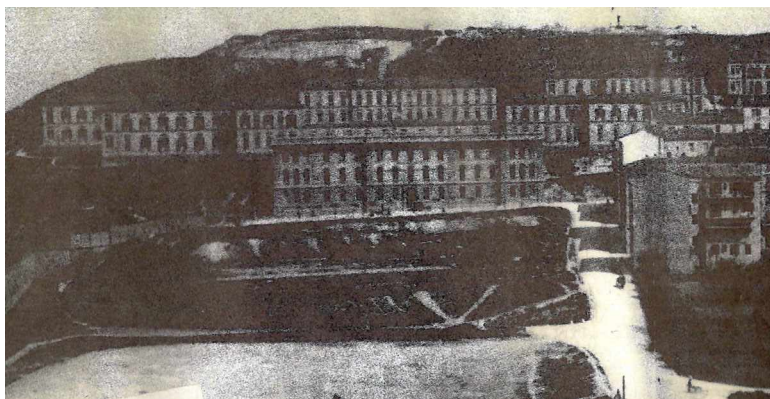
Questa è logicamente una “breve storia” della sanità anconetana e non può che essere così poiché lo scopo di questo lavoro è quello di far conoscere, per sommi capi, quale è stato lo sviluppo della sua sanità. Un lavoro più completo avrebbe richiesto almeno la predisposizione di un volume.

Ancona, nel tempo, è stata sempre considerata una “città bianca” e questo lavoro vuole dare a questa considerazione una documentazione storica, seppure sintetica.

Quest'anno si celebra il Centenario dell'Umberto I, che ha inaugurato la sua attività nel 1911.

Il mio vuole essere un omaggio al Centenario da ex dipendente e da

cittadino anconetano.



Gli Ordini Religiosi, le Compagnie e le Confraternite Laiche erano soliti costruire, accanto a chiese e conventi, locali atti a ricoverare gli infermi indigenti e i pellegrini. L'assistenza non era ovviamente paragonabile a quella odierna, ma è pur vero che lo scopo iniziale era quello di offrire un ospitium, un pasto, un letto ad ammalati poveri e ai diseredati. Quindi le Confraternite e le Compagnie, oltre a praticare una vita cristiana e caritatevole, avevano anche un fine umanitario ed assistenziale, con particolare riguardo alla tenuta e al potenziamento degli ospedali. Relativamente al nostro territorio, le più lontane notizie si riferiscono all'esistenza di un ospedale annesso al monastero benedettino, in contrada Pennocchiera (l'attuale piazza Cavour). Presso l'Aspio esisteva altro ospedale retto dai monaci di Portonovo, mentre presso le foci dell'Esino, ve ne era uno tenuto dai monaci di Fonte Avellana. Si hanno poi notizie, già dal XII Secolo, dell'esistenza di un ospedale per infermi e pellegrini nella città di Ancona, retto dall'ordine dei Cruciferi, (con sede nella chiesa di S. Marco a Capodimonte). Altro ospedale venne fondato nella seconda metà del XIV secolo dalla Confraternita di S. Maria della Miseri-

cordia, ubicato accanto all'omonima chiesa.

Nel 1394 venne costruito un ospedale accanto alla chiesa di S.Egidio (in piazza del Plebiscito) e nello stesso luogo fu eretta in seguito la chiesa dell'Incoronata, distrutta nel 1761 per edificare la chiesa di S.Domenico. Nel 1410 venne costituita la Confraternita di S.Girolamo, unitasi poi alla Confraternita della Misericordia e Morte, e che in breve tempo aprirà nella città gli ospedali dell'Annunziata, degli Esposti e il Conservatorio delle Trovatelle. Le prime notizie sulla Confraternita della Misericordia e Morte, nata da antichissima unione di pii cristiani, denominata impresa di S.Leonardo, risalgono al 1559. la Confraternita si occupava di opere di carità, con il concorso economico di nobili persone. I fini erano quelli di aiutare e soccorrere i poveri carcerati, prestare assistenza religiosa e conforto ai condannati a morte e di aiutare gli infermi poveri. Infatti i confratelli dovevano prestarsi a diverse opere di pietà ed a volte erano costretti a contribuire alle spese di tasca propria. Costruirono anche la chiesa della Misericordia e Morte, di fronte alle carceri, con annesso oratorio. Molti furono nel tempo i lasciti dei benefattori per il culto divino, le messe, il soccorso ai carcerati e il mantenimento dell'ospedale per le pellegrine povere che transitavano per Ancona.

Esistono documenti probanti che a partire dal 1497, con testamenti, lasciti e legati, i privati hanno contribuito alle spese della Confraternita. Nel 1497, ad esempio, Giacomo Lunari, lasciò al Comune di Ancona una casa con botteghe in parrocchia S.Niccolò, di fronte alle pubbliche carceri, con il vincolo di impiegare il ricavato degli affitti nella scarcerazione dei reclusi poveri. Tale stabile fu ceduto dal Comune, dietro supplica della Confraternita, affinché vi si costruissero chiesa ed oratorio, con l'obbligo di spendere 20 scudi all'anno, per la scarcerazione dei poveri, legittimato anche da un Beneplacito Apostolico di papa Pio IV il 19 aprile del 1560. La Confraternita poi edificò anche la chiesa di S.Giovanni Decollato, fuori porta di Capodimonte, per seppellirvi i cadaveri dei giustiziati e celebrarvi

messe per le loro anime. Appariva come un'opera caritatevole della Confraternita, e aumentarono nel tempo i lasciti dei benefattori. Così il 29 marzo 1570 Cesare Ludovisi lasciò 250 scudi, con il cui frutto si dovevano liberare i carcerati poveri e tenere accesa una lampada, nonchè far celebrare tutti gli anni, nella festa della Madonna, una messa cantata, e alcuni anni dopo, il 17 novembre 1579, Francesco di Cristofaro Bonarelli lasciava alla Confraternita una porzione di casa, con l'affitto della quale si dovevano liberare i carcerati durante la Settimana Santa o in altro tempo.

Occorrevano però altri lasciti più consistenti per poter costruire un ricovero per i più indigenti. A ciò si potè provvedere con quello che dispose il greco Alessio Lascaris, il quale lasciò una casa in Ancona perchè con il ricavato vi si costruisse un ospedale sotto l'invocazione di S. Anna, con otto posti letto, ad uso degli infermi poveri, e la somma di 1.000 scudi, dei quali una parte doveva essere spesa per ristrutturare la casa ed il resto per alimentare e curare i malati.



La vecchia sede dell'Ospedale di fianco alla Chiesa di S. Anna, dei Greci aneti.

La casa nel tempo fu ampliata e i posti letto crebbero all'epoca della morte della moglie Drusiana Lascarina, quando il pio istituto divenne erede universale del suo patrimonio, che andò in piena amministrazione della Confraternita della Misericordia e Morte. Successivamente Francesca di G.Domenico Bastaro aveva disposto per l'ospedale di S Anna il lascito di una casa e una possessione posta nelle sue pertinenze alla Torre della Bastia.

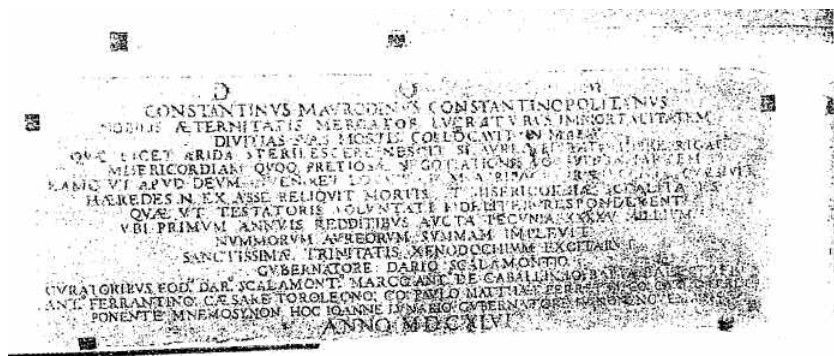


FIGURA 2 - Lapide "a ricordo" del lascito del MAURINI

Un altro benefattore di nazionalità greca, Costantino Maurodi o Maordini, confidando nella Compagnia, la nominò erede generale ed universale, con la condizione che mettesse a frutto tutti i beni dell'eredità per 50 anni e che poi con i frutti accumulati costruisse e mantenesse un ospedale sotto l'invocazione della SS.Trinità, acquistando in primo luogo un ampio fondo nella città di Ancona per costruirvi l'ospedale suddetto, atto a ricevere, a custodire e a mantenere le povere persone cristiane inferme, in perpetuo e nella

misura maggiore che si potesse con la sua eredità. Lasciò poi a titolo di legato al figlio Alessio un possedimento nel suburbio di Ancona, contrada Pennocchiara, col vincolo di pagare ogni anno 50 scudi alla Compagnia di S. Anna dei Greci. La Compagnia della Misericordia e Morte accettò l'eredità con tutte le formalità e le condizioni dettate e si cominciò subito a dare attuazione alla volontà, tanto che, dopo 50 anni, l'eredità salì al valore di scudi 45.000. La costruzione della Fabbrica dell'Ospedaletto della SS. Trinità, avviata nel 1641 nel proposito di renderla contigua al preesistente ospedale di S. Anna per ovvia comodità, fu terminata nel 1647. Per la costruzione fu impiegata, tra spese di maestranza, materiale ed opere, la somma di quasi 8.253 scudi. La compagnia per riconoscenza fece murare nel nuovo edificio due lapidi, una nell'ingresso ed una nella sala grande. Dotato quindi il nuovo ospedale di letti, masserizie ed utensili necessari, cominciò a ricoverare gli infermi in aggiunta a quelli già accolti nell'attiguo ospedale di S. Anna. La Compagnia dettò gli opportuni regolamenti per il mantenimento e la cura degli infermi, sorvegliando sempre, anche con personale addetto, il preciso adempimento dell'assistenza. Vennero creati due appositi Uffici, uno per la cura ed amministrazione dell'ospedale di S. Anna istituito dal Lascaris, l'altro per la cura e l'amministrazione dell'ospedale della SS. Trinità, eretto con l'eredità Maordini. La sorveglianza sopra tali stabilimenti competeva al Vescovo della città. Tra i primi provvedimenti a favore dell'ospedale nel '700, vi è quello del cardinale G. Battista Bussi, che nel 1723 rinnovò il cimitero degli ospedali.

Nel 1727, quando era vescovo di Ancona Prospero Lambertini, trasferitosi poi all'Arcivescovado di Bologna e nominato Cardinale (successivamente Papa con il nome di Benedetto XIV) l'amministrazione dell'ospedale registrò un deficit notevole per cui il Vescovo, con decreto 6 novembre 1727 ordinò che per il futuro, e fino a nuovo ordine, vi fossero un Esattore, un Amministratore e tre confratelli che sovrintendessero alla situazione economica degli ospedali e della

Confraternita. Trasferito il Lambertini a Bologna, gli successe il Cardinale Bartolomeo Massei, che emise in data 28 agosto 1733 un decreto di conferma degli ordini del Lambertini per il buon funzionamento dell'Azienda della Confraternita della Misericordia e Morte e dell'ospedale della SS.Trinità. Eletto il Lambertini al Pontificato, il 5 aprile 1742 con un Breve egli confermò le provvidenze economiche e fissò regole severe per l'amministrazione dell'ospedale. Il deficit fu presto ripianato.

Sotto il vescovato di Mons. Nicolò Mancinforte, il risanamento del bilancio permise di avere dei sopravanzi tanto da poter destinare, nel 1757, delle somme per le doti di signorine nubili e per l'acquisto di pane per i carcerati poveri. Da tutto ciò appare che la Confraternita della Misericordia e Morte amministrò sempre l'ospedale nel rispetto delle norme istituzionali e delle volontà dei primi benefattori. In altri tempi, in mutate situazioni con notevole aumento dei carichi, la Confraternita il 6 luglio 1779 si fuse con l'antichissima Arciconfraternita di S.Gerolamo (o dei Battuti), che data la sua origine nel lontano 1410 e che successivamente era stata riconosciuta ed eretta canonicamente nel 1516. Si vennero così a creare le condizioni per una ormai necessaria unificazione della gestione degli ospedali. Il settecento portò anche ad una nuova distribuzione degli istituti ospedalieri. Nel decennio 1733/1743 si costruì il Lazzaretto, che oltre a difesa del porto, fu adibito a luogo di cura. Nel 1748, presso il convento dei Cappuccini, fu eretta la Casa dei Pazzi (trasferita poi alla fine del secolo presso il campanile del Duomo), che doveva accogliere i mentecatti.

LA RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA DAI PRIMI DELL'800 AL 1911

Ai primi anni dell'800 l'assistenza ospedaliera nella città di Ancona era dunque principalmente fornita dagli istituti di S.Anna e della

SS.Trinità, fondati dal Lascaris e dal Maordini tra il XVI e il XVII secolo. La vita economica dei due ospedali poteva contare in un gettito annuo abbastanza consistente e che per il 1812 era stato di lire francesi 21.492. L'ospedale voluto dal Lascaris aveva non più di otto posti letto, tanto da essere definito il "Cameroncino", poi ampliato fino a contenere tredici letti.

Il Maordini aveva voluto un altro ospedale, quello della SS. Trinità, detto anche "Corsia Grande" e capace di trentadue letti. In seguito erano stati aggiunti altri quattro posti letto per i tisici, pertanto la ricettività al 1812 era di complessivi n° 49 posti letto.

Quando proprio c'era bisogno di ricoverare altri ammalati, si ricorreva alle "Carriole", cioè a dei letti mobili che venivano aggiunti a quelli già esistenti. Nei secoli XVII e XVIII era invalso l'uso, spesso in contrasto con le volontà dei testatori che avevano lasciato legati all'ospedale, di accettare non solo malati febbricitanti e feriti, ma anche cronici invalidi, venerei, rognosi, tignosi ed altri affetti da ogni tipo di malattia. L'ammissione dei malati, avveniva dietro certificazione di povertà rilasciata dal rispettivo parroco e dal medico, e la preventiva autorizzazione della Congregazione (l'allora Consiglio di Amministrazione) che gestiva l'ospedale. Le cure venivano prestate fino alla completa guarigione. Per i cronici poteva accadere che restassero in ospedale per anni, con grave peso per l'amministrazione e per la comunità. Oltre logicamente ai cittadini meno abbienti, venivano ricoverati i militari della "Guardia di finanza", che pagavano 76 centesimi di retta al giorno, e i marinai di bandiera straniera paganti 81 centesimi al giorno.

Il vitto dei malati era stabilito dal medico. Per i meno gravi, quelli cioè che potevano avere un vitto completo, si forniva fra pranzo e cena, mezza "libbra di carne, quattro "once" di minestra, una "libbra" di pane e due di vino. Agli altri ammalati, secondo il loro stato, veniva data metà razione, eccettuata l'intera quantità di minestra; a quelli definiti "a dieta", spettava la sola minestra.

Per questo tipo di vitto, non possedendo ulteriori indicazioni, si presumono le calorie corrispondenti:

Vitto completo:	½ libbra di carne	143	cal.
	4 once di minestra	399	cal.
	1 libbra di pane	911	cal.
	2 libbre di vino	422	cal.

per un totale giornaliero di 1.874 calorie;

metà vitto	¼ di libbra di carne	71,34	cal.
	4 once di minestra	399	cal.
	½ libbra di pane	455	cal.
	1 libbra di vino	211	cal.

per un totale giornaliero di 1.136 calorie;

a dieta	4 once di minestra	399	cal.
---------	--------------------	-----	------

Le calorie somministrate non erano naturalmente corrispondenti in nessuno dei tre casi al fabbisogno quotidiano di un ammalato. Con una media di 50 ammalati in cura ogni giorno, si spendeva circa una lira francese, compreso il costo del vitto, dei medicinali ed i costi generali. Logicamente però la lira giornaliera era una spesa media a seconda del numero e del tipo dei malati ricoverati.

L'ORGANICO E GLI STIPENDI

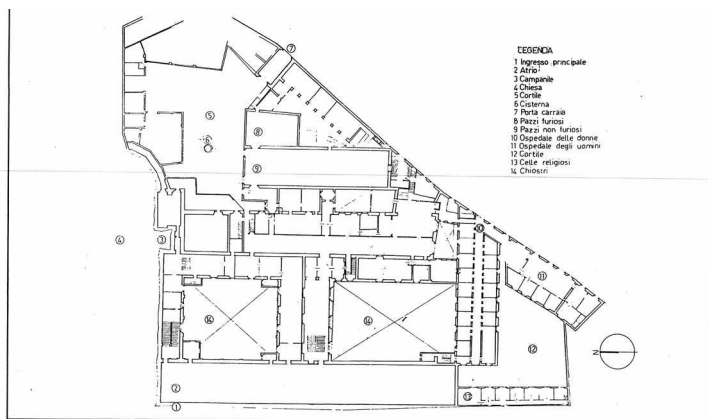
La vita dell'ospedale era governata con un "organico del personale" con "mansioni" specifiche e così composto: un Direttore Economo, un Priore Sacerdote (che governava l'ospedale), un Cappellano, un

Medico, un Primario Chirurgo, due Chirurghi sostituti, un inserviente di guardaroba, quattro infermieri, un inserviente, un cuoco, un portinaio, un facchino di cucina e un dispensiere cantiniere.

E gli stipendi? Al Direttore Economo, che provvedeva alle provviste e teneva la contabilità, ogni anno andavano £.29,55. Al Priore Sacerdote, che dirigeva l'interno dell'ospedale, sorvegliava i malati e i dipendenti, teneva le cartelle cliniche e celebrava le messe, venivano corrisposte £. 42,98, più le offerte delle messe, due libbre di pane e un boccale di vino al giorno. Al cappellano che assisteva gli ammalati e dava il cambio al priore, andavano £. 26,87, più il pane e il vino come il priore. Al medico ed al primario chirurgo, che curavano gli infermi, veniva garantito alloggio gratuito, mentre ai due chirurghi sostituti (di cui uno speciale, poiché vi era una piccola farmacia interna) venivano corrisposte £.42,98 più il pane e il vino. Questi "sostituti" erano obbligati a risiedere nell'ospedale, facevano le guardie ed eseguivano gli ordini dei professori, inoltre la moglie di uno dei due teneva il guardaroba e curava la pulizia dei malati. All'inserviente di guardaroba, che conservava e riparava la biancheria, andavano £.16,112, più il pane e il vino. Ai quattro infermieri, di guardia, a due a due, ogni 12 ore, venivano garantite £.16,12, più il pane e il vino. All'inserviente per i tisici andavano £.16,12, più il pane e il vino. Al cuoco, che cucinava per il Priore, lo serviva, cucinava per tutti, serviva, faceva le porzioni e prendeva le ordinazioni, spettavano £. 32,24, più il pane e il vino, una libbra di carne e due di minestra. Il portinaio il quale sorvegliava che nulla entrasse o uscisse senza permesso del Priore o dell'Economo e impediva l'ingresso a donne non autorizzate, percepiva £.16,12, più il pane e il vino. Al facchino di cucina, che aiutava il cuoco nelle sue mansioni, andavano £.10,75, mentre al dispensiere cantiniere, che somministrava pane, vino e minestra, tenendo un registro di carico e scarico controllato dal Priore e dall'Economo, venivano corrisposte £ 32,24, più il pane e il vino.

In complesso l'amministrazione dell'ospedale non era poi tanto in dissesto, anche se, al fine di alleviare le spese, si era pensato, ad esempio, di far pagare la degenza ai feriti (i quali si sarebbero poi fatti rimborsare da parte degli aggressori). Ma ciò che era più importante e che più recava danno economico all'ospedale era il ricovero indiscriminato dei cronici, per lo più indigenti. Da tempo si era auspicato di stabilire per essi un numero fisso, per non far decadere ulteriormente servizi e strutture a discapito dei veri ammalati: ma evidentemente a quel tempo l'indigenza era tanta e tale da non permettere ancora una soluzione ottimale del problema.

IL CONVENTO DI S. FRANCESCO ALLE SCALE



Pianta dell'Ospedale S. Francesco alle Scale

La vetustà degli edifici e la non oculata ammissione dei ricoverati portarono ad un rapido decadimento dell'ospedale S. Anna e della SS. Trinità, tanto che nel 1815 la Municipalità di Ancona indirizzava al Cardinale Consalvi, Segretario di Stato, una supplica con la quale chiedeva la concessione di un "locale" per ricoverare ammalati,

pazzi, orfane e orfani oppressi dalla miseria. Vista l'impossibilità di ampliare l'esistente ospedale nelle due strutture veniva indicato come luogo più confacente alle necessità il convento di S.Francesco alle Scale, a quel tempo utilizzato come ospedale militare e attaccato alla chiesa omonima.

Il delegato apostolico, unendosi alla richiesta della Municipalità, rivolgeva una supplica al papa Pio VII (regnante dal 1800 al 1823) facendo presente che per una città di 31.934 abitanti era necessaria la costruzione di un nuovo ospedale, tanto più che la costruzione si rendeva necessaria in quanto l'ospedale di Ancona serviva oltre la città un vastissimo territorio circostante.

Si suggeriva infine il convento di S. Francesco come la sede più adatta alle necessità sanitarie della città. Infatti il convento, già destinato inizialmente ad ospedale durante il Regno Italico, aveva ampi cameroni, laboratori di chimica, bagni, stufe, fabbriche, orti ecc.. Inoltre per la sua ubicazione si poteva facilmente evitare ogni pericolo di contagi (attorno non vi erano abitazioni): posto quasi sulla cima del Colle dei Cappuccini, già durante una non specificata epidemia, "si dice" abbia contenuto 400 ammalati senza alcun danno per la città. Il Comune di Ancona, certo della concessione, nel 1816 deliberò di affidare la presidenza e il governo dell'ospedale ai Fatebenefratelli di S.Giovanni di Dio, ben conosciuti da tutti per la loro attività ed intelligenza nella gestione degli ospedali.

L'8 febbraio 1817 il papa, autorizzava con un Breve la concessione del convento e la venuta dei Fatebenefratelli: si temevano forti complicazioni di ordine pubblico e di ordine sanitario se non fossero state subito accolte le giuste richieste. La situazione patrimoniale degli ospedali di S.Anna e della SS.Trinità permetteva un'entrata annua netta di scudi pontifici 3.365,98; esisteva poi un capitale di scudi 24.412,20 in fondi, terreni e bestiame, case con orti annessi, cantine, lasciti testamentari ed il fabbricato del vecchio ospedale.

IL “PROGETTO” PER L’OSPEDALE DI S. FRANCESCO ALLE SCALE

Di tutta la situazione patrimoniale fu stilato un progetto per l’autonomia sussistenza del nuovo ospedale: nel progetto fu inserito anche l’impegno del Vescovo della città a supplire ad eventuali difficoltà economiche.

Il progetto, oltre alle indicazioni di ordine economico e patrimoniale, delineava una prima bozza di convenzione con i Fatebenefratelli che, con una rendita garantita di scudi pontifici 5.610 si impegnavano a mantenere e curare n.110 ammalati fra uomini e donne. Oltre a tale numero avrebbero dovuto ricevere e curare i militari pontifici ammalati e i pazzi di Ancona. Una retta da 20 baiocchi a testa al giorno. Per i pazzi si lasciava la facoltà di riceverne anche da altri Comuni, fissando prima la retta.

L’ospedale doveva essere pubblico per gli ammalati poveri della città di Ancona (per i quali la municipalità pagava la retta) e che dovevano essere accolti fino al numero di 110. Veniva però specificato che non potevano essere accolti i venerei, i tignosi e i rognosi se la loro malattia era semplice (e non complicata). Nel caso di epidemie, i gestori dell’ospedale avrebbero dovuto accogliere altri 10 individui senza alcuna remunerazione, e questo a compensazione di quelle giornate in cui alcuni letti potevano restare vuoti. Superato tale numero, sarebbe stata pagata una regolare retta e si sarebbero “prestati” i letti all’ospedale. Ad accrescere il capitale contribuivano anche i beni dell’Arciconfraternita di S.Gerolamo, Misericordia e Morte di Ancona, che consistevano in prevalenza in beni immobili, case e botteghe nella città, fondi rustici, “capitali ripetibili, censi (somme date a prestito con garanzia sui beni immobili) e livelli (proprietà agrarie date in affitto a basso prezzo per lunghi periodi, da 33 a 99 anni). Il patrimonio fondiario consisteva in 13 fondi rustici di diversa superficie ed era un ottimo patrimonio anche all’epoca:

l'ospedale veniva rifornito direttamente da dette colonie in latte, vino, carne, verdure ecc..

Tra i beni dell'ospedale e i contributi del Comune c'era un buon sostegno economico: la complessiva dotazione patrimoniale poteva dirsi sufficiente all'apertura del nuovo ospedale. Inoltre tutte le pratiche burocratiche furono accelerate per una improvvisa epidemia di tifo petecchiale che nell'estate del 1817 aggravò la già carente ed insufficiente situazione sanitaria. Il 9 dicembre del 1817 si provvide a stilare l'inventario dei beni del nuovo ospedale e dunque, assolve tutte le formalità, la nuova struttura ospedaliera veniva aperta il 1° gennaio del 1818.

Padre Benedetto Vernò, dei Fatebenefratelli dell'Ordine di S. Giovanni di Dio, era priore dell'ospedale durante l'epidemia di tifo del 1817. Fino al 1857, anno della sua morte, legò il suo nome all'ospedale S. Francesco per il suo costante impegno a favore dell'istituto, entrando spesso in contrasto con le autorità civili e religiose cittadine che, in verità, sempre erogarono consistenti sussidi per il mantenimento ed il buon funzionamento dello stesso.

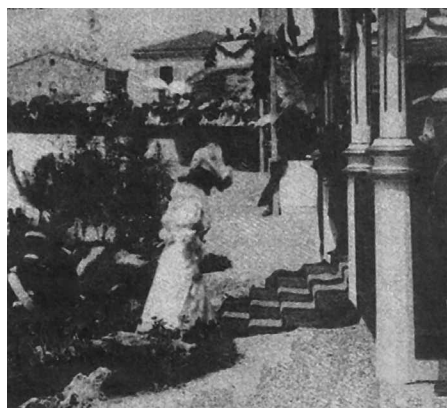


La sua costante opera a favore della pubblica assistenza permise, nel 1819, la ristrutturazione generale dell'ospedale e nel 1825 si iniziava già a pensare ad alcune modifiche strutturali dell'ex convento, con la costruzione di un ospedale per sole donne, affidata all'architetto Antonio Papis. Con questi lavori il Vernò continuava ad effettuare una profonda ristrutturazione dell'istituto che era ormai diventato "un fiore all'occhiello" di tutta la città. Nel 1840 veniva aperto, per suo esclusivo merito e sempre dentro il nuovo ospedale di S. Francesco, un padiglione per i pazzi (6 ricoverati). Risulta dal verbale dei beni dell' "Ospedale dei mentecatti" all'ospedale di S. Francesco, la cessione dei paglioni (materassi ripieni di paglia o di foglie di granturco), coperte e tavolati e anche quella di catene e ceppi per i piedi, poiché a quel tempo i mezzi terapeutici erano costituiti anche da catene, bastone, segregazione e preghiera: il bastone ad esempio poteva essere usato a discrezione del personale "di cura".

Sempre nello stesso anno (1840) veniva aperta anche la casa suore e la scuola di anatomia, mentre il padiglione della Medicina veniva ripristinato nel 1845. Nel 1849 veniva stipulata una convenzione tra l'ospedale di S. Francesco alle Scale e la Confraternita della Divina Provvidenza (eretta nella chiesa di S. Francesco ad Alto), che prevedeva la riconsegna alla stessa Confraternita dei cadaveri di tutti i suoi membri. L'ospedale in cambio avrebbe ottenuto, per ogni cadavere consegnato, quattro libbre di cera in candele di peso non inferiore a dodici once a candela e la somma annuale di scudi 4, da pagarsi nel giorno della festività di S. Giovanni di Dio. Si potrebbe avere l'impressione di un baratto, ma la Confraternita voleva strappare le salme ad un abuso di studi e sperimentazioni e garantire loro una più degna sepoltura. La convenzione venne poi rinnovata nel 1852. Anche la Pia Unione di S. Venanzio (confraternita di muratori eretta nella chiesa dei SS. Cosma e Damiano) nel 1857, stipulò analoga convenzione con l'ospedale. Non si fermava però all'ospedale, (diventato centrale rispetto ad altri luoghi di cura esistenti in città) l'azione

di padre Vernò e dei Fatebenefratelli nel 1855, durante un'ennesima epidemia di colera, i Fatebenefratelli prestarono la loro opera di assistenza anche in altri "piccoli ospedali" e infermerie della città; come l'ospedale degli Esposti della SS. Annunziata.

Il 23 maggio del 1867, papa Pio IX visitava la città di Ancona e la sua visita comprese logicamente l'ospedale di S. Francesco alle Scale che si era già acquistato una certa notorietà anche fuori delle mura cittadine. Nello stesso anno moriva a Roma il Vernò, lasciando all'ospedale di Ancona una consistente eredità, che fu causa di una lunga lite fra l'ospedale ed i Fatebenefratelli di Roma, trascinatasi fino al 29 dicembre 1874, davanti al tribunale della Cassazione a Torino. Il Regio Decreto 3 gennaio 1861 sopprime le Corporazioni e le Confraternite religiose ed istituì le Congregazioni di Carità a tutela delle Opere Pie. Questa legge faceva però eccezione per le Suore della Carità ed i Fatebenefratelli, i quali non furono nè "molestati". nè "espulsi" dall'amministrazione dell'ospedale di Ancona. Vigeva però, sugli otto frati rimasti in servizio, il controllo sempre più asfissiante della Congregazione di Carità, tanto da far decidere all'Ordine la partenza volontaria dei religiosi. Con ciò si sigillava definitivamente un capitolo dell'assistenza sanitaria ad Ancona, ma non si perdeva facilmente il ricordo dell'importanza sociale dell'operato dei Fatebenefratelli e di padre Benedetto Vernò. Dopo l'ampliamento dell'ospedale nel 1819, la situazione delle strutture divenne via via più carente, sia per il progressivo invecchiamento degli immobili, sia per la crescente popolazione di Ancona e dintorni che chiedeva sempre più assistenza ospedaliera. Il vecchio ospedale rimase funzionante fino al 1911, cioè fino a quando non si poté occupare la nuova sede dell'ospedale Umberto I, per il quale, nel 1906, era stata collocata la prima pietra.



Il nuovo complesso ospedaliero di Piazza Cappelli rispondeva in modo più consono alle sempre maggiori richieste di assistenza sanitaria. A suggellare definitivamente la storia dell'ospedale di S. Francesco alle Scale provvidero, nel corso dell'ultimo conflitto mondiale (radendolo al suolo), i bombardieri alleati che tanti altri lutti e distruzioni causarono alla città di Ancona.



FIGURA 3 - *Entrata (ruderi) dell'Ospedale S.Francesco alle Scale*

GLI ISTITUTI PER I PAZZI

Già dal 1589 si hanno notizie di un ospedale per i pazzi. Tale istituto era totalmente mantenuto dal Comune di Ancona. Nel 1749 un altro ricovero per i pazzi era sorto sul colle di S.Cataldo, davanti all'attuale via Scosciacavalli. Il locale, molto vasto, fu demolito nel 1798 per far posto alle fortificazioni cittadine ed i pazzi furono trasferiti in una casa vicino al campanile del Duomo. Nel 1810 i pazzi assistiti erano undici. Salirono a quattordici nel 1812 ma l'intenzione era di poterne ospitare circa un centinaio. Il vitto consisteva in due libbre (la libbra corrispondeva a grammi 330) di pane agli uomini e una e mezzo alle donne, tre oncie (l'oncia corrispondeva a grammi 27) di carne e quattro di minestra. Il vino era somministrato con il consenso del medico. Dal conto delle spese generali si ricava che il costo giornaliero per ogni pazzo era di cent. 85, più baiocchi 3 e 1/2 per il mangiare.

Si potevano ricoverare solo i dementi poveri e nati ad Ancona. Altri ne venivano ammessi solo se mantenuti dalle rispettive famiglie. Nel 1812 l'organico dell'ospedale cittadino era questo: il direttore (un sacerdote), un medico, un chirurgo, un flebotomo, uno speciale, un dispensiere, un guardarobiere, un infermiere ogni 13 ammalati (rapporto estremamente valido e moderno), un cuoco, un facchino, un portinaio ed un cappellano. Nel 1819, dopo l'ampliamento dell'ospedale, il manicomio venne trasferito in locali annessi.

Esiste un processo verbale di consegna datato 14 gennaio 1819 e firmato da padre Vernò per i Fatebenefratelli, Filippo Vignini quale incaricato della Comunità e dal Gonfaloniere Ricotti, che documenta gli atti di trasferimento dei beni dell'Ospedale dei Mentecatti all'ospedale dei Fatebenefratelli. In data 28 dicembre 1818 il Vernò aveva chiesto al Municipio di Ancona il rispetto della delibera consiliare del 3 marzo 1818, con la quale si decideva di trasferire i dementi ed i beni da essi usati al nuovo ospedale, in data 31 dicembre 1818.

Dal primo di gennaio dell'anno seguente, si sarebbe dovuto iniziare a nutrirli e mantenerli con la spesa di 20 baiocchi il giorno. Nella stessa lettera il Vernò aveva chiesto che fossero consegnati anche gli effetti di vestiario, paglioni, coperte, tavolati, catene, ceppi per i piedi, ecc. Il Gonfaloniere Ferretti aveva accettato di buon grado la richiesta ed ordinò la consegna di tali effetti, consegna che avvenne puntualmente il giorno 31 dicembre 1818 alle ore 3 pomeridiane.

Quando l'alienazione mentale divenne oggetto di studio specifico nelle scuole per medici e dopo che agli alienati venne riconosciuto il diritto all'attenzione da parte delle autorità, si sentì in Italia la necessità di costruire appositi stabilimenti per il ricovero e la cura di questi infelici. Uno dei primi esempi di questo nuovo atteggiamento rispetto all'assistenza dei malati di mente, è il regolamento dell'1 settembre 1825 dello Spedale di S. Maria della Misericordia di Perugia, che per molti aspetti, sarà ricalcato quando si predispose quello dell'ospedale di Ancona. Vennero fissate tre classi di rette per il trattamento degli alienati, e ciò in rapporto al diverso stato economico e da scegliersi a giudizio di chi collocava l'individuo nello stabilimento. La prima retta era di paoli quattro, la seconda di paoli tre e la terza di paoli due e un quarto al giorno. E le variazioni prevedevano un distinto trattamento, con tre distinte diete alimentari. Il vestiario, per i malati paganti la prima e la seconda retta, restava a carico dei parenti o degli incaricati del collocamento dell'individuo. Per quelli della terza retta era a carico dell'ospedale. A completo carico dello stabilimento erano i letti, la mobilia adatta alle diverse circostanze ed alla loro condizione, l'assistenza medica e chirurgica, i mezzi di repressione quali la macchina rotatoria, la macchina elettrica, la camera oscura, i tranquillanti, le docce e i bagni. Erano aboliti per regolamento tutti i mezzi di violenta costrizione come funi e catene, come pure la barbara usanza di battere i poveri dementi con nerbi, staffili e simili strumenti.

Fin ad allora i pazzi venivano infatti considerati degli esseri dai

quali ci si doveva guardare, da tenere lontani e si pensava di occuparsi di loro solo non facendoli morire di fame. Fino ai primi anni dell'800 i pazzi venivano ricoverati nei luoghi più disparati, preferibilmente nei campanili e nelle torri, poichè si credeva che il suono delle campane giovasse al loro stato di salute. Da tutto ciò si vede l'importanza del regolamento dell'ospedale di Perugia, del 1825, che indubbiamente precorre i tempi: a tutti i mezzi di coercizione sostituì il "sacco", detto di forza, e metodi di cura più convenienti. Erano tutte queste delle concezioni per alcuni versi estremamente moderne per la cura dei pazzi. E questa, insieme ad altre tali di ancor più recente applicazione portarono dopo il 1840, per merito quasi esclusivo di padre Benedetto Vernò, alla costruzione in Ancona di un nuovo ospizio per la cura fisico-morale dei mentecatti. Il 5 febbraio 1840 il Vernò indirizzava una lettera al Gonfaloniere nella quale lo informava che nel mese successivo, nella festività del fondatore dell'Ordine dei Fatebenefratelli, sarebbe stato inaugurato il nuovo ospizio per la cura dei pazzi.

Il Vernò affermava di essere il nuovo ospizio fornito di tutti i mezzi consigliati dalla scienza medica e non essere secondo a nessun altro nello Stato Pontificio. Lo stabilimento era creato e mantenuto dai Fatebenefratelli, e ciò anche a testimonianza dell'affetto dell'Ordine verso la città di Ancona.

Alla data stabilita, e cioè l'8 marzo 1840, si giunse finalmente all'inaugurazione del nuovo ospizio. A ricordo dell'avvenimento rimane una pubblicazione a stampa che il Vernò, già Superiore Generale dell'Ordine dei Fatebenefratelli, fece spiegando gli scopi che si volevano raggiungere e quanto già era stato fatto.

Nella relazione del Vernò si deplora il fatto che solo gli Ordini religiosi abbiano sentito la necessità di soccorrere e curare i poveri pazzi, restituendo ad essi, in alcuni casi, la ragione, e si denuncia l'assoluta assenza dell'autorità civile. Si doleva poi non poco il Vernò che nel 1818, allorchè l'ospedale venne rinnovato dai Fatebenefra-

telli e dalla carità pubblica, non vi fosse in Ancona e provincia uno speciale stabilimento per i pazzi. E fin d'allora, dopo aver compiuto la grande sala dell'ospedale civile per le donne, il Vernò si era accinto a trovare un modo decoroso per il loro trattamento. Con il nuovo istituto la città e la provincia di Ancona colmavano una grande lacuna. Nel suo scritto Vernò loda pure l'ideatore, Antonio Papis, per l'ottima concezione architettonica in piena coerenza con le richieste della moderna scienza medica. Il Papis aveva pensato di sistemare le donne divise dagli uomini in maniera netta e categorica, pur potendo entrambi usufruire di un bel nascosto giardino. Vi era inoltre una grande galleria da passeggio e da ricreazione per gli uomini, ed un vasto orto con spessi pergolati, destinato ai lavori agricoli di cui i ricoverati potevano essere capaci e ritenuti importanti come mezzi curativi. Annesso all'ospizio, ma da questo distinto, vi era uno speciale stabilimento che doveva servire agli infermi convalescenti.

Continuando la relazione, il Vernò teneva ad annunciare che accanto al convalescenziario dei pazzi era iniziata la costruzione di una nuova casa per le Suore della Carità, religiose ammirabili per la loro abnegazione verso le inferme ed alle quali in seguito si voleva affidare l'assistenza delle pazze, e delle inferme dell'ospedale civile. Le Suore della Carità, anche se estremamente ridotte di numero, sono state in "servizio" presso l'Ospedale "Umberto I" di Ancona fino al 1981. Nell'illustrare poi la sua realizzazione il Vernò si soffermava sul fatto che nell'ospizio c'erano parecchi appartamenti signorili, destinati ad accogliere uomini e donne di alta condizione e degni di essere serviti signorilmente. Per questi era previsto anche l'uso di una carrozza per le passeggiate in una gradevole ed ubertosa campagna in contrada S. Margherita.

Nessuna meraviglia e niente scandalo per queste discriminazioni di classe, che erano consentite da ragioni politiche comprensibili nel momento. Nè ci si può stupire se solo pensiamo che nell'Ospedale di Ancona le camere di classe (quelle cioè a pagamento per i più

abbienti), sono dapprima abolite (solamente dopo circa 130 anni dalla relazione del Vernò) e poi reintrodotte nel 1992. Il Vernò, proseguendo la sua relazione, sollecitava inoltre a non rammaricarsi perchè i malati di mente erano strappati alle loro famiglie, ritenendo giusto che per tali malattie l'isolamento fosse la condizione fondamentale per ogni cura.

La relazione Vernò si concludeva ricordando che il nuovo ospizio era sotto la protezione del Vescovo, del delegato apostolico e del Gonfaloniere della città. L'ospizio venne consacrato a S.Giovanni di Dio (fondatore dell' Ordine dei Fatebenefratelli). Con la stessa data della relazione Vernò, il Direttore medico Benedetto Monti dava alle stampe il regolamento interno, che contemplava orari e compiti dei malati. Molto tempo era riservato al gioco e ai passatempi individuali e collettivi: era prevista anche una specie di aggiornamento culturale. Già in data 17 febbraio 1827 era stata inviata al Padre Priore del manicomio una circolare della Sacra Congregazione del Buon Governo. V'era prescritto che nel caso i pazzi ricoverati non avessero avuto parenti in grado di sostenere le spese del ricovero, tali spese dovevano essere sostenute dal Comune di appartenenza di ogni ricoverato. Venne anche istituito il Domicilio di Soccorso, che servirà per la rivalsa delle spese ospedaliere fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria in Italia (legge 833/78).

Ma il 30 dicembre 1846 il cardinale Gizzi fu costretto ad inviare ai Governatori, alle Magistrature Comunali, alla Commissione Provinciale Amministrativa e al padre Priore del manicomio di Ancona, un altro Ordine Circolare per dirimere tutte le controversie sorte, dal 1821, sulle spese per il mantenimento dei pazzi.

Le disposizioni in materia di mantenimento dei pazzi restano praticamente immutate fino al 1898, anno in cui viene posta la prima pietra per la costruzione del nuovo manicomio, che sarà poi terminato ed aperto al ricovero nel 1901.

L'ospedale dei Pazzi ad Ancona: dal Monastero delle Convertite ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Qualcuno si chiederà come mai nel Centenario dell'Umberto I si parli dell'ospedale dei pazzi, ma la tradizione anconetana vede un po' tutti gli ospedali in sinergia, qualche volta anche in conflitto, ma poi diciamo che l'evoluzione storica vede la confluenza dell'attività psichiatrica, una delle attività del reparto di salute mentale, nell'ambito dell'ospedale Umberto I, da cui poi dal 1987, dalla legge 180, i due destini si sono fusi insieme e quindi il loro futuro sarà insieme.

Detto questo, credo che sia abbastanza noto che fino alla metà del XVIII secolo l'assistenza ai malati di mente era sostanzialmente associata a quella dei mendicanti, dei malati cronici, dei criminali, quindi vi era un atteggiamento, nei loro confronti, repulsivo. La svolta storica arriva, in realtà, con la Rivoluzione Francese del 1789. Il famoso igienista Pinel per primo "liberò" i pazzi dalle catene e cominciò quindi a trattarli specificatamente come persone che dovevano essere custodite, ma anche curate.

Per quel che riguarda la storia anconetana, in realtà, le prime notizie che si hanno, almeno più certe, risalgono alla metà del XVIII secolo quando, il 1° marzo 1749, la municipalità di Ancona costruì due stanze attigue ad un edificio chiamato "il Casone" e situato vicino al Convento dei Padri Cappuccini per trattare specificatamente i mentecatti privi di risorse economiche e residenti nel comune; quindi non dico anticipando l'assistenza, che fu attivata un secolo e mezzo più tardi, ma quasi. Gli anni successivi costituiscono un periodo oscuro poiché sul "Casone" e su quanto in esso avveniva mancano notizie. Nel 1799 l'Ospedale fu demolito a seguito del conflitto franco-austro-russo e dall'assedio che fu posto alla città di Ancona. La distruzione del "Casone" rendeva necessaria per l'Ospizio una nuova colloca-

zione che verrà trovata in due stanza a ridosso del campanile della Cattedrale di San Ciriaco. Tale soluzione, che durerà fino al 1818, caratterizzata da un'organizzazione interna di stampo reclusivo. Tali strutture erano governate da un custode e dalla sua numerosa famiglia privo di figure tecniche. Nel 1813, durante il fervore riformistico del governo napoleonico, veniva emesso un regolamento che stabiliva l'istituzione in ogni Capoluogo di Distretto di una casa dei pazzi, affidata alle Congregazioni di carità. In data 25 Marzo 1815, viene emanato da Gioacchino Murat, Re delle due Sicilie, sotto la cui giurisdizione le Marche erano passate, un decreto con il quale veniva ceduto alla Congregazione di Ancona il locale demaniale, in precedenza appartenuto al Monastero delle Convertite, per stabilire l'Ospedale dei mentecatti.

All'indomani della restaurazione dello Stato Pontificio ogni atteggiamento riformistico venne messo da parte ed i folli restarono nelle stanze accanto a San Ciriaco fino a tutto il 1818. Nel corso di quell'anno l'amministrazione comunale assegnava ai Fatebenefratelli il convento di San Francesco alle scale, parzialmente utilizzato in precedenza come ospedale militare. Qui diventarono disponibili 110 letti per gli abitanti della città, 40 per i militari ed al contempo vi erano accolti i mentecatti, che così lasciavano la vecchia sede, ormai oggetto di numerose critiche.

Figura base di questo passaggio fu padre Benedetto Vernò, Priore dell'Ordine, oltre che medico-chirurgo. Il Vernò fu l'artefice dell'apertura del nuovo ospizio per la cura fisico-morale dei mentecatti che dal 1840 avrebbe segnato una nuova epoca nei rapporti tra follia e pubblici poteri: per gli alienati va costruito ed individuato un luogo dove non erano soltanto custoditi, bensì curati e riportati nella strada della ragione. Il nuovo ospizio fu inaugurato l'8 Marzo 1840; sorgeva non lontano dal precedente, nella stessa zona della città; si presentava come un edificio moderno e di buon livello progettuale, opera dell'architetto Antonio Papis. Era dotato di giardini, loggiati

ed altri spazi aperti, articolando i suoi numerosi locali su tre piani. Alcune stanze erano dedicate all'attività terapeutico-sanitarie: la sala dei bagni, gli "strumenti elettrici", la macchina rotatoria, le docce, il gabinetto anatomico, le camere di isolamento. Attività coercitive e financo violente ammantate di scientificità. Era previsto un padiglione convalescenza, distinto dal resto della struttura. Direttore dell'ospizio fu nominato il dott. Benedetto Monti, esponente della cosiddetta medicina ippocratica. All'epoca gli internati erano 32.

Negli anni questo numero era destinato ad incrementarsi. Nel 1871, infatti, erano 197; 276 nel 1881; 356 nel 1891; e nel 1901, quando poi fu inaugurato il grande ospedale psichiatrico 404. Nel contempo la Psichiatria si consolidava, legando il suo procedere alle scienze naturali, all'anatomia ed alla fisiologia, al pensiero positivista. I lavori di costruzione del nuovo Ospedale Psichiatrico di Ancona iniziarono il 24 Aprile 1898 e terminarono nel 1901. Durante la sua esistenza l'ospedale psichiatrico di Ancona ha visto avvicinarsi vari direttori tra cui celebri figure tra cui il prof. Tamburrini (che ha lasciato in eredità una preziosissima biblioteca) e il prof. Gustavo Modena. Tra i medici collaboratori da segnalare il dr. Mario Tobino, noto poi come scrittore, e il dr. Roberto Assagioli, fondatore del metodo psicoterapeutico detto Psicosintesi.

Nei primi anni della sua attività fu varata la legge 1904, cui seguì l'emanazione del regolamento del 1909, relativamente al trattamento del malato di mente. Cardini fondamentali di tali disposizioni legislative erano l'istituzione della rete di Ospedali Psichiatrici su territorio nazionale, a gestione provinciale, la prevalenza della custodia della cura, una strategia di intervento che vedeva nella pericolosità a sè e verso gli altri nel pubblico scandalo i presupposti dell'agire psichiatrico e nel ricovero una misura di polizia. Negli anni che seguirono, accanto alle comuni pratiche di coercizione e violenza, si affiancarono gradualmente trattamenti ispirati ad un modello medico di malattia, quali i trattamenti di shock (piretoterapia, cardiazolterapia,

insulinoterapia, ect, psicotomia). Nel 1952, con l'introduzione della clorpromazina nella cura della schizofrenia, inizia l'era psicofarmacologica destinata a rivoluzionare il trattamento delle malattie mentali. Va rilevato che la scoperta degli psicofarmaci è seconda, per importanza, solo a quella degli antibiotici.

I mutamenti epocali successivi alle due guerre mondiali, le trasformazioni socioeconomiche e culturali, l'impetuoso progresso scientifico, la rivoluzione sociopolitica e dei comportamenti sociali del 1968, le lotte istituzionali, portarono ad una prima parziale riforma psichiatrica nel 1968 (legge 431 che introdusse il ricovero volontario, la trasformazione in volontario di quello obbligatorio, l'abolizione dell'iscrizione del ricovero in ospedale psichiatrico nel certificato penale, nuova disciplina organizzativa contrattuale dei servizi psichiatrici). Successivamente nell'intensificarsi del dibattito politico e dell'agire antistituzionale di ampi settori psichiatrici, egemonizzati da Franco Basaglia e dai suoi collaboratori, il 13 Maggio 1978 veniva emanata la legge 180 che abrogava completamente la legge 1904 e rinnovava profondamente le concezioni e le pratiche dell'intervento psichiatrico. La legge 180 veniva poi inserita nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale 23 Dicembre 1978 n° 833 agli artt. 33,34,35. Tali disposizioni legislative individuavano come parti essenziali: la costituzione dei Dipartimenti di Salute mentale, la centralità dell'intervento nei presidi territoriali, l'istituzione dei servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura negli ospedali generali per il trattamento di ricoveri obbligatori e volontari in fase di acuzie, le modalità di effettuazione di TSO (trattamenti sanitari obbligatori). La legge 180 capovolgeva completamente il paradigma concettuale relativo al malato di mente, privilegiando la cura sulla custodia, con conseguente depenalizzazione della psichiatria, con le garanzie giuridiche previste per il paziente nel trattamento sanitario obbligatorio, l'istituzione del giudice tutelare, la restituzione, alla psichiatria, della dignità di branca medica. Nel 1978 i ricoverati

erano 677, nel 1995, al momento del varo della legge finanziaria che determinava la definitiva chiusura dell'ospedale psichiatrico, 135. In data 21 Agosto 1999 gli ultimi 35 pazienti venivano trasferiti in RSA e la struttura secolare dell'ospedale psichiatrico cessava di esistere. I pazienti psichiatrici sono quindi definitivamente liberi? la risposta è assolutamente no. Tuttora sono diffusi atteggiamenti negativi e svalorizzanti verso i malati e una certa sfiducia verso tutto il mondo della salute mentale contribuendo al persistere di pregiudizi e discriminazioni, con conseguente isolamento sia sociale che lavorativo. Accanto a ciò è evidente che la carenza delle risorse assegnate al settore del 12% nella media europea, 3-4% in Italia.

Negli ultimi anni la psichiatria ha ampliato le proprie conoscenze soprattutto attraverso la biologia molecolare e la neuropsicologia funzionale (brain imaging); nei prossimi anni l'attenzione della ricerca sui rapporti tra i geni ed ambiente arricchirà ulteriormente le conoscenze sulle determinanti molecolari e sulle alterazioni del neurosviluppo, relativamente alla genesi delle malattie mentali. Il fatto che la stigmatizzazione e la discriminazione derivanti dalla malattia mentale siano fra le principali cause che interferiscono con la tutela della salute, è stata riconosciuta in tutto il mondo. In Europa, in Canada, Australia, Stati Uniti, sono state messe a punto campagne di lotta contro lo stigma da parte dei governi, implicanti iniziative informative ed educativa. Scopo ultimo dell'agire psichiatrico è quindi non solo il recupero del paziente, ma favorire ogni processo di inclusione che restituiva al soggetto i diritti della piena cittadinanza.

Umberto Baccarani e Gustavo Modena, protagonisti della medicina del primo Novecento ad Ancona e la questione dell'assistenza sanitaria

1. Ospedale civile e manicomio ad Ancona dopo l'Unità d'Italia

L'Unità d'Italia non segna una svolta nelle istituzioni sanitarie di Ancona se non amministrativa¹. Subito dopo l'Unità è infatti allontanato dalla città di Ancona l'ordine dei Fatebenefratelli, che fino ad allora aveva gestito l'ospedale civile e il manicomio per conto della municipalità, a partire dagli anni successivi alla Restaurazione: nel 1818 i Fatebenefratelli avevano ricevuto l'incarico di occuparsi dell'ospedale civile e nel 1819 del manicomio, che si erano entrambi appena trasferiti nel convento di San Francesco delle Scale, tra via Pizzecolli e via Fanti. Era stato inoltre il priore illuminato dei Fatebenefratelli Benedetto Vernò che aveva voluto la costruzione, all'interno dello stesso complesso conventuale, del nuovo manicomio inaugurato nel 1840, in cui erano state abolite le catene nel trattamento dei malati mentali ed era stata praticata la cosiddetta terapia morale, almeno per un certo tempo, breve.

Dopo l'Unità, l'ospedale civile e il manicomio continuano a lungo, ad Ancona, a rimanere negli stessi edifici e ad offrire gli stessi servizi, seppure dipendano l'uno da un'amministrazione locale guidata dal conte Oliverotto Ferretti, uomo vicinissimo alla Chiesa,

1 Sulla storia dell'ospedale civile di Ancona dall'Ottocento al Novecento cfr. M. Ciani e E. Sori, *Ancona contemporanea, 1860-1940*. Ancona, Clua edizioni, 1992, pp. 102-103, 337-345 e 444-447; anche M. Natalucci, *Ancona attraverso i secoli*. Vol. III: *Dal periodo napoleonico ai nostri giorni*. Città di Castello, Unione Arti Grafiche, 1960, pp. 443-444; sulla storia del manicomio di Ancona cfr. S. Fortuna, *Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749-1978)*. In *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*, a cura di G. Danieli. Ancona, Il lavoro editoriale, 2008, pp. 147-168, con la bibliografia citata.

chiamato in città “il feudatario”, e l’altro dalla Provincia. L’ospedale è sovraffollato ed è una sorta di cronicario, dove malati acuti o infettivi si mescolano con poveri mendicanti privi di un qualsiasi sostegno anche familiare. Il manicomio è esclusivamente un luogo di reclusione, dove neppure l’ergoterapia può essere praticata per il continuo aumento dei ricoveri e per la mancanza di spazio e di personale.

Una novità, che immediatamente non sembra di grande impatto, è rappresentata dall’arrivo sia nell’ospedale sia nel manicomio, intorno al 1870, delle suore di Carità come personale di assistenza, economicamente molto vantaggioso, che in qualche modo sostituiscono i Fatebenefratelli. Soltanto alla fine dell’Ottocento cambiamenti significativi toccano le istituzioni sanitarie di Ancona.

2. Manicomio di piano San Lazzaro e Gustavo Modena

Il 24 aprile 1898 è posta la prima pietra del manicomio di piano San Lazzaro, inaugurato tre anni dopo, nel luglio 1901, in occasione dell’XI convegno della Società Italiana di Freniatria. Il direttore Gaetano Riva (1845-1931) di Modena, che era arrivato ad Ancona nel 1888 e che era stato collega prima di Cesare Lombroso (1835-1909) a Pesaro e poi di Augusto Tamburini (1848-1919) a Reggio Emilia per dodici anni, si era molto adoperato per la costruzione del nuovo manicomio, che quindi presenta con orgoglio in un opuscolo pubblicato nel settembre 1901². Il manicomio di piano San Lazzaro, che nel tempo cambia senza perdere la sua struttura originaria, si articola in sedici padiglioni simmetrici, dove i malati sono distribuiti rigidamente in base al sesso e alle patologie o comportamenti: le donne a destra, gli uomini a sinistra, prima i tranquilli, poi gli epilettici, i sudici, i cronici, i semiagitati e infine gli agitati. I padiglioni sono collegati da portici aperti che li mettono in comunica-

2 Cfr. Riva G., *Il manicomio provinciale di Ancona*. Ancona, Marchetti, 1901.

zioni con gli edifici centrali, dove si trovano la direzione, i servizi, le infermerie, la chiesa, i laboratori. Intorno e verso la collina si estende la colonia agricola di oltre dieci ettari, che offre occupazione ai pazienti tranquilli, spesso provenienti dal mondo contadino.

Il nuovo manicomio di piano San Lazzaro è progettato da Raniero Benedetti, il responsabile dell'ufficio tecnico della Provincia di Ancona, che lavora su disegni del suo predecessore Alessandro Benedetti e in collaborazione con una commissione scientifica, di cui fanno parte il direttore Gaetano Riva e il citato Augusto Tamburini, quest'ultimo tra gli psichiatri più importanti e influenti d'Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento³. Tamburini era originario di Ancona e ad Ancona, al San Francesco delle Scale, aveva lavorato per poco tempo, all'inizio della carriera, prima di trasferirsi nel manicomio di Reggio Emilia, ritenuto d'avanguardia, come collaboratore e poi successore di Carlo Livi (1823-77), fondatore tra l'altro della gloriosa *Rivista Sperimentale di Freniatria*. Sul manicomio di Ancona Tamburini esercita un controllo continuo e in varie direzioni, compresa la scelta dei medici e dei direttori, almeno sembrerebbe. Qui lavorano il nipote Aroldo (1867-1907) e poi il figlio Arrigo (1878-1943) dal 1909, affetto dal morbo di Reiklinghausen, che muore con altri medici, infermieri e pazienti durante il bombardamento dell'8 dicembre 1943. Alla morte di Augusto Tamburini nel 1919, la sua biblioteca è donata dalla vedova Emilia Trebbi e dai figli al manicomio di Ancona. Il 17 ottobre 1920, nel manicomio di Ancona è inaugurata la nuova biblioteca, che è ormai costituita da tremila volumi disposti su scaffali lignei in due stanze, e che è intitolata al grande maestro Tamburini, ricordato con l'effigie marmorea incisa dallo scultore anconetano Vittorio Morelli (1886-1968)⁴. Per l'occasione il discorso commemorativo è tenuto

3 Su Augusto Tamburini cfr. la voce di V. Babini in *Antologia di testi psichiatrici italiani*, a cura di M. Maj e F.M. Ferro. Genova, Marietti, 2003, pp. 88-98.

4 Sulla biblioteca del manicomio di Ancona cfr. S. Fortuna, *Il manicomio*

da Arturo Donaggio (1868-1942) originario di Falconara, allievo di Tamburini e suo successore all'università di Modena⁵.

Il 21 luglio 1902 arriva al manicomio di Ancona Gustavo Modena (1876-1958), che si era laureato con il massimo dei voti con Augusto Tamburini all'università di Modena il 5 luglio 1901, e che aveva poi completato la sua formazione a Vienna, frequentando per otto mesi l'istituto neurologico di Heinrich Obersteiner (1847-1922), la clinica delle malattie mentali e nervose di Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e l'ambulatorio neurologico di Lothar Ritter von Frankl-Hochwart (1862-1914)⁶. Gustavo Modena veniva da un'agiata famiglia ebrea di Reggio Emilia, ma conosceva Ancona da sempre, perché sua madre Arianna era figlia di Donato Beer, un ricco ebreo di Ancona che aveva varie attività, tra cui fiorenti filande nella zona di Jesi, ereditate poi dal figlio Carlo, proprietario della villa di Colleverde nel quartiere delle Grazie, oggi appartenente al Comune. Al manicomio di Ancona Gustavo Modena è assunto come medico settore, con il compito di organizzare i

di Ancona e la biblioteca "Augusto Tamburini". In *SISM, 1907-2007*. 46° congresso della Società Italiana di Storia della Medicina (Siena, 24-27 ottobre 2007), a cura di S. Colucci. Siena, Edizioni Cantagallo, 2007, pp. 151-155.

- 5 Su Arturo Donaggio cfr. la voce di L. Fiasconaro in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol. 41, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 1992, pp. 1-3, consultabile anche all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/arturo-donaggio_%28Dizionario-Biografico%29/.
- 6 Su Gustavo Modena, oltre a Fortuna, *Il trattamento dei malati mentali ad Ancona (1749-1978)*, cit. (nota 1), *passim*, cfr. C. Pierpaoli e G. Ceccarelli, *Gustavo Modena: tra psichiatria e psicoanalisi*. In *La psicologia in Italia. Nuovi saggi storiografici*. Urbino, Quattro venti, 2003, pp. 53-107; G. Rocca, *L'impossibile anormalità, l'impossibile integrazione. Gustavo Modena e le origini della psicanalisi in Italia*. Psicoterapia e Scienze Umane, 1, 2003, pp. 97-111; e la recente voce di P. Guarnieri in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol. 75, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 2011, pp. 189-193, consultabile anche all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/gustavo-modena_%28Dizionario-Biografico%29/.

laboratori di ricerca.

Presto Gustavo Modena diventa un collaboratore prezioso del direttore Gaetano Riva, che lo apprezza sia per il suo “carattere amabilissimo e pregevole sotto ogni rapporto” sia per i suoi “meriti scientifici non comuni”⁷. I laboratori che Modena istituisce di anatomia, istologia, chimica e batteriologia si impongono come luoghi d’incontro e di ricerca aperti ai medici più brillanti della città, come Goffredo Sorrentino (1876-1964), dermatologo e pioniere della medicina dello sport, e Urbano Salvolini (1873-1951), medico condotto nel popolare quartiere degli Archi, o ai giovani appena laureati o che vogliono diventare medici, come Riccardo (1884-1980) ed Emilio Fuà (1886-1969), figli di Geremia (1853-1942), presidente dell’ordine dei medici di Ancona dal 1901 al 1912⁸. I risultati più interessanti sono pubblicati nell’*Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona*, che esce con regolarità fino alla grande guerra, e anche in riviste scientifiche di maggiore circolazione.

Gustavo Modena ha rapporti continui con il suo maestro Augusto Tamburini e con colleghi italiani e stranieri che incontra regolarmente, per esempio, nei convegni. Nel 1907, inoltre, frequenta un corso di perfezionamento di tre settimane organizzato a Monaco da Emil Kräpelin (1856-1926), forse lo psichiatra più famoso dell’epoca, dove ascolta il meglio della neurologia e psichiatria tedesca e dove incontra Ernst Jones (1879-1958), che lo mette al corrente delle nuove teorie di Sigmund Freud (1856-1939). Modena è

7 Queste parole sono contenute in una lettera di Gaetano Riva alla Provincia di Ancona, datata 5/6/1902 e conservata nell’Archivio della Provincia di Ancona, fasc. pers. di Gustavo Modena.

8 Su Goffredo Sorrentino cfr. G. Santini, *Gente anconitana*. Fano, tip. Edit Sangallo, 1969, p. 386; su Geremia, Riccardo ed Emilio Fuà cfr. *Ordine dei medici della Provincia di Ancona. La sua storia*, a cura di S. Giustini. Ancona, Litostella sas, 2005, pp. 47-53. Una breve biografia di Urbano Salvolini, a cui è stata dedicata una via di Ancona, è nel sito del Comune: <http://www.comune.ancona.it/>.

tra i primi divulgatori in Italia di Freud e della psicanalisi che per un certo tempo studia e sperimenta al manicomio di Ancona. Dopo il matrimonio celebrato il 9 dicembre 1911 con la giovane e bella Giulia Bonarelli (1892-1936), discendente da una nobile famiglia anconetana, che si laurea in medicina a Bologna nel 1916, Modena trascorre con la moglie un periodo di studio e ricerca a Francoforte, in Germania, presso l'istituto neurologico diretto da Ludwig Edinger (1855-1918).

I riconoscimenti per le sue esperienze internazionali e per il suo impegno non si fanno attendere. Nel 1909 è nominato vicedirettore del manicomio di Ancona. Nel 1910 ottiene la libera docenza a Roma, dove insegna Augusto Tamburini, che nel 1905 aveva lasciato il manicomio di Reggio Emilia e l'università di Modena per ricoprire la cattedra che era stata di Ezio Sciamanna (1850-1905). Nel 1913 Gaetano Riva va in pensione per raggiunti limiti d'età e la direzione del manicomio di Ancona passa a Gustavo Modena, che nel concorso risulta "primo a distanza del secondo", Guido Garbini (1873-1923), che alla fine della grande guerra sarebbe diventato direttore del manicomio di Pergine, in provincia di Trento⁹. La direzione del manicomio di Ancona rimane a Gustavo Modena fino al 1939, quando è allontanato in applicazione delle leggi razziali. Ma dopo la morte della moglie Giulia, avvenuta il 19 agosto 1936, Modena era caduto in una grave depressione e non aveva più ripreso il lavoro. Nel giugno 1937 aveva addirittura trasferito la residenza a Roma, in via Belluno 1, dove muore il 13 aprile 1958.

Durante la direzione di Gustavo Modena il manicomio di Ancona è al centro di brillanti iniziative. Nell'ottobre 1916 Modena si reca in Francia con la moglie per incarico dell'ispettorato di sanità militare, quasi certamente su indicazione di Tamburini, consulente

9 Cfr. la relazione finale del concorso datata 13 luglio 1913 e conservata nell'Archivio della Provincia di Ancona, fasc. pers. di Gustavo Modena.

del ministero della guerra, per visitare gli ospedali di campo degli alleati, ritenuti all'avanguardia. Al ritorno stila una relazione pubblicata nella *Rivista Sperimentale di Freniatria* del 1917, e fonda ad Ancona un centro neurologico, che è tra i pochi attivi in Italia fino alla fine della guerra e che tra l'altro raggiunge risultati positivi nel recupero dei cosiddetti fiosiipatici, coloro che avevano problemi funzionali, ma non mostravano lesioni evidenti¹⁰. Preziosa collaboratrice è la moglie Giulia, che aveva appreso terapie riabilitative, compresa l'elettroterapia, alla Salpêtrière di Parigi con Pierre Marie (1853-1940), ma che ad Ancona preferisce seguire quello che lei stessa definisce il “metodo dolce”, basato sulla collaborazione con il paziente, senza sedute iniziali dolorose, allora ritenute da tutti necessarie per la ripresa fisiologica¹¹. Nel 1925, quando è vicepresidente della Società Italiana di Freniatria, incarico che ricopre dal 1919 al 1939, Modena, ormai lontano dalle seduzioni della psicanalisi, istituisce ad Ancona il centro nazionale di statistica delle malattie mentali, che è trasferito a Roma, al manicomio di Santa Maria della Pietà, nel 1939.

Quando Mario Tobino arriva al manicomio di Ancona nel 1939 per lavorarvi per un anno circa, trova una struttura molto efficiente e nel romanzo autobiografico *Tre amici* scrive: “Intanto la fortuna per noi era di essere capitati in un ospedale esemplare: il merito era di un direttore che era stato in servizio fino a pochi mesi prima. Si chiamava Modena, ebreo”. Era un ospedale “antiprovinciale, europeo”, che “ci insegnava un mestiere, ci accostava al mistero della follia”. Il manicomio di Ancona, che era stato riorganizzato e modernizzato da Gustavo Modena negli edifici e nei servizi dopo il

10 Sul centro neurologico di Ancona cfr. G. Modena e G. Bonarelli, *Il centro neurologico di Ancona*. Ancona, stab. tip. del Commercio, 1920.

11 G. Bonarelli Modena, *Terapia delle forme fisiopatiche*. Atti del I convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra (Milano, 16-20 dicembre 1918). Milano, A. Koschitz, 1919, p. 195.

terremoto del 1930, era provvisto di una fiorente colonia agricola e di numerosi laboratori che occupavano utilmente i pazienti, uomini e donne, e soprattutto vantava una biblioteca “ineusauribile”, dove Mario Tobino trascorre notti intere a studiare, un vero “tesoro” che le generazioni future non avrebbero saputo apprezzare e conservare¹².

3. *Ospedale Umberto I ed Umberto Baccarani*

Nell’ultimo decennio dell’Ottocento l’amministrazione che gestisce l’ospedale civile di San Francesco delle Scale di Ancona si rinnova completamente, probabilmente per effetto della legge Crispi del 17 luglio 1890 che laicizza le opere pie e le sottopone ad un controllo pubblico¹³. Tra i nuovi amministratori dell’ospedale civile c’è l’avvocato Domenico Pacetti (1857-1926), un uomo diverso dal “feudatario” Oliverotto Ferretti, un repubblicano, esponente di spicco della massoneria anconetana, deputato e sindaco di Ancona dal 1920 al 1922¹⁴. Domenico Pacetti si adopera subito per la costruzione di un nuovo ospedale ad Ancona, moderno e terapeutico.

La prima pietra è posta con cerimonia solenne il 24 giugno 1906, alla presenza dei sovrani Vittorio Emanuele III ed Elena, e l’inaugurazione avviene cinque anni dopo, il 20 dicembre 1911. Il nuovo ospedale è intitolato ad Umberto I, il re martire assassinato nel 1900, contro il parere e i desideri di Domenico Pacetti. Sorge su un’area di circa cinque ettari, alle pendici del monte Cardeto, in una zona tranquilla e ventilata, accanto al centro della città. Ha una struttura a padiglioni isolati, allora molto diffusa, che si sviluppano

12 M. Tobino, *Tre amici*. Milano, A. Mondadori, 2007, pp. 1447-1449.

13 Cfr. G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*. Bologna, Il mulino, 1997, pp. 101-111.

14 Su Domenico Pacetti cfr. Santini, *Gente anconitana*, cit. (nota 8), p. 307; M. Ciani, *Storia dell’avvocatura anconetana*. Ancona, Il lavoro editoriale, 1999, *passim*.

e si accrescono nel tempo. Il progetto esecutivo e la direzione dei lavori erano stati affidati a Giulio Marcovici, un ingegnere di Bologna che aveva lavorato su un precedente progetto di Nestore Cinelli, responsabile dell'ufficio tecnico del Comune, che si era da poco trasferito a Roma. Nella scelta del luogo e della struttura dell'ospedale era stata decisiva la consulenza del grande igienista Angelo Celli (1857-1914), professore a Roma, ma originario di Cagli, che condivideva la fede repubblicana e massonica di Domenico Pacetti, e che tra l'altro avrebbe curato con il citato Augusto Tamburini il *Trattato di medicina sociale*, pubblicato nel 1910.

Il primo direttore sanitario dell'ospedale Umberto I è Umberto Baccarani (1872-1954), che era arrivato ad Ancona, all'ospedale civile di San Francesco delle Scale, nel 1907, quando i lavori di costruzione del nuovo ospedale erano appena iniziati¹⁵. Umberto Baccarani era nato a Modena, da una famiglia contadina, e a Modena si era laureato nel 1898 con il massimo dei voti, presentando una tesi intitolata *la Rigenerazione della mucosa gastrica* che era stata pubblicata. In seguito aveva lavorato a Modena come aiuto e poi come assistente di Ercole Galvagni (1836-1909), grande clinico del tempo, e aveva frequentato l'istituto di anatomia patologica

15 Il fascicolo personale di Umberto Baccarani non è conservato nell'archivio dell'ospedale Umberto I, almeno secondo quanto scrive Roberto De Matteis, che ne è responsabile, in una comunicazione del 28 luglio 2011. Una biografia di Umberto Baccarani è stata scritta da Donatello Cialè come parte della sua tesi di laurea magistrale in scienze infermieristiche, presentata nell'a.a. 2007-8 presso l'università politecnica delle Marche, di cui sono stata relatrice. Donatello Cialè si è servito della documentazione che gli è stata messa a disposizione da Michele Baccarani, nipote di Umberto e docente di ematologia all'università Bologna, come pure dei suoi ricordi. Io stessa ho raccolto utilmente le testimonianze di tre medici anconetani che hanno conosciuto in vario modo Umberto Baccarani all'inizio della loro carriera, e che elenco in ordine alfabetico: Manlio Caucci, Corrado Fuà e Luigi Miti. Quest'ultimo è stato anche medico personale di Baccarani negli ultimi anni della sua vita. A tutti loro i miei sinceri ringraziamenti.

di Giulio Vassale (1862-1913), conducendo diverse ricerche sperimentali che aveva pubblicato¹⁶. La prospettiva di organizzare un nuovo ospedale e di esserne responsabile aveva convinto Baccarani a lasciare Modena, a cui comunque rimane sempre molto legato.

Quando Umberto Baccarani inizia a lavorare all'Umberto I nel 1911, è primario, direttore sanitario e unico medico in organico, mentre gli altri medici, il chirurgo e l'ostetrico, sono dipendenti comunali di condotte che prestano servizio in ospedale solo all'occorrenza. Baccarani lascia l'Umberto I venticinque anni dopo, nel 1936, per problemi cardiaci che non gli permettono più di lavorare¹⁷, e che in seguito lo portano alla morte ad Ancona, nella sua casa sul Pinocchio in cui si era ritirato, l'11 febbraio 1954. Nel 1936 l'ospedale si è già imposto nella città e non solo come un centro moderno e avanzato di terapia, dotato di laboratorio analisi, di gabinetto radiologico e di servizi o reparti specialistici. Nel decollo e nel primo sviluppo dell'Umberto I, che non sono stati ancora studiati nei dettagli, Baccarani ha meriti indiscussi, come pure nell'introduzione rapida, nei suoi reparti, di quelle che all'epoca erano le terapie più avanzate: il pneumotorace artificiale o metodo Forlanini per i tubercolotici, che occupavano un padiglione specifico dell'ospedale, o la trasfusione di sangue per gli anemici gravi.

Baccarani arriva ad Ancona con un numero consistente di pubblicazioni cliniche e sperimentali, che gli avevano permesso di ot-

16 Su Ercole Galvagni cfr. la voce di U. Torelli in *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol. 51, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 1998, pp. 781-783, consultabile anche all'indirizzo: http://www.treccani.it/enciclopedia/ercole-galvagni_%28Dizionario-Biografico%29/. Su Giulio Vassale cfr. la voce dell'*Enciclopedia Italiana Treccani*. Vol. 34, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani, 1937, p. 1029, consultabile anche all'indirizzo: <http://www.treccani.it/enciclopedia/giulio-vassale/>.

17 Sulla data e sulla causa del pensionamento di Umberto Baccarani seguò quanto mi è stato comunicato da Luigi Miti.

tenere la libera docenza a Modena in patologia medica. In seguito continua a pubblicare anche ad Ancona, soprattutto nell'ambito della clinica medica. Tra le sue pubblicazioni, circa novanta, si segnala la raccolta delle *Lezioni di clinica medica ospitaliera* del 1920, con un'introduzione del grande patologo romano Ettore Marchiafava (1847-1935)¹⁸. Baccarani è convinto che la formazione del medico debba avvenire in ospedale e che in ospedale debba esserci una didattica parauniversitaria. Le sue visite ai pazienti, in corsia, sono quindi vere e proprie lezioni, di grande efficacia anche per il suo carisma.

Baccarani è un uomo colto, raffinato, amante della musica lirica - su cui in gioventù aveva anche scritto articoli in giornali locali per mantenersi agli studi - appassionato di storia e degli storici del Rinascimento fiorentino, Macchiavelli e Guicciardini. Risulta "distinto, elegante, pronuncia emiliana, locuzione ricca e ricercata, ed è capace di godere di un distaccato prestigio con i colleghi, con il pubblico sanitario e non"¹⁹. È un grande maestro di semeiotica clinica e si preoccupa di esercitare i giovani che lo seguono, medici o studenti di medicina, nell'auscultazione del paziente, sempre insidiosa e da affinare. Lui stesso la esegue direttamente sul paziente, senza l'uso dello stetoscopio, ma non prima che la suora abbia steso sulla parte un fazzoletto bianco che si preoccupa di cambiare soltanto di tanto in tanto. È precedente all'auscultazione la definizione precisa dei suoni, su cui non si può sbagliare. In un libro pubblicato di recente, Manlio Caucci ricorda l'interrogazione, per così dire, che Baccarani gli fa quando frequenta l'Umberto I nei suoi primi anni d'università. Durante la visita mattutina al reparto "speciali",

18 Una copia delle *Lezioni di clinica medica ospitaliera* è conservata presso la Biblioteca Comunale Benincasa di Ancona, nella collezione Gustavo Modena, con dedica di Baccarani al direttore del manicomio.

19 Sono le parole con cui Corrado Fuà ha descritto Umberto Baccarani quando l'ho incontrato piacevolmente nel marzo 2011.

dei tubercolotici, Baccarani percuote prima l'addome e poi la coscia di un paziente e chiede al giovane Caucci, dandogli del lei come a tutti, di definire i suoni. Alla risposta del timido Caucci il commento del "severo e inappuntabile" Baccarani è il seguente: "Bravo, per oggi basta, lei ha imparato anche troppo !" Soddisfazione come queste non si dimenticano.

4. Assistenza infermieristica

Umberto Baccarani, Gustavo Modena e per alcuni anni anche Gaetano Riva sono i protagonisti della sanità ad Ancona nei primi decenni del Novecento. Sono tutti e tre emiliani, si sono formati nella stessa università, Modena, condividono una cultura medica saldamente positivista, anche umanistica, profondamente laica, e si impegnano a costruire con grande senso di responsabilità le istituzioni sanitarie che dirigono e a renderle funzionanti, senza ignorare le tante difficoltà che sono sia economiche sia culturali, e cercando di superarle almeno con soluzioni di compromesso. Si trovano ad affrontare questioni di ogni tipo, compresa quella fondamentale del personale di assistenza, che è costituito in parte da suore che svolgono compiti organizzativi e di maggiore responsabilità, in parte da infermieri o infermiere che provengono tradizionalmente dai ceti più bassi e senza una formazione adeguata.

Non c'è dubbio che, all'interno nel mondo della sanità, l'assistenza infermieristica è quella che si è evoluta di più in Italia nel secondo dopoguerra, laicizzandosi prima ed emancipandosi poi, anche attraverso il raggiungimento della formazione universitaria nel 1992. Conseguenti sono le iniziative legislative prese tra il 1994 e il 2000, che hanno messo fine al ruolo ausiliario e subordinato dell'infermiere rispetto al medico, equiparando tutte le professioni sanitarie nelle proprie autonomie²⁰. Le premesse di questo svilup-

20 Ringrazio Maurizio Mercuri per le informazioni e per il materiale che

po, almeno teoriche, si pongono già all'inizio del Novecento.

Nel 1915 Gustavo Modena pubblica un libro sul manicomio di Ancona che dirige da due anni²¹. Da umanista qual è, ricostruisce prima la storia del trattamento dei malati mentali a partire dalle testimonianze del Settecento, e presenta poi il manicomio di piano San Lazzaro in tutte le sue articolazioni e progetti. Sull'assistenza infermieristica scrive poche righe, in cui però focalizza il problema fondamentale, cioè il reclutamento degli infermieri che avviene “fra una classe di persone che non presenta sufficiente grado di istruzione”, perché “gli stipendi non sono tali da richiamare al concorso ai posti di infermiere persone di altre classi sociali”²². Modena auspica l'apertura di una “scuola professionale” che prepari il personale ad una funzione così “delicata” come l'assistenza agli ammalati. Intanto aveva preso provvedimenti, e all'interno del manicomio di Ancona aveva organizzato corsi di formazione per il personale infermieristico, sui quali per il momento non si hanno altre informazioni²³.

Sull'assistenza infermieristica il collega Umberto Baccarani pubblica una monografia di oltre duecento pagine nel 1909, intitolata *Infermieri e infermiere*²⁴. Per prepararsi alla direzione sanitaria del nuovo ospedale Umberto I, ancora in costruzione, Baccarani

sull'argomento mi ha fornito.

21 G. Modena, *L'assistenza dei malati di mente nella Provincia di Ancona*. Annuario del Manicomio Provinciale di Ancona, 8, 1915. Un'edizione più ampia è stata pubblicata da Modena nel 1929.

22 Modena, *L'assistenza dei malati di mente*, cit. (nota 21), p. 115. Nell'edizione del 1929, pp. 213-214, Modena torna sulla questione e ripropone gli stessi argomenti, ancora una volta augurandosi l'apertura di una scuola professionale.

23 Questo risulta dalla relazione finale del 1913, riguardante il concorso per direttore del manicomio di Ancona vinto da Gustavo Modena (cit. nota 9).

24 U. Baccarani, *Infermieri e infermiere. L'assistenza ai malati in Italia, Francia e Inghilterra*. Modena, Società Tipografica Modenese, 1909.

si impegna in una ricerca molto accurata sull'assistenza ai malati non solo in Italia, ma anche in Francia e in Inghilterra, perché è consapevole che “si sono fatti gli ospedali, mancano da farsi gl'infermieri” (p. 97).

La documentazione che Baccarani raccoglie sulla questione è imponente: pubblicazioni italiane, francesi e inglesi, rilevamenti e inchieste ministeriali, resoconti parlamentari, statuti e regolamenti degli ospedali di numerose città italiane, da nord a sud. Inoltre Baccarani stabilisce una corrispondenza epistolare con direttori sanitari di altri ospedali, almeno con quelli del Sant'Orsola di Bologna (p. 57), dell'ospedale di Sondrio (p. 64), di Lucca (pp. 62 e 84), di Palermo (p. 49). E visita direttamente alcuni ospedali in Italia e all'estero, anche se è difficile dire quanti e quali. Baccarani infatti non cita mai esplicitamente gli ospedali in cui l'assistenza infermieristica è carente, e questi sono i più numerosi in Italia. Risulta, in ogni caso, che Baccarani si era recato negli ospedali di Parigi (pp. 75, 169 e 170), di Losanna (pp. 59, 98 e 142) e forse anche di Londra. L'unico ospedale che in Italia guarda con una certa ammirazione è quello di Modena diretto da Ercole Galvagni, dove Baccarani si era formato e dove aveva lavorato per alcuni anni dopo la laurea (p. 99).

Il libro di Baccarani è dunque una fonte preziosa e insuperata per la conoscenza dell'assistenza infermieristica in Italia, tra fine Ottocento e inizio Novecento²⁵. Si apre con un'introduzione sulla storia degli ospedali e dell'assistenza ai malati, dalle civiltà antiche all'Ottocento, anche con riferimenti a statuti di ospedali del Seicento e del Settecento che Baccarani aveva consultato personalmente (pp. 3-21). Quindi tratta dell'assistenza infermieristica in Italia (pp. 22-162), in Francia (pp. 163-176) e in Inghilterra (pp. 179-205).

25 Cfr. per esempio, i numerosi riferimenti al libro di Baccarani contenuti in V. Dimonte, *Da servente ad infermiere. Una storia dell'assistenza ospedaliera in Italia*. Torino, Mandragora, 1993.

L'Inghilterra è il paese più avanzato in fatto di assistenza ai malati, perché Florence Nightingale (1820-1910), una donna dotata di straordinarie capacità e di numerose esperienze internazionali, l'aveva completamente rivoluzionata in tutti gli aspetti, dopo i successi che aveva ottenuto negli ospedali militari durante la guerra di Crimea, tra il 1854 e il 1855.

La differenza tra l'Inghilterra e l'Italia, in fatto di assistenza ai malati, è enorme, abissale, difficile da spiegare per Bacarani che, parlando dell'assistenza infermieristica a domicilio, usa un'espressione molto efficace (p. 121): "Si tratta di un'organizzazione forte, istruita e di cui noi italiani non ne abbiamo neppure una pallida idea". Ma l'Italia non deve fermarsi e arrendersi alle difficoltà, deve piuttosto rinnovarsi, guardando all'Inghilterra e anche alla Francia (pp. 161-162): "I frutti brillanti ottenuti dalla Nightingale e quelli abbastanza buoni avuti in Francia debbono invogliare anche noi italiani a disporci con fiducia a una più moderna organizzazione del personale per l'assistenza agli ammalati". La ricerca sull'assistenza infermieristica di Bacarani non è dunque soltanto conoscitiva, ma vuole offrire proposte concrete di riforma in Italia, sulla base delle esperienze inglesi e francesi.

La sanità in Italia, compresa l'assistenza infermieristica, è molto differenziata, ma è comunque carente e arretrata. Tra l'altro Bacarani scrive alle pp. 95-96: "L'assistenza medica, come viene praticata oggi in quasi tutti gli ospedali d'Italia, è veramente manchevole sotto tutti i riguardi. È questa una dolorosa verità, ma bisogna confessarla con franchezza, nell'interesse stesso dell'argomento e coll'augurio e la speranza che si dia mano, nel più breve termine possibile, a una salutare riforma ... L'Italia è forse la nazione che ha, *ceteris paribus*, il maggior numero di ospedali ... ma il loro funzionamento, in rapporto soprattutto alla qualità del personale di servizio e all'assistenza medica, è molto inferiore a quello di quasi tutte le altre nazioni civili. I nostri ospedali, salvo onorevoli

ma rare eccezioni, sono ancora retti con criteri antiquati, e pare che l'onda moderna di civiltà e di progresso, che ogni cosa ha migliorato, non sia ancora entrata nelle corsie degli ospedali. Come un secolo fa, due secoli fa ... i nostri infermieri sono degl'insergenti, senza cultura generale, senza educazione, senza istruzione professionale, che servono gli ammalati invece di assisterli, comandati da un personale religioso che non ha alcuna pratica dell'assistenza medica ospitaliera moderna”.

Quanto agli infermieri, nell'Italia del Primo Novecento provengono da ceti sociali bassi, sono ingnoranti, non hanno preparazione professionale, sono mal pagati, sono sottoposti ad un orario di lavoro pesante ed esposti più di altri al contagio, non hanno tutele in caso di malattie e quando cessano l'attività. Questi in breve i problemi che Baccarani individua, senza mai colpevolizzare gli infermieri stessi, che fanno quel che possono - come spesso ripete - anche con “spirito di sacrificio”. Gli infermieri debbono piuttosto essere emancipati e le soluzioni che Baccarani propone sono tanto semplici quanto difficili da realizzarsi in tempi rapidi: preparazione professionale, aumento dello stipendio, riduzione dell'orario del lavoro, distinzione tra assistenza e pulizia. Neppure le gratificazioni morali sono da trascurare secondo Baccarani, e queste consistono nell'avere a disposizione, da parte degli infermieri, spazi confortevoli in cui cambiarsi, depositare le proprie cose, riposarsi.

Il personale religioso, le suore di Carità, a cui è dedicata specificatamente una quindicina di pagine (pp. 131-146), deve essere superato secondo Baccarani, che non si può escludere sia animato da una sorta di anticlericalismo post-risorgimentale. Ma le numerose critiche che Baccarani muove alle suore e che vanno dai vestiti alle pratiche di vita quotidiana mirano tutte a rilevare che le suore non condividono i valori della medicina moderna e non sono quindi alleate sicure dei medici e dei pazienti nella lotta contro le malattie. Baccarani scrive, per esempio, alle pp. 123-124: “Ma è doveroso

confessare che queste suore, pur avendo delle buone qualità, mancano invece di quelle che sono indispensabili per esercitare con profitto l'arte di assistere gli ammalati. Io non entro punto nella questione della loro religiosità; in fatto di assistenza medica questa questione potrebbe forse essere messa in seconda linea, qualora ricorressero nelle religiose tutte le qualità necessarie per una buona e intelligente infermiera. Le suore invece non hanno alcuna preparazione al loro mestiere di infermiere: esse ignorano completamente le regole più elementari dell'igiene, della medicina e della chirurgia”.

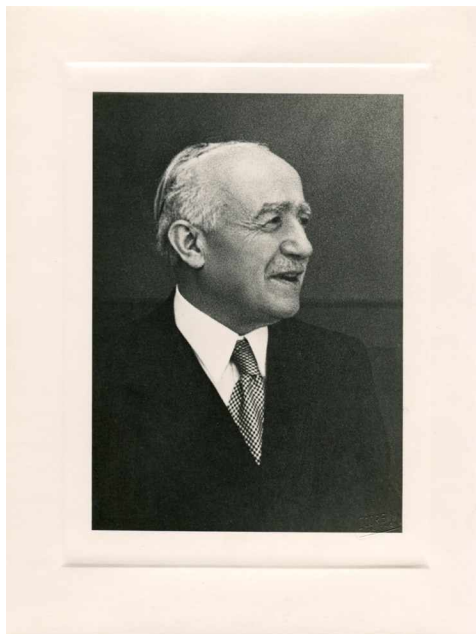
Molte delle proposte di Baccarani sull'assistenza infermieristica si sono realizzate in Italia nel tempo, anche se non nell'immediato, o è auspicabile che si realizzino. Altre risultano oggi inevitabilmente datate e superate, come quella di affidare l'assistenza infermieristica esclusivamente alle donne, che vi sarebbero naturalmente predisposte, e per giunta nubili, perché il matrimonio sarebbe incompatibile con l'ospedale (pp. 156-162). Tuttavia queste erano state le idee di Florence Nightingale, che aveva fondato e diretto per tanti anni una scuola che accoglieva soltanto donne molto motivate per prepararle all'assistenza infermieristica, alternativa rispetto al matrimonio. Allora sembravano ovunque in Europa idee molto avanzate, ed erano per esempio condivise da Anna Fraentzel (1878-1878), spesso citata da Baccarani nel suo libro, moglie del grande igienista Angelo Celli, che si era formata in Germania e che in Italia si impegnava su più fronti, compreso quello dell'assistenza infermieristica e dell'emancipazione femminile.

Sempre attuali e molto stimolanti appaiono comunque i principi su cui Baccarani fonda laicamente la moderna assistenza infermieristica. Scrive a p. 132: “Per i nostri padri la malattia rappresentava una disgrazia individuale, che destava nei cuori un sentimento di pietà. Curare gli ammalati era quindi un'opera di carità, basata sul sentimento religioso, colla speranza di una ricompensa futura. In-

vece oggidì noi pensiamo che la malattia di un membro della società è una disgrazia per la società intera. La grande famiglia sociale è colpita nella persona dell'ammalato ed essa gli deve assistenza amorosa e intelligente, coma ad una persona cara e nell'interesse di tutti. All'idea della carità si è aggiunta quella della solidarietà, la quale eleva a un tempo colui che assiste l'ammalato e quegli che è assistito". Alla religiosa carità Baccarani sostituisce o meglio aggiunge la solidarietà profondamente umana e civile, e l'assistenza ai malati diventa il legame che tiene saldamente uniti gli anelli della social catena.

Dott. **GIANCARLO AIUDI**

Protagonisti della Medicina del Novecento ad Ancona:
LORENZO CAPPELLI: MAESTRO DI CHIRURGIA.



Lorenzo Cappelli nacque il 28 Aprile 1868 a Romagnano, Comune di Sant'Agata Feltria, in provincia di Pesaro.

Molto giovane fu messo a studiare nel Seminario di Modigliana, dove ebbe occasione di conoscere il Canonico Garibaldino Don Giovanni Verità che gli trasmise l'amore per gli studi classici e per la caccia.

Uscito dal Seminario di Modigliana, frequentò il Liceo Classico di Cesena dove dimostrò una particolare attitudine per la letteratura, sicuramente stimolato da un suo insegnante, il poeta G. Ricci Signorini, allievo del Carducci. Finiti gli studi classici si iscrisse dapprima alla Facoltà di Lettere all'Università di Bologna, ma dopo pochissimo tempo fu attratto dalla Scuola Medico-Chirurgica bolognese, guidata allora da illustri Professori come Murri, Novaro, Poggi, Albertoni, Ciamician e altri.

Si laureò brillantemente nel 1894, a 26 anni, discutendo la tesi col Chirurgo Filippo Novaro, ma suscitando stima ed ammirazione anche da parte del grande Augusto Murri che, dopo la laurea il 21 Settembre 1895 scrisse su di lui il seguente giudizio: “ Attesto che il Sign. Dott. Lorenzo Cappelli fu allievo nella Clinica Medica di Bologna, che io dirigo. Egli fu tra i più diligenti ed intelligenti giovani, che seguissero le mie lezioni, ed io posso per la verità affermare che egli offre le maggiori speranze per un esercizio felicissimo dell'arte salutare. Prof. Augusto Murri “.

Un mese dopo la laurea viene nominato Assistente all'Istituto Ortopedico di Milano (detto anche istituto dei Rachitici) diretto dal celebre ortopedico Prof. Pietro Panzeri che lo stesso Prof. Putti dichiarava essere “uno degli antesignani della Chirurgia Ortopedica in Italia”.

Rimase a Milano sei anni e dopo poco tempo fu nominato “Supplente Direttore”. Durante questi anni affinò le sue tecniche in Chirurgia Ortopedica e diventò anche Redattore Capo della Rivista “Archivio Italiano di Ortopedia”, fondata dal Prof. Panzeri nel 1884.

Nel 1901, morto improvvisamente il Panzeri ed apertasi la successione, Cappelli si presentò al Concorso per il posto di Direttore dell'Istituto Ortopedico di Milano, riuscendo eleggibile tra i primi concorrenti, dichiarato idoneo dalla Commissione esaminatrice formata dal Prof. Bassini di Padova, dal Prof. Carle di Torino e dal famoso Prof. Codivilla di Bologna.

Dopo aver dedicato i primi anni della sua attività alla Ortopedia, egli decide di affrontare nuove sfide nel campo della Chirurgia Generale. Così lo vediamo nei primi anni del 1900 Primario Chirurgo a S.Sofia in provincia di Forlì. In poco tempo trasforma quel piccolo Ospedale in un centro chirurgico di risonanza nazionale. Durante questo periodo egli non solo mantiene i contatti con il grande Maestro Codivilla, ma si lega anche di cordiale amicizia con altri famosi Chirurghi di Bologna come i Professori Bartolo Nigrisoli e Benedetto Schiassi.

Nei dieci anni passati a S.Sofia Cappelli partecipa a numerosi concorsi per Primario Chirurgo in diverse grandi città d'Italia, ne vince parecchi ma decide di accettare solo, nel 1911 il Primariato di Fano.

L'Ospedale di Fano diventa, grazie a Cappelli, un faro luminoso per molti malati marchigiani e di altre Regioni. Vi rimarrà fino al 1924 praticando interventi di grandissima audacia e di risonanza nazionale come quello che nel 1912 lo vide tra i primi quindici chirurghi al mondo ad aprire un torace e a suturare un cuore trafitto da una coltellata.

La sua massima preoccupazione era quella di operare "presto e bene"; infatti quando questo era possibile egli agiva con rapidità sorprendente.

La prima guerra mondiale lo vide arruolarsi volontario, a disposizione della Patria, al Comando del VII corpo d'Armata. Nominato Tenente Colonnello Medico ebbe la direzione dell'ospedale Militare di Fano, pur mantenendo il Primariato chirurgico dell'Ospedale Civile.

In questo Ospedale istituì la Sezione "Storpi e Mutilati" ed il

“Concentramento Neuro-Chirurgico” del VII Corpo d’Armata , che fu il primo nucleo neuro-chirurgico in Italia.

In questo periodo Cappelli operò duecento soldati affetti da lesioni da arma da fuoco ai nervi periferici con una casistica così ben documentata da avere i complimenti del grande ortopedico dell’epoca , il Prof. Codivilla di Bologna.

Finita la guerra e congedato, ecco cosa scriveva di lui il Tenente Generale Corrado Tamajo, poi Prefetto di Trieste, nelle sue note caratteristiche:

“Carattere retto, leale, fermo, vero prototipo di romagnola fierezza, volontà robusta, cuore generoso che disdegna ogni calcolo per accogliere e fecondare soltanto istinti di altruismo, egli, con ascetico fervore di missionario della salute, si è dato a approfondire i tesori della sua sapienza e della magistrale sua arte operatoria a vantaggio della gioventù militare provata e straziata dal piombo nemico. Disposando alla innata attitudine, un raffinato spirito innovatore e un cosciente ardimento. Egli ha attinto addirittura le vette dell’eccellenza nel campo della chirurgia operatoria.

Qualunque profano è in grado di apprezzare i miracoli di riduzioni e risanamenti che il Ten.Colonnello Medico Cappelli, vero mago della Chirurgia moderna, sa realizzare specie nei campi della paralisi da lesioni del sistema nervoso centrale e dei nervi periferici e delle alterazioni scheletriche per lesioni degli organi di movimento. E con l’osservatore estraneo, apprezzano cotali miracoli i sofferenti soldati che alla sapiente mano del Prof: Cappelli si offrono fiduciosi e ad essa benedicono in perpetuo dopo aver subito l’atto operatorio. Tutto fieramente compreso al suo apostolato il Ten. Colonnello Cappelli, con una attività che ha del fantastico, e tutto chiuso nella sua altera modestia, si è consacrato esclusivamente ai suoi feriti rinunciando a tutta la remunerativa clientela, superando indescrivibili difficoltà e crisi di personale e di mezzi, di fronte a ciò ogni altra men salda personalità si sarebbe scoraggiata. Ed è riuscito a fare dell’Ospedale

di Riserva di Fano una meravigliosa fucina di recupero di energie riscuotendo ammirazione e plauso, acquistando titolo alla gratitudine di soldati e cittadini di ogni rango, benemerito della Patria”.

Nel 1919 fu eletto Vice Presidente della Società Italiana di Ortopedia. Dopo la guerra, egli rimase a Fano, ove profuse ancora la sua attività di studioso e di chirurgo, per la quale ricevette dal Re Vittorio Emanuele III tutte le più alte decorazioni cavalleresche dell'epoca compresa quella di Cavaliere dei Santi Maurizio e Lazzaro. Ma non erano questi i titoli da lui preferiti, anche se potevano essere ambiti; non era questo il suo ideale di lavoratore e di studioso, ma il grande Ospedale, la clinica.

L'attesa non fu lunga. Nel 1924 fu nominato Primario Chirurgo ad Ancona.

All'Umberto I di Ancona, Cappelli per un ventennio, profuse tutti i tesori della sua scienza e della sua attività facendolo diventare, in breve tempo, un punto di riferimento nazionale.

Un illustre umanista anconitano, Roberto Ascoli, ebbe a dire: “egli ha portato l'Ospedale di Ancona ad altezze insperate”. L'insigne latinista Alessandro Zappata gli dedica diversi sonetti uno dei quali recita:

LAURENTIS CAPPELLIS
SOLLERTI CHIRURGIAE MAGISTRO
VIRO OMNIBUS NUMERIS ABSOLUTO
OMNIQUE LAUDE PRAECLARO
EQUESTRI AMPLISSIMA DIGNITATE
NUPERRIME PRO MERITIS AUCTO

È tra i fondatori e sostenitore entusiasta della Accademia Medico-Chirurgica del Piceno dove spesso porta i risultati delle sue geniali tecniche operatorie nonché il suo apprezzabile e profondo contributo scientifico.

Il popolo di Ancona conia il famoso detto “ Questo malato non lo salva nemmeno Cappelli”.

Da buon chirurgo fu anche assertore convinto della grande utilità della trasfusione di sangue, non solo ma fu anche uno dei primi in Italia a praticarla.

Grandi sono state in passato le polemiche per la primogenitura dell’AVIS nazionale. Senza ombra di dubbio si può affermare che l’AVIS di Milano è nata nel Maggio 1927, mentre quella di Ancona nel Giugno dello stesso anno, ma tutti sanno che nel 1924, ad Ancona, Cappelli aveva fondato una Associazione chiamata “dei donatori della più nobile offerta” composta da otto robusti scaricatori di porto che Cappelli chiamava di volta in volta per le donazioni. Questi si erano dati una specie di reperibilità per essere sempre pronti ad ogni necessità. Questa Associazione, nel 1927, si fondò con l’AVIS. A quest’ultima egli dedicò tutta la sua attività e passione fino alla sua morte.

Si disse che egli fosse molto severo con tutti, ma se ciò è vero , bisogna ricordare che fu molto severo con se stesso, prima di esserlo con gli altri; severo per imporre un rispetto doveroso per la sua arte, onde farne un apostolato e per servirla fedelmente fino allo scrupolo; e alla base della sua arte egli poneva due condizioni essenziali: la scienza e la coscienza, cercando in queste due idealità quelle gioie e quelle consolazioni, forse le maggiori della sua vita.

Egli sapeva e amava condurre i suoi allievi alle origini del sapere, attraverso una rigorosa preparazione scientifica, che li accompagnava anche al letto dell’ammalato, mediante l’indagine scrupolosa e disciplinata, mediante riflessioni metodiche e accurati rilievi, per giungere poi, non soltanto alla diagnosi precisa o a stabilire indicazioni terapeutiche appropriate, ma per formare in essi una profonda e stabile mentalità clinica. Egli fu un chirurgo veramente audace e brillante, giacchè tutta la chirurgia di quei tempi passò per le sue mani attraverso oltre 60.000 interventi, in qualcuno dei quali spesso introdusse metodiche originali e modificazioni personali alle varie

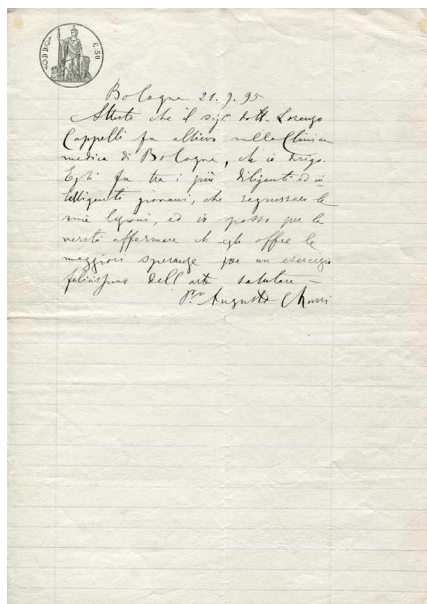
tecniche chirurgiche , sia semplificandole sia rendendole meno traumatiche per il paziente.

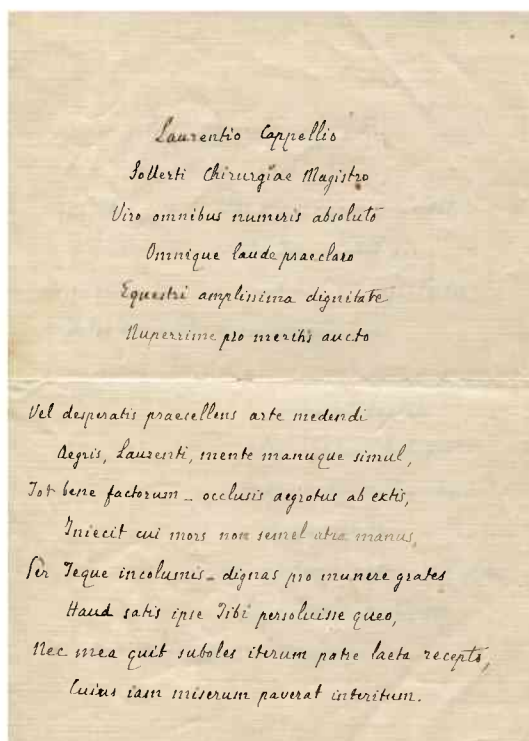
Ebbe tantissimi allievi nelle Marche e nelle regioni vicine che portarono avanti la sua arte diventando bravissimi Chirurghi. Muore ad Ancona il 24 Febbraio 1949, all'età di 80 anni.

A lui è intestata la Sezione Avis ed una piazza di Ancona, Ospedali e vie in Emilia Romagna ma il suo corpo è rimasto ad Ancona e per volontà popolare riposa nel famedio della città.

Sulla lapide c'è questa epigrafe:

LORENZO CAPPELLI
ONORE DELLA CHIRURGIA ITALIANA
PER UN VENTENNIO PRODIGO' NEL CIVICO OSPEDALE
L'OPERA INSIGNE CON PASSIONE GENEROSA
AMATO E AMMIRATO DAL POPOLO D'ANCONA
CHE QUI NE VOLLE CUSTODIRE LE SPOGLIE MORTALI







*Marini Sgt. Nicola
Dopo l'operazione 1918*



*Marini Sgt. Nicola 13.2.19
Paralisi del midollo e
del cervice da infezione*



Prof. D'ERRICO MARCELLO MARIO; Dr. MARIGLIANO A

*Dal Colera del XIX Secolo ad Ancona alla Pandemia del XXI Secolo:
Come è cambiata la Prevenzione, Diagnosi e Cura delle Malattie
Infettive*

Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica. Sezione di
Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Facoltà di Medicina
e Chirurgia. Università Politecnica delle Marche
SOD di Igiene Ospedaliera- Azienda Ospedaliero-Universitaria
Ospedali Riuniti Ancona

Le malattie infettive e le epidemie hanno da sempre accompagnato
il cammino dell'Uomo. Alcune di esse, il vaiolo, la peste, la lebbra,
la malaria, la tubercolosi, l'influenza, il colera, hanno determinato

la Storia per i loro effetti demografici, politici, economici, sociali. La peste nera che arrivò a Messina dall'Asia nel settembre del 1347 causò nell'arco di 5 anni in Europa la morte di 1/3 della popolazione e si esaurì solo nell'arco di 50 anni, per rimanere poi in forma endemica. Per l'angoscia ed il terrore hanno da sempre evocato reazioni irrazionali ma anche stimolato risposte speculative logiche.

Se è vero, infatti, che di fronte allo spettro della fine collettiva ed all'impotenza delle cure disponibili, ci si rifugiava in superstizioni e nella mediazione degli Dei prima, della Vergine e dei Santi poi, da millenni l'Uomo ha opposto all'infuriare dei molteplici flagelli risposte razionali, seppure empiriche, che hanno progressivamente costituito il germe della Sanità Pubblica.

In questo senso vanno citate misure come: i cordoni sanitari, la sospensione dei commerci, fiere e mercati; le fedi e le patenti di sanità; la disinfezione delle spedizioni e inizialmente nei porti, sede di ingresso delle epidemie, quei baluardi di sanità che sono i Lazaretti (il primo a Venezia nel XV° secolo, quello di Trieste e quello vanvitelliano di Ancona nel settecento). Solo alla fine dell'800 la Medicina, con la nascita della Microbiologia, è stata in grado di opporre un approccio "scientifico" alle vecchie ed alle nuove epidemie – Ebola, SARS, A/H5N1, A/H1N1.

E dalla "maschera preservativa" o dai lazaretti, l'Uomo oggi è arrivato a contare su: farmaci e vaccini sicuri ed efficaci; tecnologia bio-medica; organizzazione sanitaria territoriale ed ospedaliera: rete dei laboratori; una solida collaborazione internazionale.

Le epidemia di colera ad Ancona nel XIX secolo

La città di Ancona è stata flagellata da numerose epidemie già a partire dal 1392. In quell'anno si verificò un'ondata pandemica di Peste che colpì tutta l'Europa causando dai 40 ai 60 milioni di decessi (300-450 mila nelle Marche). Successivamente si susseguirono ondate epidemiche di tifo, vaiolo, e soprattutto colera.

“Il Cholera con passi da gigante dalla Russia Asiatica metteva piede in Europa e menava strage orrenda, lasciando ovunque la desolazione e il pianto... L'uomo per natura rifugge dall'idea di un male che lo minaccia; ed allorquando lo mira di lontano, cerca di tranquillizzare la paura del suo cuore coll'ingrassarsi nella mente che il male non lo coglierà... Era svanito per Ancona da qualche tempo ogni argomento di consolazione; perché il morbo avea sbucato in Italia, avea rotto la linea del Po e Ancona stessa siede in riva al mare. Non restava dunque che prepararsi a riceverlo...” (F.Borioni, 1836)

Già nel 1832 lo Stato Pontificio inviò a Parigi tre medici (Cappello, Lupi e Meli) per osservare da vicino la malattia. Essi decisero all'unanimità che si trattava di una malattia contagiosa e che quindi era necessario applicare rigorosamente le restrizioni sanitarie per impedirne la diffusione. Anche ad Ancona, si organizzarono Commissioni Sanitarie, Lazzaretti, Cordoni Sanitari, Pubbliche Grida in cui si davano indicazioni riguardo la pulizia delle strade e delle case.

Nel 1835 vennero costituite le Commissioni Sanitarie Provinciali. In ogni rione fu prevista una deputazione sanitaria (formata da 2 deputati, 1 scrittore, 1 portiere, 4 facchini, 1 medico) che si sarebbe attivata solo nel momento in cui la malattia si fosse diffusa. Inoltre venne stabilito di ristrutturare come ospedale civile “*un capace palazzotto detto volgarmente Casone*”, di preparare una casa di ricovero per le famiglie indigenti e designare la Lunetta sopra il colle di Santo Stefano quale luogo deputato alla sepoltura degli eventuali morti di colera. Come descritto nel libro “*Popolare istruzione preservativa pel colera indiano*” di Antonio Asdrubali (1835), furono individuate quali cause predisponenti la malattia le abitazioni poco ventilate, umide, immonde; inoltre si suggeriva di rinnovare spesso l'aria, di fare attenzione alla pulizia personale, di esporre le vesti all'aria

aperta, cambiare spesso la biancheria e lavarsi con acqua e aceto. Si indicava come nocivo l'abuso di vino, liquori, frutta immature, legumi, carni e pesci "corrotti", cocomeri, cetrioli, meloni. Si consigliava invece come bevanda vino rosso diluito con acqua, "cioccolate" al mattino, thè e camomilla nella sera ed anche il caffè non era ritenuto nocivo.

"Quando regna il cholera ciascun pasto non deve essere troppo lauto... Si avrà l'avvertenza di prescegliere i cibi che sono nutrienti e di facile digestione..."

(Istruzione popolare dello Stato Pontificio)

Per garantire un'equilibrata traspirazione si istruiva a coprire il corpo con tessuti di lana o seta cambiati di frequente; si esortava ad evitare i luoghi di affollamento e tutti i convegni "*ove l'aria viziata assottiglia i principi colerici*". Si ricordava, infine come "l'integrità e la fermezza" del sistema nervoso fossero un valido sostegno contro ogni potere morboso, invocando una sana "*rassegnazione religiosa che imprima la giusta calma*".

Nella primavera del 1836 il morbo ricomparve a Venezia, in Lombardia e a Trieste, città con la quale Ancona aveva frequentissimi scambi commerciali. Nelle Marche la preoccupazione maggiore era destata dalla imminente Fiera di Senigallia, dove sarebbe accorsa molta gente da tutta Italia. Il governo papale, allora decise di proibire lo svolgersi della manifestazione a Senigallia (città priva di lazzaretto) ma di spostarla, solo per quell'anno, ad Ancona (dal 20 luglio al 17 agosto). Nel luglio del 1836, il colera a dispetto dei cordoni sanitari, si manifestò nel ferrarese.

Ad Ancona il primo caso fu ufficialmente riconosciuto il 17 agosto 1836; così descrive il risveglio della città all'alba del fatidico giorno l'abate Francesco Borioni

“...ci alzavamo la mattina del 16 agosto dopo aver dormito un sonno tranquillo e nell’uscire dalle nostre quiete abitazioni udivamo una voce tremenda che credemmo sbucata dall’inferno: il Cholera è in Ancona! Questo era il motto che dapprima sommessamente, poscia a voce alta, passava di bocca in bocca di famiglia in famiglia, di contrada in contrada...”

Tutti cominciarono quindi a domandarsi da dove il colera fosse arrivato e si fecero le ipotesi più fantasiose; quelli per cui la ragione di tutte le malattie era nell’aria “*corrotta*”, accusarono una nuvola nera piena di insetti che era stata avvistata nei gironi precedenti sopra la città; quelli che ritenevano il colera una “*peste appiccaticcia*”, accusarono una donna che aveva lavato la biancheria sporca di un marinaio proveniente da Trieste; alcuni accusarono una famosa cantante proveniente da Venezia, che si era rifugiata ad Ancona rompendo i cordoni sanitari ed altri le truppe militari francesi di stanza in città. Infine c’era chi affermava che il colera era

“la stessa mano di Dio che percuote chi vuole, quando vuole...e questi più saviamente ragionavano e coglievano nel segno..”
(Borioni, 1836).

Per definire con certezza la natura della malattia, i dottori in Medicina Asdrubali e Bonanni e i dottori in Chirurgia Modesti e Lorenzini si ritrovarono nel cimitero dei Cappuccini per sezionare una giovane donna di 22 anni morta presumibilmente di colera. Così riportano gli scritti del tempo:

“..quantunque nel cadavere non esistessero segni caratteristici esterni, pure gli interni concordemente giudicarono esser morta l’infelice di Cholera Indiano...” (Borioni, 1836);

“...ma pur non era ignoto che il più incerto del Cholera stava nella necroscopia e che tornarono quasi a vuoto gli studi di medici valentissimi intesi a scoprire le caratteristiche tracce da quello impresse nÈ visceri..” (Petrini, 1837).

La notizia dell'avvenuta conferma della diagnosi di colera, si diffuse prima del tramonto e tutta la popolazione rimase sbigottita.

Nei primi caotici giorni, molti delegati delle commissioni sanitarie così come molti medici fuggirono in campagna.

Il Vescovo, Cardinale Cesare Nembrini arrivò in città il 22 agosto; per prima cosa ordinò a tutti i parroci di recitare alla Beata Vergine le Litanie Lauretane (Bene spirituale). Poi si trovò ad affrontare due problematiche (Bene temporale):

- trovare un luogo per accogliere i malati che non avevano i mezzi per curarsi nelle proprie case;
- procurare il sostentamento quotidiano a quella larga parte di popolazione che avrebbe sofferto dell'estinzione del commercio causata dai cordoni sanitari: cassa di sussidi da raccogliere per le famiglie indigenti (idea accettata anche dal Comune).

Il governo papale, allora, inviò Monsignor Asquini, delegato apostolico e i medici Cappello e Viale che avevano il compito di stilare un regolamento *“per ben condur vita nel tempo del flagello”*. Tale regolamento però, non ottenne i risultati sperati, la disperazione del popolo aumentò anche perché gli si chiedeva di prevenire la malattia con mezzi che non aveva. Il Comune provvide a chiamare medici dalle città vicine e dalle province limitrofe, offrendo loro *“larghi stipendi”*. Venne istituito un Comitato di Pubblica Salute (centrale) più le varie Commissioni Rionali.

Dopo i medici si pensò subito alle sanguisughe e vennero inviati uomini appositamente per procurarsele, non badando a spese. Gli *“utili animali”* vennero dati ai poveri gratuitamente. La Commissione poté, quindi, rilasciare le *“fedi sanitarie”* che consentirono di lasciare

la città dopo 14 gg di contumacia nei due lazzaretti di Osimo e di Senigallia. Inizialmente si chiese che l'aria venisse purificata, come già era stato fatto altrove, con colpi di cannone e fuochi, ma vedendo che l'”aria crassa e pesante” non migliorò, la pratica venne presto abbandonata. A mezzogiorno, infine, veniva data lettura pubblica del bollettino sanitario, con il conteggio dei morti, dei nuovi casi e dei guariti nelle ultime 24 ore.

Nel “*Manuale Terapeutico pel colera Indiano ad uso d'È i medici del circondario e distretto di Ancona*” del dottor Antonio Asdrubali (1836), il colera viene descritto come una malattia suddivisa in 4 stadi; si riconoscevano quali carattere essenziali: “*vomiti copiosi, scarichi alvini con impeto e frequenza, polsi deboli, sete*” e come proprietà esclusive: contrazioni tonico-cloniche, voce alterata, freddo marmoreo, macchie rosso-blu. Fra le cause predisponenti si individuavano: “*infelice posizione del luogo ove si vive e respira*”, la mancanza di pulizia, gli errori dietetici. Venivano identificati quali presagi infausti: la scomparsa del polso, il colore “*turchiniccio*” della pelle, il freddo glaciale perfino dell'alito, le “*urine sopresse*”. Quale terapia si proponeva: l'applicazione di sanguisughe per l'”*irritamento dell'epigastrio*”, l'utilizzo di ipecacuana e di clisteri; per contrastare il freddo gelido si consigliava di applicare un ferro caldo in regione epigastrica e di usare sacchi di cenere calda in cui immergere le gambe. Il dottor Antonio Petrini nel suo “*Commentario intorno al Cholera morbus in Ancona del 1837*” identificava quali caratteri comuni a tutti gli ammalati: “*deiezione alvina copiosa e biancastra, vomito, faccia atteggiata a singolare espressione*”; quelli che venivano colpiti dalla forma gravissima “*.non potevano esser giovati da arte veruna*”. Riportava un “*effetto salutare*” se, in caso di colera grave, venivano somministrati “*clisteri di acqua di riso e gomma, limonate in neve, malva e camomilla per i fomenti dello stomaco... molto utile l'emetico Ipecacuana*”. Nei casi più lievi si suggeriva di “*calmar l'ardente sete con bevande copiose..*” Inoltre osservò che

spesso la malattia non colpiva tutti i membri della famiglia anche se questi prestano assistenza al malato; suppose quindi che il colera era dovuto, più che all'importazione e la sua diffusione tramite contagio, alla degenerazione di malattie "indigene" già presenti.

Il popolo, intanto, incominciava ad essere molto scettico nei confronti dei medici e dei loro rimedi; addirittura alcuni li ritenevano i reali responsabili, che somministrando ai colerosi una "*certa acqua*", determinavano l'insorgenza di "*orribili coliche e vomiti spessi*". In particolare venne attaccato il Dott. Lorenzini in quanto ritenuto a capo degli "avvelenatori". Altri davano la colpa alle acque avvelenate dal governo, dai preti e dai frati.

La popolazione preferì quindi rivolgersi alla Madonna del Duomo, credendo che il colera, così come era iniziato in concomitanza con una festa dedicata alla Madonna (il 15 agosto – l'Assunzione) così si sarebbe risolto l'8 settembre (festa della Natività di Maria).

Le cifre del bollettino sanitario sembravano dar ragione alle aspettative popolari: l'8 settembre iniziarono a diminuire i casi in maniera così rapida che il popolo lo considerò un miracolo. Venne quindi chiesto di portare l'immagine della Madonna del Duomo in processione per la città. Il vescovo, dopo alcuni tentennamenti (si temeva che l'assembramento di gente avrebbe potuto favorire una riaccensione del focolaio epidemico) acconsentì e il 15 settembre ebbe luogo la solenne processione.

Dal 10 ottobre nessun nuovo caso di colera si verificò e il giorno 15 ottobre terminò la pubblicazione del bollettino sanitario giornaliero. Si provvide, quindi, alla disinfezione generale della città che venne ripetuta l'8 novembre; fu prolungata anche la durata dei cordoni sanitari, provvedimento non visto di "*bon occhio*" dagli anconetani che videro così aumentare il danno per il commercio bloccato dall'inizio dell'epidemia. La circolare n° 7900 della Delegazione Apostolica di Fermo del 18 novembre 1836 dichiarò, infine, "*spenta l'epidemia*" ad Ancona e il 24 novembre con solenne cerimonia, vennero tolti

i cordoni sanitari istituiti all'Aspio (verso Osimo), a Castelferretti (verso Jesi), a Fiumesino (verso Senigallia) e all'albergo dell'Angiolo (verso Loreto) ed abolite tutte le restrizioni. Secondo un prospetto dell'epoca i colpiti furono 1556, i guariti 840, i morti 716 su una popolazione di circa 38.000 abitanti.

*“Io non vorrei mai più intingere la penna per descrivere le disgrazie della mia patria... Forse Iddio ora è placato...
.....Una generale riforma delle idee, un generale cambiamento dei costumi, farà sì che non si più versi sul nostro capo il torrente dei mali, ma sibbene la piena delle celesti benedizioni. Al pianto succederà la lietezza, alla convulsa paura la pace tranquilla dell'anima, e Ancona addiverrà di nuovo la sede del contento siccom'era in quei secoli che quantunque fossero appellati ciechi rimpetto al nostro, nondimeno erano di certo più del nostro felici.” (Borioni, 1836)*

Dopo l'ondata epidemica del 1836 si verificarono altri 2 eventi: 1865 e 1869.

A seguito dei plebisciti del 4 e 5 novembre del 1861, le Marche entrarono a far parte dell'Italia unita.

L'8 luglio del 1865 ricompare il colera. Ancona viene descritta come una città apparentemente tranquilla, quasi rassegnata all'arrivo di una nuova ondata epidemica vista la presenza in città di molti profughi alessandrini giunti sulla nave Principe di Carignano e isolati all'interno del lazzaretto. Da qui l'epidemia, purtroppo, si diffuse a tutta la città (Orsi, 1866).

*“Quivi per più tempo la malattia si intrattenne,
finchè manifestandosi alcun caso nello interno della città
ed estendendosi alle adiacenze, vi diffuse la strage e il terrore,
di che la memoria dura incancellabile”*

Si verificarono più di 2000 decessi. La vita sociale ed economica si

interuppe e iniziò l'esodo dalla città verso aree suburbane e conseguente diffusione della malattia.

Furono, pertanto, attivate una serie di iniziative atte a limitare/annullare la diffusione della malattia. Tra esse: il divieto assoluto di ingresso per viaggiatori provenienti da Ancona e circondario anche nel caso fossero provvisti di passaporto o visti sanitari (Ministero dell'Interno dello Stato Pontificio); isolamento di individui o di intere famiglie in appositi lazzaretti; espurghi di materie infette tramite soluzioni di cloruro di calce; vigilanza sull'alimentazione; trasporto dei cadaveri in fosse molto profonde e ricoperte di calce viva; ricambio aria per ambienti malsani e suffumigi dei vapori di cloro. Ultimo caso di colera si verificò nel settembre del 1865.

Appena terminata l'epidemia, i medici del Consiglio di Sanità intrapresero diverse azioni in tema di Sanità Pubblica al fine di ridurre il rischio di nuovi contagi. Iniziò una sorta di indagine epidemiologica descrittiva per conoscere le condizioni ambientali della città di appartenenza (umidità dei suoli, direzione dei venti, presenza di zone paludose, ecc.); sull'alimentazione; sulle condizioni igieniche-sanitarie della città. Inoltre venne effettuata un'analisi molto dettagliata della recente epidemia di colera al fine di valutare le misure preventive e curative adottate e analisi statistiche per calcolare il tasso di mortalità tra la popolazione e stratificato per categoria.

«ove furono isolati efficacemente gl'infermi ed operati gli espurghi, la malattia non si propagò al di là dell'abitazione o stabilimento isolato»

mentre

«ove furono serbati i malati nella famiglia avvenne in essa ripetizione di più casi»

Ma nel 1867 si verificò una nuova epidemia di colera che si diffuse in tre ondate successive.

La prima ondata fu la più disastrosa e si diffuse ad Ancona a seguito del ritorno dei coloni dal lavoro nelle campagne romane. Il primo caso fu segnalato nel Comune di Fabriano; successivamente il colera si diffuse anche nelle limitrofe Montecarotto, Castelplanio, Serra San Quirico e Jesi. La seconda ondata iniziò il 12 settembre e colpì il lazzaretto, nel frattempo divenuto carcere e in cui erano state sospese le norme di quarantena, che tuttavia, immediatamente ristabilite, limitarono il numero degli infermi e dei decessi a pochi isolati casi. Nella terza ondata il colera si diffuse nella zona di Pian di San Lazzaro. Nel 1867 si verificarono in tutto 75 casi con 31 vittime. Sebbene ad Ancona si fossero verificate nel XIX secolo diverse epidemie, di cui ben 5 di colera, dopo l'ultima ondata di colera si intrapresero importanti iniziative di Sanità Pubblica a tutela della popolazione e ciò grazie soprattutto all'impegno del personale sanitario, a cui fu affidata la realizzazione di una estesa campagna di vaccinazione contro il vaiolo che coinvolse ben 70.000 persone. È l'inizio di una nuova era che, grazie alle scoperte scientifiche di tanti illustri scienziati nell'ambito delle malattie infettive, inizierà a porre le basi per contrastare efficacemente le malattie trasmissibili.

La Pandemia influenzale del XXI° secolo

Nel XX° secolo la percezione del rischio nei confronti delle patologie trasmissibili era notevolmente cambiata a livello mondiale. Nel 1967 il Segretario di Stato americano responsabile della sanità dichiarava: *“È ora di chiudere il libro sulle malattie infettive!!!”* sottintendendo che le migliorate condizioni igieniche e socio-economiche, la scoperta di antibiotici sempre più attivi, la produzione di nuovi vaccini, l'adozione di efficaci sistemi di sorveglianza avessero contrastato efficacemente la maggior parte di esse.

Infatti, il trend epidemiologico che le vedeva come prima causa di

morbosità e fra le prime cause di mortalità, specie infantile, si è oggi modificato, con un lento ma progressivo calo dell'incidenza soprattutto nei paesi industrializzati.

L'eradicazione del vaiolo, ultimo caso registrato in Somalia nel 1977, non ha fatto altro che rinforzare questa visione ottimistica. Questi successi hanno, però, contribuito a creare la falsa illusione che le malattie infettive fossero ormai state vinte e che soprattutto le patologie cardiovascolari e le neoplasie, rappresentassero la principale sfida alla scienza medica. Questa convinzione è impropria per due motivi: innanzitutto riflette un punto di vista etnocentrico che ignora i paesi non industrializzati, in cui le malattie infettive non sono state debellate ma rappresentano ancora la prima causa di morte; in secondo luogo risulta troppo ottimistico ignorare la possibile emergenza di nuove patologie infettive.

All'alba del terzo millennio, le malattie infettive hanno, infatti, raggiunto dimensioni tali da richiedere un elevato livello di attenzione e cooperazione internazionale. Infatti, sono più di 15 milioni le vittime l'anno, un quarto dei decessi nel mondo di cui più della metà si verificano nei paesi non industrializzati.

Nel XX° secolo le pandemie influenzali si sono verificate ad intervalli di tempi imprevedibili: "Spagnola" (1918), la più devastante per la popolazione mondiale (stima di 20-100 milioni di decessi) provocata dal virus A sottotipo H1N1; "Asiatica" (1957), causata dal virus A H2N2; "Hong Kong" (1969), provocata dal virus A H3N2; "Russa" (1977) da ceppo A H1N1.

La conferma dell'imprevedibilità temporali delle pandemie influenzali è stata confermata dall'arrivo della "Suina" (da H1N1v) nell'aprile del 2009 ovvero a distanza di più di 30 anni dalla pandemia "Russa". È il 25 aprile del 2009: il Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Margaret Chan dichiara che la pandemia influenza da ceppo A/H1N1v rappresenta una "emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale".

Rispetto ai tempi del colera, oggi, grazie ad una rete di sorveglianza internazionale delle malattie trasmissibili, è sicuramente più facile prepararsi per affrontare situazioni epidemico-pandemiche.

Infatti facendo seguito ai casi umani di influenza aviaria da H5N1, prevalentemente insorti nel sud-est asiatico dall'anno 1997, l'OMS aveva già rafforzato l'allerta internazionale e nel 2005, con il documento "*WHO global influenza preparedness plan*" promosse la preparazione delle singole nazioni ad un'eventuale pandemia influenzale. Nel 2006 il Ministero della Salute di concerto con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), aveva già rielaborato il Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia influenzale. Il Piano si sviluppava secondo le sei fasi pandemiche identificate dal WHO, prevedendo, per ogni fase e livello, obiettivi ed azioni ovvero: rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale; minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità; ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali; assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia; garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico; monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi. Le azioni per raggiungere questi obiettivi erano: migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica; attuare misure prevenzione e controllo dell'infezione; garantire il trattamento e l'assistenza dei casi; mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali; mettere a punto piani di formazione e adeguate strategie di comunicazione; monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio.

Nel triennio successivo le Regioni e le Province autonome italiane sono state impegnate nella stesura dei piani pandemici regionali. Nel novembre del 2007, la Regione Marche con la Deliberazione n. 1371, ha deliberato il Piano regionale per la preparazione e

il controllo di una pandemia influenzale. Nel 2008 la PF Sanità Pubblica della Regione Marche, in collaborazione con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica della Zona Territoriale 6 di Fabriano, ha elaborato uno schema utile per la stesura dei piani pandemici locali zonali e di azienda ospedaliera con lo scopo di guidare il territorio nella stesura di piani operativi omogenei su tutto il territorio regionale. In ogni Zona Territoriale ASUR e Azienda Ospedaliera è stato istituito un Comitato Pandemico Zonale/Aziendale e per ogni Comitato Pandemico locale è stato identificato un coordinatore, un responsabile della comunicazione interna (per gli operatori sanitari e gli altri operatori impegnati nella preparazione e risposta alla pandemia influenzale) ed uno per la comunicazione con i media e la popolazione; è stata stabilita l'organizzazione locale per fare fronte all'eventuale pandemia, sono state identificate le sedi di stoccaggio per farmaci antivirali e vaccini, i referenti locali per la gestione delle attività vaccinali e i referenti locali per la gestione dei dispositivi di protezione individuale; si è infine provveduto alla pianificazione delle attività di assistenza ospedaliera e territoriale sulla base delle previsioni di impatto di un'eventuale pandemia, stabilite attraverso l'utilizzo del software FluSurge (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta).

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona con la determina n.25/DG dell'1 febbraio 2008 ha costituito il Gruppo Pandemico Aziendale, ai sensi di quanto previsto all'art.2 – punto 5 – delle Linee Guida del Piano Pandemico Regionale. Il gruppo multidisciplinare ha visto il coinvolgimento di diverse Strutture Organizzative: Direzione Sanitaria, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Direzione Medica Ospedaliera, Centrale 118, Farmacia, Malattie Infettive, Igiene Ospedaliera, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Servizio Prevenzione e Protezione, Pediatria, Virologia, Pronto Soccorso, Rianimazione. È stato realizzato un piano pandemico che ha previsto il raggiungimento dei

seguenti obiettivi: contenere al minimo il rischio di trasmissione del virus dal malato al personale di assistenza e/o ad altri utenti attraverso la pianificazione, l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e la rigorosa applicazione delle procedure comportamentali; costruire un sistema di risposta a eventi imprevedibili, al fine di limitare la morbilità, la mortalità e l'impatto sui servizi socio sanitari. Garantire informazioni aggiornate e tempestive. Garantire assistenza adeguata. Le strategie adottate hanno consentito di fronteggiare adeguatamente l'impatto della pandemia influenzale.

Quale risposta alle sfide per la salute?

Come è noto il fenomeno della globalizzazione, nei suoi molteplici aspetti, è un fattore essenziale nella emergenza e riemergenza delle malattie infettive. Una tale minaccia, estesa su scala globale, non può certamente essere affrontata nell'ambito dei singoli confini nazionali ma solo con una forte e concreta cooperazione internazionale. Se la sfida per la salute viene dalla globalizzazione la nostra risposta deve utilizzare le risorse fornite dalla globalizzazione stessa.

In conclusione, gli aspetti principali della sfida rappresentata dalle “nuove” epidemie sono ben riassunti nelle ultime frasi del romanzo *La Peste* (1947) di *Albert Camus*, romanzo quanto mai attuale, una metafora in cui il presente continua a riconoscersi.

Dopo la fine dell'epidemia di peste nella città algerina di Orano, Camus descrive le sensazioni del protagonista, il Medico Rieux:

“.....egli sapeva tuttavia che questa cronaca non poteva essere la cronaca della vittoria definitiva; non poteva essere che la testimonianza di quello che si era dovuto compiere e che, certamente, avrebbero dovuto ancora compiere, contro il terrore e la sua instancabile arma, nonostante i loro strazi personali, tutti gli uomini che non potendo essere santi e rifiutandosi di ammettere i flagelli, si sforzano di essere dei

mo in un passaggio epocale caratterizzato da una rinascita di sicurezze e paure millenarie. Da sempre, le epidemie hanno accompagnato lugubrementemente la storia dell'uomo. Oggi più che mai, è imperativo che tutte le nazioni investano seriamente nella "salute globale" per migliorare il benessere delle proprie popolazioni e promuovere i valori umani in un mondo che ha un profondo bisogno di salute ed equità.



Bibliografia

Antonio Asdrubali. *Popolare istruzione preservativa del cholera indiano / di Antonio Asdrubali, redatta per ordine della Commissione provinciale di sanità in Ancona ed approvata da S. E. reverendis. Monsignor Gasparo Grassellini.* Ancona, Tip. Baluffi, 1835.

Antonio Asdrubali. *Manuale terapeutico del cholera indiano ad uso d'è medici del circondario e distretto di Ancona.* Ancona, Tip. Baluffi, 1835.

Francesco Borioni. *Il colera del 1836 ad Ancona.* Ancona, Il Lavoro Editoriale, 1988. (Titolo originale: *L'autunno dell'anno 1836 ad Ancona. Memorie dell'Abate Francesco Borioni*, Tipografia Cherubiniana, Jesi, 1837).

Albert Camus. *La Peste.* Ed. Bompiani, 2000.

Daniel Fiacchini, Gualtiero Grilli, Giuliano tagliavento. *La preparazione alla pandemia influenzale nella Regione Marche.* Medici & Medici 2008; 23-28.

DGR 1371 del 26/11/2007. Piano Regionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale

– Regione Marche.

Giacomo Franceschi (a cura di). *Trattato medico sopra il cholera morbus, con alcune aggiunte precauzionali onde allontanarlo e sul metodo di cura ...* Ancona, presso Arcangelo Sartorj, 1831.

Giovanni Franceschi. *La cura scambievole del Cholera Asiatico che ognuno può di per se stesso eseguire n'è primi periodi del male commentata da Gio. Franceschi, dottore in Medicina.* Ripatransone, Tip. Jaffei, 1836.

Luigi Marinelli. *Quando il popolo anconitano facea pubbliche solenni grazie a Maria regina d'ognissanti perche rinovellando l'eta degli antichi portenti degno camparla da piu gravi danni del morbo-cholera alcuni d'è devoti per lei salvi da morte le offriano questi versi in pubblico argomento di gratitudine all'amorevole protezione di tanta madre.* Ancona, Sartorj Cherubini, 1836.

Stanislao Orazi. *Cenni sul cholera morbus e sul metodo di cura osservato in Ancona.* Loreto, Tip. dei Fratelli Rossi, 1836

Girolamo Orsi. *Sulle pratiche moderatrici della diffusione del colera nella provincia di Ancona. 1866-1867*, in «Rendiconto e atti dell'Associazione medica italiana-comitato di Ancona. Adunanza generale del 7 giugno 1868», Ancona, successore della tipografia Baluffi, 1868, pp. 29-37

Antonio Petrini. *Comentario del dottore Antonio petrini intorno il Cholera morbus in Ancona.* Loreto, Tip. Fratelli Rossi, 1837.

Servizio Salute – PF Sanità Pubblica Regione Marche. *Schema i Piani Pandemici Locali*, Febbraio 2009.

Alessandro Varle. *Trattato sopra il cholera morbus ossia Indicazione dei sintomi con i quali la malattia si sviluppa ...* Ancona, Stamp. Sottiletti, 1835.

Pubblicazioni non mediche

Preghiere del triduo solenne sacro a nostra signora Maria regina di tutti i santi in ringraziamento dell'ottenuta cessazione del cholera asiatico. Ancona, Tip. Baluffi, 1836

*Le donne medico dal passato al presente:
il caso dell'azienda Ospedali Riuniti di Ancona*

1. Il peso dei numeri relativi

Nella seconda metà del Novecento, il processo di femminilizzazione della medicina ha conosciuto, in larga parte dell'Europa occidentale, un sostanziale incremento, tanto che la percentuale delle donne medico, nel 2008, si colloca mediamente sopra il 37% del totale dei medici in attività. In Finlandia, ma anche in Spagna e in Portogallo, si registrano le più alte percentuali di femminilizzazione (sopra il 47%) che lasciano ipotizzare una parità di presenza raggiunta o raggiungibile nel breve periodo. In Francia e in Germania l'incidenza delle donne medico si attesta su una soglia molto avanzata poiché non lontana dal 40% del totale (39,2% e 39,7% rispettivamente); in Italia e in Gran Bretagna si registra, invece, un peso percentuale di poco superiore al 37% (38,3% e 37,3%). Tuttavia, mentre il dato della Gran Bretagna indica una sostanziale tenuta del numero delle donne medico ed anzi una flessione negli ultimi anni (dal 35,4% del 2000 al 38,5 del 2005 al 37,3 del 2008) per l'Italia si tratta di un netto e continuo incremento a partire dal 2000, quando l'incidenza delle donne medico sugli esercenti l'attività era appena del 33,3%.

L'attuale posizione italiana (penultima prima della Gran Bretagna) nel contesto dei paesi europei è il risultato di una crescita della professione medica femminile molto lenta e faticosa per tutto il Novecento. Quando, ad esempio, Vittore Ravà presenta, nel 1902, le prime statistiche sulle laureate in Italia esse ammontano a 257 di cui appena 24 laureate in Medicina e Chirurgia (Vicarelli 2008). Il numero delle medichesse è limitato soprattutto se si tiene conto che la

prima laureata in assoluto in Italia era stata una donna medico (Ernestina Paper a Firenze nel 1877), così come la seconda (Maria Velleda Farné a Torino nel 1878). D'altro canto, lo stesso Ravà evidenzia come, nonostante l'inesistenza di ostacoli giuridici all'esercizio della medicina per parte delle donne, "l'opera loro non era stata fino ad allora molto richiesta dalle famiglie, neppure per quanto riguarda la ginecologia e la pediatria", mentre "le amministrazioni degli ospedali e d'altri istituti di cura erano state recalcitranti ad ammettere donne nel corpo sanitario" (Vicarelli 2009, 262).

Queste valutazioni che il solerte dirigente del Ministero ritiene di dover imputare più al passato che al presente, debbono, invece, essere estese a tutto il primo Novecento, quando il peso percentuale delle iscritte e delle laureate in medicina si attesta attorno al 2% fino agli Venti, per salire al 5% fin quasi alla fine degli anni Quaranta. In Italia, dunque, l'incremento delle iscritte e laureate in medicina va tutto riferito al secondo Novecento quando esse passano da poco meno del 10% (a.a. 1951-52) a più del 50% (a.a. 1999-2000) del totale.

Né tale incremento si ferma nei primi anni del nuovo secolo poiché secondo i dati del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca le laureate in medicina superano negli anni solari 2008 e 2009 il 60% del totale (precisamente 63,3% e 62,5%). Peraltro, la distribuzione territoriale risulta abbastanza simile in tutte le Regioni del Centro-Nord e di poco inferiore alla media nazionale nelle Regioni del Sud e nelle Isole, con l'eccezione della Sardegna che conta, fin dagli anni Cinquanta, il primato femminile nelle Facoltà mediche.

Se dalla metà degli anni Novanta le studentesse in medicina superano per numero i loro colleghi, non altrettanto si può dire per le esercenti la professione dove l'incremento è notevole, ma ancora lontano da una parità di presenza. Secondo i dati dell'iscrizione agli Ordini professionali le donne medico passano da una incidenza del 28,9% del 1998 ad una del 35,1% del 2007. Ancora una volta, la distribuzione territoriale risulta molto simile nelle aree del centro-

nord, con scostamenti dalla media solo nel Mezzogiorno. Tale differenziazione è più evidente se si analizzano i dati Istat sulle forze lavoro (ISTAT media 2007) poiché, rispetto ad una incidenza nazionale di donne esercenti l'attività medica del 35,7%, si registra una femminilizzazione del 40,7% nelle regioni del Centro, del 38,7% e del 36% rispettivamente nel Nord-ovest e Nord-est, per scendere al 29,2% nel Mezzogiorno.

Tab 1. Personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale (Asl e AO) per regione e per sesso, 2006

Regioni	ASL		AO		TOTALE	
	Medici e Odontoiatri		Medici e Odontoiatri		Medici e Odontoiatri	
	TOTALE	% Femmine	TOTALE	% Femmine	TOTALE	% Femmine
Piemonte	5534	36,6%	3072	37,2%	8606	36,8%
Valle d'Aosta	297	32,7%	–	–	297	32,7%
Lombardia	1402	51,4%	11284	34,3%	12686	36,2%
Prov. Auton. Bolzano	870	32,2%	–	–	870	32,2%
Prov. Auton. Trento	881	32,0%	–	–	881	32,0%
Veneto	6357	30,0%	1220	32,0%	7577	30,4%
Friuli Venezia Giulia	1141	37,9%	1138	34,4%	2279	36,2%
Liguria	2192	36,2%	1145	32,8%	3337	35,0%
Emilia Romagna	5962	38,8%	2100	37,5%	8062	38,5%
Toscana	5438	35,1%	1945	37,6%	7383	35,8%
Umbria	1125	34,7%	708	31,2%	1833	33,3%
Marche	2086	30,4%	745	34,5%	2831	31,5%
Lazio	7226	35,2%	2219	34,7%	9445	35,1%
Abruzzo	2827	31,9%	–	–	2827	31,9%
Molise	724	31,4%	–	–	724	31,4%
Campania	7803	25,5%	3035	22,2%	10838	24,6%
Puglia	5275	24,7%	1088	28,3%	6363	25,3%
Basilicata	736	26,4%	382	31,2%	1118	28,0%
Calabria	3040	28,5%	1279	27,0%	4319	28,0%
Sicilia	5238	29,3%	4599	27,1%	9837	28,3%
Sardegna	3375	45,9%	372	44,1%	3747	45,7%
Totale Italia	69529	32,9%	36331	32,5%	105860	32,8%

Fonte: Ministero della Salute, Personale delle Asl e degli Istituti di Cura Pubblici, anno 2006

2. Un percorso lungo un secolo

Per meglio comprendere il processo di femminilizzazione della medicina in Italia è utile portare l'attenzione su tre diversi momenti storici, cui corrispondono diversi assetti sanitari e un diverso peso delle donne medico (Vicarelli 2008). L'Italia, infatti, a differenza dei paesi scandinavi e continentali (Francia e Germania ad esempio) presenta importanti cambiamenti di rotta nella propria storia sanitaria poiché, alla pari di tutti i paesi mediterranei, passa da un modello di welfare di tipo residuale (in epoca liberale) ad uno meritocratico-mutualistico (nel ventennio fascista e nei primi due decenni della repubblica), fino ad approdare, nel 1978, ad una forma istituzionale universalistica con la creazione del Servizio sanitario nazionale.

Il primo periodo corrisponde all'epoca delle *pioniere* che dalla fine dell'Ottocento fino ai primi due decenni del Novecento decidono di rivolgersi alla medicina come professione. Se fino al 1902 risultano laureate, come si è detto, solo 24 donne medico, nel 1911-12 ad essere iscritte a medicina sono 113 contro 4.497 uomini, mentre nel 1922-23 le iscritte sono 239 contro 9.841 uomini. In tutti questi anni, dunque, il numero delle giovani che frequentano le Facoltà mediche non supera il 2% del totale, una quota molto inferiore a quella che si registra, nello stesso periodo, sia nei paesi scandinavi sia in Gran Bretagna. Come in Germania, invece, ma anche in Francia, molte pioniere provengono dai paesi dell'Europa orientale (Russia, Polonia ecc.) o sono di origine ebraica e valdese. Ciò nonostante nel 1921 viene creata l'"Associazione italiana donne medico" a somiglianza di quanto avviene in Europa e a dimostrazione di come i legami internazionali dell'associazionismo femminile creino, in questi anni, numerose opportunità per una azione collettiva. Quello che va sottolineato è che l'Italia, alla pari della Francia e della Finlandia, segue la via della non separazione dei percorsi educativi e professionali femminili, dimostrando, almeno sul piano formale e norma-

tivo, una intenzione paritaria che viene poi smentita dalla consuetudine e dalla pratica. Lo Stato italiano, infatti, pur professando in questi anni un laicismo inconsueto per la storia del paese (seppur ben lontano da quello praticato in Francia), si trova nei fatti a realizzare politiche trasformistiche anche sul terreno della scolarità e dei diritti delle donne. Questi ultimi sono sottoposti a continui rinvii o compromessi legati alle contraddizioni insite nel codice civile del 1865 che, chiamato a delegittimare il privilegio della nascita nell'Italia risorta, non poteva non alzare la bandiera dell'individualismo egualitario, almeno in linea di principio. Tuttavia la nuova codificazione – come scrive Simonetta Soldani - prevedeva un sistema di eccezioni che cercava di salvare il principio dell'*infirmas sexus* radicato nel diritto comune e che non poteva non tradursi in una condizione di marcata inferiorità giuridica e di indiscutibile subalternità personale delle donne (Soldani 2007). Occorrerà aspettare il 1919, infatti, perché venga abolita – pur con notevoli limitazioni - l'autorizzazione maritale, permettendo alle donne di raggiungere l'emancipazione giuridica.

Nel 1911, in realtà, quando si istituisce in Italia l'Ordine dei medici, non vengono messi ostacoli all'iscrizione e alla partecipazione delle donne alla pratica professionale. Nei fatti, però, questa viene negata anche nei casi più eclatanti di personalità della scienza e della cultura del tempo (Maria Montessori ad esempio) o di fronte alla forza dei legami politici e clientelari dell'epoca (si veda il caso Kuliscioff). D'altro canto, il debole processo di creazione di un sistema di tutele sanitarie, ostacolato da una pluralità di soggetti istituzionali (Stato centrale), economici (le associazioni degli imprenditori, i sindacati operai) e culturali (le associazioni cattoliche), non produce in Italia, come avviene invece nei paesi scandinavi, le condizioni per un inserimento lavorativo delle laureate in medicina nella rete dei servizi sanitari. Nelle Opere pie ospedaliere e nelle strutture di pubblica beneficenza, ad esempio, il ruolo femminile predominante, all'i-

nizio del secolo, è ancora quello delle religiose o delle poche inserienti che si occupano delle attività più marginali dell'assistenza. Né la medicina libero professionale può offrire alle pioniere sbocchi lavorativi in ambienti di media e alta borghesia certo non pronti ad accogliere il nuovo ruolo femminile nella medicina. Le uniche aree di assistenza pubblica, d'altro canto, sono le condotte mediche, dipendenti dalle municipalità; queste, tuttavia, hanno un carattere così impegnativo sul piano professionale che anche quando le donne chiedono di accedervi, i funzionari e i politici che debbono concedere l'incarico, sono molto restii a farlo. Peraltro, spesso si tratta di Comuni o aree rurali verso cui le laureate del tempo non si rivolgono essendo di origine urbana e alto borghese. Di conseguenza, il lavoro di tutela della maternità e dell'infanzia resta affidato in epoca liberale alle "ostetriche condotte", le uniche figure femminili che si occupano dell'assistenza delle madri povere.

In questa prima fase della storia sanitaria italiana non giocano, dunque, a favore delle donne medico, né la cultura sociale e politica del tempo, né il debolissimo sistema di welfare, così che le uniche aree di occupazione femminile per le pioniere restano quelle della beneficenza laica e del mutuo aiuto, entrambe assai limitate nel paese, soprattutto in termini territoriali. Ad esclusione di Napoli e della Sardegna, è possibile che tutte le regioni meridionali non abbiano conosciuto la presenza femminile nella medicina dell'epoca.

Il secondo periodo riguarda il ventennio fascista in cui l'impulso alla crescita professionale delle donne trova ostacoli nella politica restrittiva del regime verso il lavoro femminile, politica largamente simile a quella francese o tedesca del tempo. La creazione dell'Opera nazionale maternità ed infanzia (ONMI) avvia, in realtà, un nuovo sistema di politiche sociali con una ampia diramazione territoriale. Tuttavia, le sue modalità di realizzazione non sembrano tali da aprire spazi occupazionali alle donne medico, anche se in questa direzione non si possiedono conoscenze sufficientemente adeguate.

Né lo sviluppo del mutualismo, a carattere fortemente settoriale e corporativo, è tale da accogliere le laureate in medicina in un settore libero-professionale, con poche garanzie e tutele lavorative. Le donne medico, di conseguenza, assumono in questi anni tratti ambigui e contraddittori, di chi pur svolgendo una attività apparentemente cruciale per lo Stato deve guardarsi dal manifestarla troppo apertamente per evitare ritorsioni o limitazioni di genere. Donne, dunque, *ambivalenti* che resistono a tendenze involutive, nascondendosi spesso dietro identità incerte o negate, pur crescendo indubbiamente di numero. Infatti, alla fine del ventennio, nel 1941-42, le iscritte ai corsi di Laurea in medicina sono 746 contro 15.394 uomini, con un peso percentuale del 5%. Anche in tal caso la situazione è molto distante da quella che si registra negli stessi anni in Finlandia (21,3%) o in Francia (20%) a dimostrazione del ritardo che il paese continua ad accumulare.

Nel caso italiano, peraltro, le donne medico non svolgono quel ruolo centrale nella politica eugenetica della razza che contraddistingue il caso tedesco. Il loro intervento resta presumibilmente marginale, così come marginale è l'impegno fascista su questo campo, essendo l'intenzione del regime volta al sostegno della famiglia e alle politiche per la natalità in una fase in cui la fecondità dimostra, per la prima volta, tendenze negative.

Il secondo dopoguerra delimita il terzo periodo nella storia delle donne medico italiane entro cui, tuttavia, vanno individuati tre tempi diversi caratterizzati dall'impulso dato dapprima al mutualismo (1948-1968), quindi dal tentativo di creare un Servizio sanitario nazionale (1968-1978) ed infine dalla istituzione e trasformazione di quest'ultimo (1978-2007). In ciascuno di questi tempi le donne medico assumono vesti differenti che possono essere intese guardando sia al loro peso sul totale complessivo dei medici italiani, sia al loro affrancarsi dalle aree considerate tipicamente femminili, in specifico la pediatria.

Negli anni Cinquanta, ad esempio, il forte squilibrio numerico tra le donne e gli uomini medico, correlato a scelte di specialità molto univoche, rende ineluttabile la dipendenza normativa delle laureate in medicina cioè la loro “accettazione e il loro adeguamento” al modello della dominanza maschile e, quindi, alla separazione delle due sfere di competenza: quella familiare e quella professionale. Buone assistenti o brave pediatre, le donne medico restano in posizione marginale rispetto alle strutture e ai centri del potere professionale, pur rinunciando assai spesso ad una propria vita familiare. Inserirle più degli uomini nei servizi ospedalieri e nella medicina pubblica territoriale, non entrano in competizione con i colleghi nelle forme di libera professione convenzionata propri della seconda fase del mutualismo italiano. La scelta, infatti, dello Stato repubblicano, di non istituire come in Gran Bretagna o nei paesi scandinavi un Servizio sanitario nazionale, conduce all'estensione e all'ampliamento delle tutele di carattere assicurativo e meritocratico create nel periodo fascista con tutti i caratteri clientelari e settoriali che ne avevano contraddistinto l'esistenza. Di conseguenza, il lavoro del “medico della mutua” si presenta con tratti libero-professionali esasperati, nel senso che il numero degli assistiti e la remunerazione da parte delle associazioni mutualistiche non sono contrattualmente garantiti, ma variano in base alla capacità imprenditiva dei medici alla ricerca, talvolta eccessiva, dei propri mutuati (Luzzi 2004). Al pari tempo, la modernizzazione degli ospedali italiani nel secondo dopoguerra, apre nuovi spazi occupazionali ai medici riservando, però, alle donne quasi esclusivamente l'area pediatrica poiché la ginecologia resta (come in Gran Bretagna) un settore prevalentemente maschile. L'archetipo professionale, dunque, rimane quello di Asclepio, figlio di Apollo e suo diretto successore, con le dottoresse come *vestali*, cioè figure di sostegno in una medicina largamente declinata al maschile.

Negli anni Sessanta e Settanta, mentre diminuisce il divario numerico (le iscritte a medicina passano dal 18% al 35%), restano

abbastanza inalterate le scelte di specializzazione delle donne medico che tendono, tuttavia, a riadattare il modello della separazione tra la sfera professionale e quella familiare, alla ricerca di una maggiore coerenza soggettiva ed esperienziale. Dalla accettazione passiva delle differenze si passa, infatti, alla loro esaltazione così che trova valorizzazione l'attività professionale nel settore pubblico e vicino ai cittadini-utenti. Un lavoro, quindi, nei servizi territoriali che molti Comuni delle regioni centro-settentrionali attivano, anticipando la riforma sanitaria, oppure nei Consultori familiari dove meglio si esprime il tentativo femminista di responsabilizzazione delle donne per la salute femminile. Igieia, in quanto divinità rivolta alla prevenzione, oltre che alla cura, sembra rappresentare simbolicamente questo secondo arco di tempo in cui le donne lasciano l'abito delle vestali per prendere quello delle *emancipate* o tendenzialmente tali. Resta, comunque, tutta da indagare la relazione tra le donne medico e l'esperienza femminista in Italia, sulla quale la storia sociale ha ancora ampi spazi di analisi.

La stessa istituzione del Servizio sanitario italiano, nel momento in cui sancisce formalmente la predominanza della medicina di base dovrebbe favorire l'inserimento lavorativo delle donne medico che resta, invece, ancora limitato e continua a rivolgersi al settore ospedaliero. Le differenze nelle due forme occupazionali, infatti, continuano a condurre la componente femminile verso una attività pubblica più regolamentata in termini di orari e di tutele del lavoro (assenze per maternità), rispetto ad una attività convenzionata che seppure remunerativa continua ad avere i caratteri di una attività libero-professionale e semi-imprenditiva.

Negli anni Ottanta e Novanta, infine, lo squilibrio numerico tra gli uomini e le donne medico tende a diminuire ulteriormente, mentre si attenuano le differenze nelle scelte di specializzazione. Le dottoresse, consapevoli della loro nuova posizione, paiono sviluppare una strategia di ricomposizione e coerenza culturale centrata sulla forte

integrazione delle due sfere familiari e professionali. Pur restando in posizioni non dominanti, accettano più degli uomini la logica di rete e di integrazione dei saperi, enfatizzando quelle operazioni di rimodellamento delle strutture sanitarie che la creazione del Servizio sanitario e le riforme degli anni Novanta propongono alla sanità italiana. Sempre più presenti nella medicina generale e nella nuova medicina territoriale, spesso alla guida dei distretti sanitari, le donne medico sembrano tessere i fili di una sanità universalistica e solidale che tenta di rendersi dominante nel difficile percorso di costruzione del Servizio sanitario pubblico. Panacea, quindi, in quanto divinità capace di portare benessere completo sembra meglio rappresentare, sul piano simbolico, le donne di questa terza fase, che possiamo definire a pieno titolo *professioniste*. Per esse la qualità organizzativa del servizio è prevalente, la qualità professionale deve essere continuamente ribadita e la qualità percepita dal paziente deve essere considerata come centrale. Una situazione in cui, però, resta del tutto marginale la posizione delle donne medico sia nel mondo accademico sia entro l'associazionismo professionale.

3. Una realtà variegata

Il percorso di femminilizzazione della medicina, fin qui evidenziato, ha come riflesso la presenza, oggi in Italia, di un universo femminile molto variegato. Se si guarda alle diverse coorti di donne e alla loro collocazione professionale non si può, infatti, non evidenziare una diversa presenza nei vari comparti sanitari e presumibilmente una molteplicità di pratiche professionali ed organizzative. Purtroppo, non si possiedono ricerche di ampio raggio sui comportamenti professionali dei medici italiani (uomini e donne) (Speranza, Tousijn Vicarelli 2008) così come mancano dati sulla effettiva incidenza femminile nei diversi comparti del sistema sanitario (Vicarelli 2009).

Secondo il Ministero della salute, ad esempio, nel 2006 risultano impegnate nelle Aziende sanitarie locali (Asl) e nelle aziende ospedaliere (Ao) del Servizio sanitario nazionale (Ssn) 34.722 donne medico (pari al 32,8% del totale dei medici e degli odontoiatri). L'incidenza femminile nei due settori è del tutto simile, anche in considerazione del fatto che ben il 66% dei medici delle Asl lavorano nelle strutture ospedaliere a gestione diretta. Purtroppo, sia l'ISTAT che il Ministero della salute non pubblicano il numero delle donne medico presenti negli istituti di ricovero equiparati ai pubblici, né presso le case di cura private. Qui il numero dei medici occupati può essere stimato attorno alle 34.400 unità (15.973 medici nel 2006 presso le strutture equiparate e 18.600 nel 2004 presso le case di cura private) di cui, probabilmente, un terzo composto da donne (circa 11.350). Con questi calcoli si può considerare che circa 46.000 dottoresse risultino impegnate nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private nonché nei servizi territoriali delle Asl., quindi il 49% delle 93.000 donne medico occupate secondo l'ISTAT nel 2007.

Ad esse vanno aggiunte le docenti del settore disciplinare 06-scienze mediche delle Facoltà di medicina (dati Mur), le quali nell'a.a. 2007-2008 ammontano a 2.790 pari al 3% delle donne medico occupate in Italia nello stesso periodo.

Nell'impossibilità di avere informazioni precise sul numero restante delle laureate in medicina, si può fare ricorso ai dati Enpam (Ente nazionale di previdenza medici) che non solo si riferiscono al 2005, ma sottostimano il calcolo effettivo dei medici in attività poiché la contribuzione previdenziale è obbligatoria solo fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età. Ciò impedisce di quantificare il numero restante delle donne esercenti la professione. Tuttavia, si può considerare che nel 2005 le donne iscritte al "Fondo della libera professione" e al "Fondo specialisti esterni" sono rispettivamente il 28 e il 16 per cento del totale, mentre le iscritte al "Fondo medici ambulatoriali" e al "Fondo della medicina generale" il 41 e il 35 per

cento rispettivamente. Ciò significa che mentre la presenza femminile appare relativamente alta in questi ultimi fondi in cui il lavoro professionale è garantito e semi-pubblico, nei fondi più a carattere libero professionale l'incidenza numerica delle dottoresse risulta minore. In conclusione, appare evidente come nel 2007 le donne medico siano occupate, in larga misura, come dipendenti degli Istituti di ricovero e cura del Ssn, quindi, come medici convenzionati o dipendenti nella medicina di primo livello e territoriale; una incidenza certamente minoritaria si riscontra nelle attività libero professionali.

Ma qual è la posizione occupazionale delle dottoresse nel caso in cui svolgano un lavoro dipendente? Ebbene, i dati 2007 del Ministero del Tesoro (Conto economico) ci dicono che su 38.609 laureate in medicina inquadrare nel Ssn se ne contano 1.188 con incarico di struttura complessa (12,5% del totale) e 4.967 con incarico di struttura semplice (26,8% del totale); la grande maggioranza (32.076 pari al 39,4% del totale) ha un incarico professionale e non di struttura. Parallelamente, all'interno delle Università le donne professori ordinari delle Facoltà mediche (settore 6-scienze mediche) sono l'11% del totale, professori associati il 28% e ricercatori il 57%. D'altro canto, nell'a.a. 2007-2008 si conta, tra le 39 Facoltà mediche del paese, una sola preside (Facoltà di medicina dell'Aquila), così come una sola donna risulta presidente di un Ordine Provinciale (quello di Gorizia) all'interno della Federazione Nazionale degli Ordini Medici per il triennio 2006-2008.

Appare chiaro, quindi, come la crescita femminile tra gli iscritti e laureati in medicina degli anni Novanta abbia avuto riflessi sull'inserimento incrementale delle donne nella fascia dei ricercatori universitari, così come nelle posizioni più basse della dirigenza pubblica, mentre per le generazioni precedenti hanno certamente giocato fattori di auto selezione o di segregazione verticale.

Stante questo quadro, si possono considerare le specializzazioni in cui le donne medico risultano maggiormente impegnate.

Tab. 2 Medici iscritti agli Albi professionali, per specializzazione (ordine decrescente) e per sesso, 2007

DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITA'	TOTALE	% Femmine	% sul totale femminile
MEDICINA DI COMUNITA'	3334	99,6%	4,2%
RADIOTERAPIA	1477	86,9%	1,6%
TOSSICOLOGIA MEDICA	1928	66,6%	1,6%
MALATTIE INFETTIVE	5230	63,5%	4,2%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2368	58,6%	1,8%
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	2293	56,0%	1,6%
REUMATOLOGIA	2526	50,8%	1,6%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	6796	48,8%	4,2%
GENETICA MEDICA	193	48,7%	0,1%
PEDIATRIA	18846	48,0%	11,5%
MEDICINA DELLO SPORT	6944	47,8%	4,2%
BIOCHIMICA CLINICA	368	45,4%	0,2%
MEDICINA DEL LAVORO	8378	39,6%	4,2%
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	8560	38,8%	4,2%
ALLERGLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	1673	38,4%	0,8%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	650	36,8%	0,3%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	12758	35,9%	5,8%
PSICHIATRIA	7408	35,9%	3,4%
ANATOMIA PATOLOGICA	1249	35,7%	0,6%
PATOLOGIA CLINICA	2419	35,7%	1,1%
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	6175	35,6%	2,8%
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	4659	34,4%	2,0%
EMATOLOGIA	4141	34,2%	1,8%
NEUROLOGIA	6498	33,1%	2,7%
NEFROLOGIA	2869	31,2%	1,1%
GERIATRIA	4255	30,0%	1,6%
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	11382	29,2%	4,2%
ONCOLOGIA	3755	29,0%	1,4%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10043	28,7%	3,7%
OFTALMOLOGIA	6025	27,5%	2,1%
FARMACOLOGIA	616	27,4%	0,2%
MEDICINA NUCLEARE	1026	23,7%	0,3%
MEDICINA INTERNA	8890	22,7%	2,6%
GASTROENTEROLOGIA	6200	21,0%	1,7%
CHIRURGIA PEDIATRICA	719	19,2%	0,2%
MEDICINA TROPICALE	343	18,4%	0,1%
MEDICINA LEGALE	624	18,1%	0,1%
RADIOLOGIA	7175	17,9%	1,6%
ODONTOSTOMATOLOGIA	20841	17,3%	4,6%
CARDIOLOGIA	13931	16,5%	2,9%
OTORINOLARINGOIATRIA	5925	16,1%	1,2%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1213	13,9%	0,2%
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGESTIVO	2085	12,3%	0,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	1858	9,5%	0,2%
CHIRURGIA GENERALE	13277	9,4%	1,6%
NEUROCHIRURGIA	770	7,4%	0,1%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	683	6,6%	0,1%
CHIRURGIA TORACICA	1172	5,8%	0,1%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7219	5,1%	0,5%
CARDIOCHIRURGIA	550	4,7%	0,0%
UROLOGIA	3809	4,2%	0,2%
TOTALE	254126	30,9%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati FNOMCeO

Sulla base delle indicazioni fornite dagli Ordini professionali (dati 2007 sugli iscritti) si evidenzia che solo in 7 specialità la presenza femminile è superiore a quella maschile, in 19 essa si attesta su una percentuale molto alta (dal 30% al 49%), in 17 il peso è più contenuto (tra il 10% e il 29%), mentre in 8 specialità il numero delle donne medico è minimo (inferiore al 10%). Se si leggono gli estremi di questa distribuzione si riscontra la minore femminilizzazione tra i medici urologi (4,2%), seguiti dai cardiocirurghi (4,7%), dagli ortopedici e traumatologi (5,1%) e da gran parte delle specializzazioni in chirurgia. All'estremo opposto, sono in larghissima parte donne i medici di comunità (99,6%), gli specialisti in radioterapia (86,9%), in tossicologia medica (66,6%) e in malattie infettive (63,5%). Resta, tuttavia, notevole la concentrazione di donne in pediatria (11,5% di tutti i medici iscritti agli Ordini) e in ginecologia ed ostetricia (5,8% del totale, seppure con forti variazioni territoriali).

Se, dunque, all'inizio del Novecento le pioniere della medicina avevano scelto una molteplicità di campi per svolgere la loro attività, a distanza di cento anni le donne medico italiane non solo sono aumentate notevolmente di numero, ma sono andate a distribuirsi su un ampio spettro di specializzazioni, superando gradualmente quella settorializzazione che, per larga parte del Novecento, le aveva portate ad occupare ambiti professionali ristretti, rivolti alle malattie delle donne e soprattutto dei bambini.

4. L'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona

Nel quadro così tratteggiato si inserisce la presenza e la struttura occupazionale delle donne medico all'interno della più grande azienda ospedaliero universitaria della Regione Marche.

Qui, la possibilità concessa dalla direzione generale e sanitaria di effettuare un insieme di elaborazione statistiche su tutto il perso-

nale dell'azienda²⁶, offre l'opportunità (pressoché unica) di effettuare alcune considerazioni sulla caratterizzazione di genere dei diversi dipartimenti ospedalieri, ponendo la componente medica in relazione con le altre componenti presenti.

Ciò appare particolarmente interessante alla luce dei lavori che hanno preso avvio dalla ricerca pionieristica della Moss Kanter (1977) (Gustafson 2008; Hewstone *et al.* 2006; McDonald *e al.* 2004; Ritter e Yoder 2004; Yoder e Kahn 2003; Yoder 2002) secondo cui è ipotizzabile una relazione tra il numero di donne presenti in un settore organizzativo e le performances lavorative in esso espresse. A partire dall'analisi di Simmel (1989) sull'importanza dei numeri nella vita sociale la Moss Kanter prospetta, in modo convincente, che i cambiamenti numerici trasformano le interazioni sociali, così come accade nel caso in cui le interazioni siano fra due, tre o più individui. Tuttavia, Simmel e gli studiosi che ne hanno seguito la tradizione hanno portato l'attenzione sul numero assoluto di persone che costituiscono un gruppo, mancando di evidenziare l'impatto delle percentuali di soggetti con caratteristiche simili presenti all'interno di uno stesso gruppo. Per disporre di una teoria e di un vocabolario in questa direzione, la Moss Kanter propone di identificare quattro tipi di gruppi sulla base delle diverse proporzioni dei soggetti presenti

1. I *gruppi uniformi* hanno una proporzione tipologica di 100 a 0 e sono formati da individui di un unico tipo significativo dal punto di vista sociale;
2. I *gruppi fortemente squilibrati* sono quelli in cui esiste una grande preponderanza di un tipo sull'altro, fino a un rapporto di 85 a 15. In tal caso il tipo in maggior numero controlla il gruppo e la sua cultura tanto da poter essere definito "domi-

26 Si ringraziano la Direzione generale e sanitaria nonché la dott.ssa Petrella dell'Azienda Sanitaria e la dott.ssa Spina della Facoltà di Economia di Ancona che hanno proceduto alle elaborazioni necessarie a questo studio contribuendo in modo determinante alle riflessioni qui proposte.

- nante”. Gli individui dell’esigua minoranza sono considerati “simboli” (token) e ben difficilmente riescano a intrecciare tra loro forme di alleanza che abbiano un peso significativo;
3. I *gruppi debolmente squilibrati* presentano rapporti percentuali di circa 65 a 35. In questa situazione si configurano una “maggioranza” e una “minoranza”. I membri della minoranza sono potenzialmente alleati, possono formare coalizioni e influire sulla cultura del gruppo, essi, inoltre, possono essere considerati nelle loro differenze soggettive e non nella mera appartenenza al gruppo minoritario;
 4. Infine, con proporzioni da 60 a 40 o da 50 a 50 il *gruppo diventa equilibrato*. Maggioranza e minoranza si trasformano in sottogruppi in cui i fattori strutturali e soggettivi contano più che la composizione del gruppo stesso.

Questa tipologia di analisi può essere utilizzata per leggere in prima istanza l’articolazione dell’Azienda ospedaliero universitaria di Ancona aprendo la strada a futuri studi sul clima organizzativo e professionali nei diversi dipartimenti della struttura.

Il primo dato che va evidenziato è che l’incidenza complessiva delle donne medico nella azienda ospedaliera anconetana risulta pari al 38,5% della dirigenza medica, una percentuale non solo in linea con il peso delle donne medico italiane sugli esercenti la professione, ma soprattutto con l’incidenza femminile all’interno delle aziende ospedaliere italiane (tab.3). Qui, secondo i dati del 2008, la femminilizzazione medica risulta pari al 33,3% del totale dei medici e odontoiatri presenti, con punte del 44,3% in Sardegna, 38% in Piemonte, 37,4% in Emilia e Romagna e 36,4% in Lombardia. Nel complesso, quindi, l’azienda Ospedali Riuniti ha una fisionomia generale che la pone tra le migliori situazioni di femminilizzazione registrabili in Italia negli ultimi anni.

Tab. 3 Personale delle Aziende Ospedaliere per ruolo e sesso - Anno 2008

REGIONI	RUOLI								TOTALE		DI CUI			
	SANITARIO		PROFESSIONALE		TECNICO		AMMINISTRATIVO				MEDICI E ODONT.		PERS. INFERM.	
	TOTALE	% F	TOTALE	% F	TOTALE	% F	TOTALE	% F	TOTALE	% F	TOTALE	% F	TOTALE	% F
PIEMONTE	6.887	72,7	28	21,4	2.302	67,9	1.135	82,5	10.354	72,6	1.633	38	4.173	86,2
VALLE D'AOSTA	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
LOMBARDIA	52.043	72,2	128	12,5	16.603	64,1	7.423	82,5	76.198	71,3	11.058	36,4	32.615	83,8
PROV. AUTON. BOLZANO	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
PROV. AUTON. TRENTO	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
VENETO	6.543	73	36	22,2	1.643	63,1	1.034	75,1	9.256	71,3	1.173	34,8	4.495	83,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.294	73,3	4	25	410	67,3	179	81,6	1.887	72,7	278	29,9	782	91,3
LIGURIA	3.153	65	9	11,1	798	44,6	388	69,1	4.348	61,5	680	35,9	2.098	75,5
EMILIA ROMAGNA	1.745	71,7	7	14,3	429	72,3	216	85,6	2.397	72,9	393	37,4	1.036	82,5
TOSCANA	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
UMBRIA	2.869	62,8	7	28,6	615	53,3	280	73,9	3.771	62	716	33,2	1.792	75,3
MARCHE	3.188	66,2	4	..	632	64,6	251	75,7	4.075	66,4	707	35,4	2.056	78
LAZIO	7.400	59,1	15	26,7	1.185	34,6	775	62,1	9.377	56,2	2.035	35,3	4.466	70,6
ABRUZZO	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
MOLISE	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
CAMPANIA	10.527	46,9	25	..	2.366	25,9	983	35,9	13.905	42,5	2.887	23,7	6.600	57,8
PUGLIA	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
BASILICATA	1.649	60,3	4	..	316	32,6	144	55,6	2.113	55,7	393	32,6	1.025	72,1
CALABRIA	4.305	52,2	15	20	665	28,9	661	49,6	5.646	49,1	1.245	27,8	2.543	64,3
SICILIA	13.328	47,7	41	9,8	3.134	36,9	1.387	53,6	17.897	46,2	3.997	27,9	7.805	55,7
SARDEGNA	1.349	66,1	3	..	340	34,7	114	57,9	1.806	59,6	366	44,3	775	78,5
ITALIA	116.280	64,8	326	14,1	31.438	55,7	14.970	72,7	163.030	63,6	27.561	33,3	72.261	76,3
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA -OSPEDALI RIUNITI- ANCONA*	2879	66	4	0	589	67,2	222	77	3694	66,8	686	38,5	1651	76,3

* Il dato è relativo al 1/1/2011

Fonte: Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Cura Pubblici, Ministero della Salute

Passando a disaggregare il dato complessivo per dipartimenti si scopre una strutturazione interna assai diversificata con la punta di maggiore femminilizzazione nel dipartimento onco-ematologico (56,5%) e la punta di minore femminilizzazione nel dipartimento di chirurgia generale e specialistica (14%). Volendo applicare il modello della Moss Kanter, si potrebbe dire che i dipartimenti *tendenzialmente equilibrati* sono quelli dei servizi (51,3%), di emergenza (49,5%), di scienze radiologiche (54,9%), di salute mentale (50%) e materno infantile (46,5%) cioè dipartimenti a carattere strumentale o di intervento complessivo su un ambito sanitario. Dipartimenti *debolmente squilibrati* risultano, invece, quelli che si occupano di particolari organi e patologie: gastroenterologia e dei trapianti (22,7%), scienze cardiologiche (30%), scienze neurologiche (22,8%) e malattie immuno-allergiche respiratorie (32,4%). L'unico dipartimento *fortemente squilibrato* in termini di dominanza maschile è, come detto, quello di chirurgia, mentre in senso opposto si propone quello onco-ematologico.

In termini assoluti si può affermare, invece, che il 50% del personale medico lavora in strutture tendenzialmente equilibrate, il 35% in strutture debolmente squilibrate e solo il 15% in strutture evidentemente squilibrate. Un discorso a parte va fatto per l'area direttiva dove l'incidenza medica femminile è del 28,6% del totale

Tab.4 Personale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali Riuniti- Ancona per dirigenza e comparto, Anno 2011								
DIPARTIMENTO	COMPARTO		DIRIGENZA MEDICA		DIRIGENZA NON MEDICA		TOT	% F
	TOT	% F	TOT	% F	TOT	% F	COMPLES	
DIP.TO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	162	73,5%	57	14,0%	0	0,0%	219	58,0%
DIP.TO DEI SERVIZI	166	65,1%	39	51,3%	86	60,5%	291	61,9%
DIP.TO DI EMERGENZA	221	58,8%	95	49,5%	0	0,0%	316	56,0%
DIP.TO DI GASTROENTEROLOGIA E DEI TRAPIANTI	163	81,0%	44	22,7%	6	66,7%	213	68,5%
DIP.TO DI SCIENZE CARDIOLOGICHE	354	75,1%	100	30,0%	0	0,0%	454	65,2%
DIP.TO DI SCIENZE NEUROLOGICHE	147	82,3%	57	22,8%	0	0,0%	204	65,7%
DIP.TO DI SCIENZE RADIOLOGICHE	182	61,5%	51	54,9%	0	0,0%	233	60,1%
DIP.TO INTERAZIONALE DI SALUTE MENTALE	32	56,3%	6	50,0%	6	100,0%	44	61,4%
DIP.TO MALATTIE IMMUNOALLERGICHE RESPIRATORIE	99	92,9%	34	32,4%	2	100,0%	135	77,8%
DIP.TO MATERNO INFANTILE	350	88,0%	99	46,5%	13	100,0%	462	79,4%
DIP.TO MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA	151	76,8%	43	41,9%	2	100,0%	196	69,4%
DIP.TO ONCO EMATOLOGICO	123	70,7%	46	56,5%	1	100,0%	170	67,1%
DIREZIONI	698	70,1%	14	28,6%	30	43,3%	742	68,2%
DIRMT	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
SERT	12	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	75,0%
N/D	4	75,0%	1	0,0%	0	0,0%	5	60,0%
TOTALE COMPLESSIVO	2864	73,7%	686	38,5%	148	62,8%	3698	66,7%

Fonte: nostra elaborazione

Ulteriori informazioni derivano dalla distinzione tra dirigenza medica ospedaliera e universitaria, poiché quest'ultima presenta un tasso di femminilizzazione pressoché dimezzato (21% contro 41,5%) rispetto alla prima, con dipartimenti universitari privi di donne medico come quello di gastroenterologia, di scienze radiologiche, di salute mentale e materno infantile (tab. 4). Ciò significa che in questi ultimi dipartimenti, ad alta incidenza di femminilizzazione nel complesso, le dottoresse sono tutte di area ospedaliera.

Ulteriori sorprese derivano dalla distinzione tra il primo e il secondo livello della dirigenza medica sia ospedaliera che universitaria. Mentre, infatti, non si registra nessuna donna con qualifica di secondo livello tra la dirigenza ospedaliera neppure nei dipartimenti ad alta femminilizzazione, in ambito universitario l'incidenza è del 13,2% cioè 5 donne su 38 professori ordinari. Di queste se ne contano una per ciascun dipartimento a chirurgia, scienze neurologiche, malattie immuno-allergiche respiratorie, medicina interna e

dipartimento onco ematologico. Mentre in quest'ultimo caso una dirigente donna di secondo livello è più che comprensibile, può meravigliare che ci siano presenze femminili di secondo livello anche in dipartimenti universitari a forte o limitato squilibrio di genere.

Tab.5 Dirigenza medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali Riuniti- Ancona per livello, Anno 2011

363 - Dirigenza medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali - RUHIE - Azieda per l'anno 2010-2011														
DIPARTIMENTO	DIRIGENZA MEDICA OSPEDALIERA						DIRIGENZA MEDICA UNIVERSITARIA						TOTALE COMPLESSIVO	%
	I LIVELLO		II LIVELLO		TOTALE	%	I LIVELLO		II LIVELLO		TOTALE	%		
	TOTALE	% F	TOTALE	% F			TOTALE	% F	TOTALE	% F				
DIP.TO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	44	15,9 %	1	0,0 %	45	15,6 %	6	0,0 %	6	16,7 %	12	8,3 %	57	14,0 %
DIP.TO DEI SERVIZI	27	66,7 %	1	0,0 %	28	64,3 %	6	33,3 %	5	0,0 %	11	18,2 %	39	51,3 %
DIP.TO DI EMERGENZA	89	51,7 %	3	0,0 %	92	50,0 %	2	50,0 %	1	0,0 %	3	33,3 %	95	49,5 %
DIP.TO DI GASTROENTEROLOGIA E DEI TRAPIANTI	35	28,6 %	1	0,0 %	36	27,8 %	5	0,0 %	3	0,0 %	8	0,0 %	44	22,7 %
DIP.TO DI SCIENZE CARDIOLOGICHE	94	30,9 %	2	0,0 %	96	30,2 %	2	50,0 %	2	0,0 %	4	25,0 %	100	30,0 %
DIP.TO DI SCIENZE NEUROLOGICHE	41	24,4 %	3	0,0 %	44	22,7 %	9	22,2 %	4	25,0 %	13	23,1 %	57	22,8 %
DIP.TO DI SCIENZE RADIOLOGICHE	45	62,2 %	0	0,0 %	45	62,2 %	3	0,0 %	3	0,0 %	6	0,0 %	51	54,9 %
DIP.TO INTERAZIONALE DI SALUTE MENTALE	4	75,0 %	0	0,0 %	4	75,0 %	1	0,0 %	1	0,0 %	2	0,0 %	6	50,0 %
DIP.TO MALATTIE IMMUNOALLERGICHE RESPIRATORIE	25	32,0 %	3	0,0 %	28	28,6 %	5	40,0 %	1	100,0 %	6	50,0 %	34	32,4 %
DIP.TO MATERNO INFANTILE	87	52,9 %	3	0,0 %	90	51,1 %	5	0,0 %	4	0,0 %	9	0,0 %	99	46,5 %
DIP.TO MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA	27	48,1 %	3	0,0 %	30	43,3 %	10	40,0 %	3	33,3 %	13	38,5 %	43	41,9 %
DIP.TO ONCO EMATOLOGICO	34	51,8 %	0	0,0 %	34	51,8 %	7	57,1 %	5	20,0 %	12	41,7 %	46	56,5 %
DIREZIONI	13	30,8 %	1	0,0 %	14	28,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	14	28,6 %
N/D	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,0 %	0	0,0 %	1	0,0 %	1	0,0 %
TOTALE COMPLESSIVO	565	43,0 %	21	0,0 %	586	41,5 %	62	25,8 %	38	13,2 %	100	21,0 %	686	38,5 %

Fonte: nostra elaborazione

Più in generale, se si prendono in considerazione anche il personale del comparto e la dirigenza non medica si evidenzia una femminilizzazione complessiva nell'azienda di Ancona pari al 66,7% del totale, con la punta estrema positiva nel dipartimento materno infantile (79,4%) e negativa nel dipartimento di emergenza (56%). Ciò significa che mentre ci sono dipartimenti a scarsissima presenza femminile del personale (ad esempio chirurgia), in altri dipartimenti dove le donne medico sono in situazione numerica quasi paritaria il personale di comparto è più maschile: è il caso del dipartimento dei servizi (65,1%), di emergenza (58,8%), delle scienze radiologiche (61,5%) e della salute mentale (56,3%). Viceversa, in dipartimenti a dominanza maschile maggiore è la femminilizzazione del personale del comparto: è il caso del dipartimento di gastroenterologia (81%), di scienze cardiologiche (75,1%), di scienze neurologiche (82,3%) di malattie respiratorie (92,9%). Ciò significa, in qualche misura, che nella maggior parte dei dipartimenti si hanno situazioni di genere non omologhe tra medici e personale di comparto, cioè medici uomini lavorano mediamente di più con infermieri e tecnici donne e medici donne mediamente di più con infermieri e tecnici

uomini. Fanno eccezione, come detto, il dipartimento di chirurgia a dominanza maschile e quello materno infantile a dominanza femminile. In quest'ultimo caso meraviglia ancor di più la mancanza di un dirigente medico donna di secondo livello, laddove sono invece presenti 13 donne nella dirigenza non medica di dipartimento.

La strutturazione di genere costituisce secondo gli studi della Moss Kanter un elemento di base per leggere il clima organizzativo e professionale di ciascun dipartimento in termini di differenze di genere e quindi di parità (o meno) di un gruppo sull'altro. In questi termini, la ricerca italiana è ancora tutta da costruire e ci si augura che la sensibilità fin qui dimostrata dalla direzione degli in una futura analisi in tale direzione.

Bibliografia

- Gustafson, J.L. (2008), "Tokenism in policing: An empirical test of Kanter's hypothesis", *Journal of Criminal Justice*, 36, pp. 1–10.
- Hewstone, M. et al. (2006), "Tokens in the Tower: Perceptual Processes and Interaction Dynamics in Academic Settings with 'Skewed', 'Tilted' and 'Balanced' Sex Ratios", *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(4), pp. 509–532.
- Luzzi, S. (2004), *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli.
- McDonald, T.W., Toussaint L.L., and Schweiger, J.A. (2004), "The Influence of Social Status on Token Women Leaders' Expectations About Leading Male-Dominated Groups", *Sex Roles*, 50(5/6), pp. 401–409.
- Moss Kanter, R. (1977), "Some Effects of Proportions on Group Life: Skewed Sex Ratios and Responses to Token Women", *The American Journal of Sociology*, 82(5), pp. 965–990.
- Ritter, B.A. and Yoder, J.D. (2004), "Gender differences in leader emergence persist even for dominant women: an updated confirmation of role congruity theory", *Psychology of Women Quarterly*, 28, pp. 187–193.
- Simmel, G. (1989), *Sociologia*, Milano, Comunità.
- Soldani, S. (2007), Un cammino in salita. Donne, diritti e professioni in Italia alle soglie del Novecento, in Vicarelli (a cura di) 2007.
- Speranza, L., Tousijn, W. e Vicarelli, G. (2008), *I medici in Italia, motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna: Il Mulino.
- Vicarelli, G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*. Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli, G. (2009), Le medichesse in *Atlante delle professioni* (a cura di) Maria Malatesta, Bologna, Bononia University Press.
- Yoder, J.D. (2002), "2001 Division 35 presidential address: Context matters: Understanding tokenism processes and their impact on women's work", *Psychology of Women Quarterly*, 26, pp. 1–8.
- Yoder, J.D., and Kahn, A.S. (2003), "Making gender comparisons more meaningful: A call for more attention to social context", *Psychology of Women Quarterly*, 27, pp. 281–290.

Dr. VINCENZO MORETTI

*Storia della Medicina e dell'Ospedale di Ancona.
Verso il futuro.*

“La farmacia ospedaliera tra ieri e domani”

PREMESSA: COSA CI DICONO QUESTI CENTO ANNI.

È facile in occasioni come questa cadere nel retorico o nello scontato; ed è quello che vorrei evitare con questo mio contributo a questa giornata di grande interesse culturale, storico e sociale.

Due pericoli sono da evitare: la celebrazione e il ricordo fine a sé stesso.

La **celebrazione** di una storia piena di accadimenti, con il progressivo crescere dell'ospedale nel corso degli anni, fino alla condizione attuale; la grande rilevanza che avuto nel nostro territorio, i nomi illustri che anche oggi qui abbiamo ricordato. La celebrazione non ci fa guardare alle vicende di ogni giorno, ai problemi veri delle persone e coglie solo superficiali “momenti di gloria”.

Il **ricordo** che (per maggiore chiarezza) ho prima qualificato come “fine a sé stesso”: il racconto di vicende storiche e di passaggi critici nel corso dell'incedere degli anni, i nomi di coloro che hanno reso degna di memoria questa storia. Il racconto storico può suscitare curiosità, interesse culturale, sicuramente utili per accrescere le nostre conoscenze su un passato a noi vicino per spazio temporale e per tematica, ma spesso non pone interrogativi all'oggi.

Celebrazione e mero ricordo non ci aiutano a capire la nostra storia e trarne giovamento.

Dobbiamo fare lo sforzo di **“leggere” la nostra storia**. Cioè dobbiamo cogliere le ragioni, le motivazioni culturali e sociali che hanno guidato le scelte di chi ha fatto, strutturato, modificato, ampliato, qualificato questo Ospedale nella storia di questi cento anni, facendo

i conti con gli accadimenti, con la realtà del tempo storico.

Guardando il passato e gettando uno sguardo verso il futuro, noi dobbiamo approfittare di questa occasione per porci le domande giuste:

- Perché è stato fatto l'Ospedale?
- Oggi a che cosa serve l'Ospedale? Chi serve?
- La Farmacia Ospedaliera come era fatta, che cosa faceva?
- Cosa fa oggi la Farmacia Ospedaliera?
- Domani l'Ospedale e la Farmacia a che cosa serviranno?

Non è possibile, in questa occasione, dare una risposta adeguata ad ognuna di queste domande;

una cosa è certa: gli ospedali, inventati nei secoli precedenti dagli ordini religiosi per soccorrere gli ultimi, i malati e gli emarginati dalla società, sono stati fatti propri nell'epoca moderna dalle nazioni europee per **venire incontro al bisogno di salute del popolo**.

Oggi gli Ospedali, i reparti, le strutture che lo compongono, inclusa la Farmacia Ospedaliera, sono molto cambiati; una cosa resta immutata nel tempo: la missione di **venire incontro al bisogno di salute del popolo**, che più correttamente dobbiamo declinare nella sua componente unitaria che è **la persona, il paziente**.

Anche tutte le trasformazioni a cui è andata incontro la Farmacia Ospedaliera, (certamente determinate dall'evolversi delle conoscenze e delle scienze chimiche, mediche, farmaceutiche) hanno una loro giustificazione se rispondono in modo più appropriato al compito di servire la persona, il paziente. È questo il "filo rosso" che ha legato, lega e deve poter legare anche in futuro i cento anni di questo Ospedale, in ogni sua espressione ed iniziativa. Se questo filo rosso si spezza, vuol dire che l'ospedale non servirà più e (prima o poi) è destinato a scomparire.

LA FARMACIA OSPEDALIERA DEGLI INIZI:

Nei primi 40 anni di attività dell'Ospedale la Farmacia Ospedaliera è stata gestita dalle Suore, con il supporto di assistenti e di

personale laico. L'attività era quasi esclusivamente galenica: tisane, infusi, decotti, empiastri, pozioni, cartine, pomate, pillole ecc. tutte preparazioni allestite nel Laboratorio di Farmacia con le materie prime ricavate dalle piante o dai sali minerali.

La Farmacia Ospedaliera conserva oggi un'importante collezione di vasi e vetri utilizzati per la conservazione e per la preparazione dei medicinali utilizzati in quegli anni (figura 1- 3)





Con il progredire della chimica, molte sostanze di origine vegetale e minerale sono state separate e purificate. Alcune aziende hanno iniziato a produrre medicinali in forma, composizione e dosaggio prefissato (non più personalizzato al singolo paziente). Nascono le prime “Industrie Farmaceutiche” tra le quali Ancona può vantare due nomi illustri: Angelini e Russi.

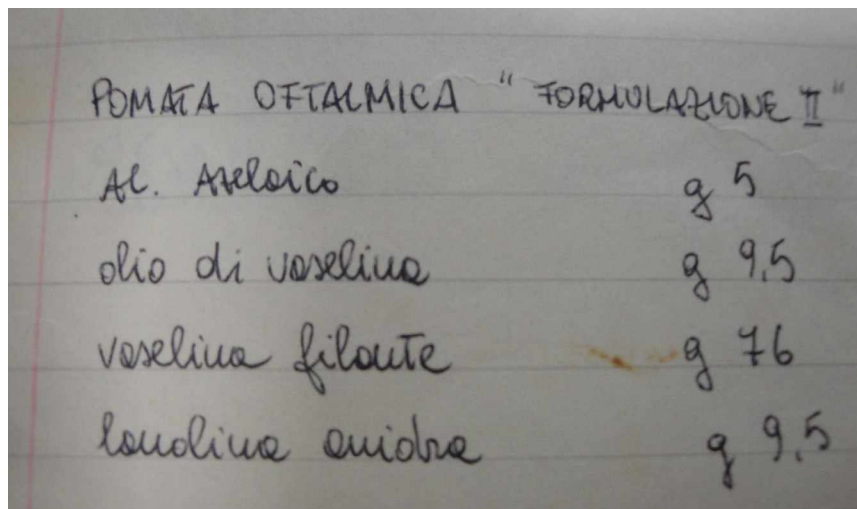
Le figure 4 e 5 presentano alcuni prodotti farmaceutici commerciali ancora conservati presso la Farmacia Ospedaliera di Torrette.



LA FARMACIA OSPEDALIERA DEGLI ANNI '50-'80:

A partire dalla metà dell'anno 1951 le suore lasciano la direzione della Farmacia Ospedaliera, concentrandosi sull'attività assistenziale. A dirigere la farmacia è la dr.ssa D'Arcais. La Direzione negli anni successivi passa alla Dr.ssa Mirella Gerini, al Dr. Piero Barboni, successivamente al Dr. Pierpaolo Tontini, Sosio Onofri ed oggi al sottoscritto.

Intorno alla metà del secolo scorso la Farmacia ospedaliera era ancora fortemente impegnata nell'allestimento di preparati galenici magistrali (per il singolo paziente) ed officinali (per più pazienti). Certamente i preparati commerciali che si potevano reperire dalle aziende chimico-farmaceutiche avevano progressivamente ridotto l'allestimento di preparati tradizionali, ma ancora era forte la necessità di utilizzare alcuni medicinali di difficile reperimento nel promettente mercato del farmaco. Alcuni esempi sono illustrati nelle figure 6 e 7, che riportano estratti del Formulario in cui il farmacista preparatore (di allora e di oggi) riporta la composizione delle preparazioni allestite.



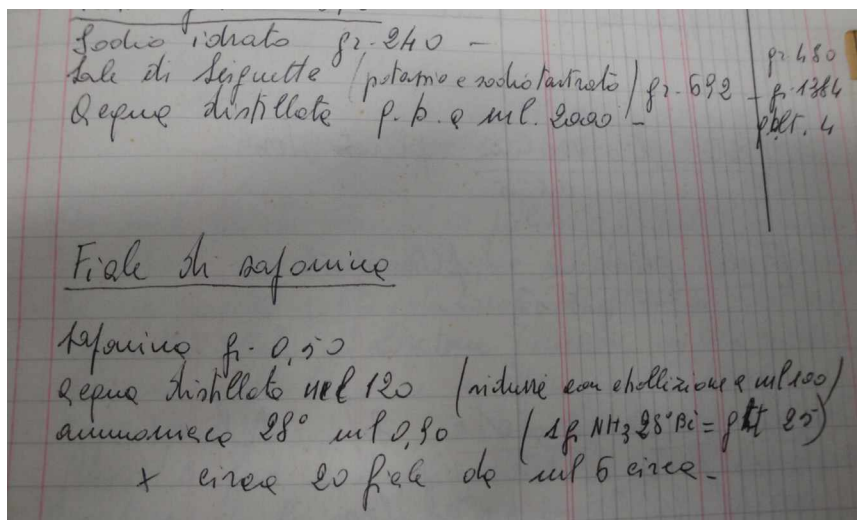


Figure 6 e 7: Immagini tratte dal Formulario della Farmacia dell'Ospedale Umberto I di Ancona. Sono riportate due preparazioni di cui una iniettabile che prevedeva l'utilizzo di fiale in vetro con collo ad imbuto da chiudere con fiamma al "becco Bunsen" e sterilizzazione in autoclave.

LA FARMACIA OSPEDALIERA DI IERI E DI OGGI:

Le attività della farmacia ospedaliera sono progressivamente mutate in funzione delle nuove esigenze terapeutiche e delle potenzialità del mercato per la produzione e messa a disposizione di farmaci, dietetici e dispositivi medici. La tabella I che segue elenca le principali attività svolte negli anni '80-2000 ed elenca anche le attività principali di una farmacia ospedaliera dei nostri giorni.

Ieri le attività che maggiormente impegnavano una Farmacia Ospedaliera erano quelle della logistica del farmaco (acquistare, conservare, consegnare ai singoli reparti e servizi dell'Ospedale i farmaci di cui avevano bisogno), la logistica dei dispositivi medici, la costruzione di capitolati di gara e di schede fabbisogno per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici di uso comune a più reparti.

Resta sempre l'apporto significativo della Farmacia Ospedaliera nell'allestimento di preparati galenici. Compaiono già però alcune aree di lavoro del tutto nuove, come la nutrizione clinica (allestimento di nutrizione parenterale artificiale, sviluppo delle conoscenze sui dietetici e sulla nutrizione enterale, ecc.); il farmacista inizia ad uscire dal magazzino e dal laboratorio ed entra più direttamente in contatto con il reparto, con il medico di reparto, con il personale sanitario di reparto.

Inoltre, la complessità dei nuovi farmaci, l'accresciuta disponibilità di principi attivi e di forme farmaceutiche diverse, l'evoluzione accelerata delle scienze farmacologiche, ecc. aprono al farmacista la strada di un contributo professionale sempre più necessario nella gestione del rischio clinico legato alla terapia farmacologica (Farmacovigilanza, informazione e documentazione sui farmaci).

IERI:

Logistica del farmaco

Consegna ai reparti

Galenica tradizionale

Gare e selezione dei farmaci

Gestione dispositivi medici comuni

Nutrizione Clinica

Rapporti con i reparti

Informazione e documentazione

OGGI:

Logistica del farmaco

Consegna ai reparti

Galenica tradizionale

Rapporti con i reparti

Consegna ai pazienti

Farmacovigilanza, farmaci off-label

Galenica personalizzata (NPT, CA,
riduz. dosaggio)

Gestione Dispositivi medici
specialistici

Le attività della Farmacia Ospedaliera ieri (anni 1980-2000) ed oggi. In neretto sono evidenziate le attività di maggior peso nei due periodi messi a confronto.

Oggi le attività della Farmacia Ospedaliera hanno subito un'ulteriore modifica. Con l'avvento dell'informatica e della robotizzazione le modalità di consegna ai reparti di farmaci, dietetici e dispositivi medici fatta individualmente da ogni magazzino di farmacia appaiono meno efficienti e più onerose: la logistica si sta sempre più caratterizzando con modalità organizzative che siano in grado di gestire più ospedali di un'area geografica tramite un magazzino centralizzato. Anche la galenica tradizionale sta perdendo il suo ruolo dato che molte preparazioni galeniche standardizzabili sono oggi reperibili sul mercato.

Oggi c'è bisogno dell'apporto del farmacista e della Farmacia Ospedaliera per nuove attività, quali la galenica personalizzata (riduzioni di dosaggio, modifica di preparati commerciali per singoli

pazienti, farmaci per malattie rare, preparati per pazienti con intolleranze o con età estreme della vita, quali il neonato e l'anziano fragile, non remunerativi per l'industria del farmaco), la gestione dei dispositivi medici specialistici (protesi, medicazioni con tecnologia avanzata, dispositivi medici invasivi, ecc.). Si sviluppa ulteriormente il rapporto con il clinico e con il reparto nell'affronto delle problematiche di cura (Farmacia Clinica). Infine si presenta nella farmacia ospedaliera un nuovo soggetto che prima non era quasi mai entrato in contatto con il farmacista: il paziente, che può ritirare i farmaci di cui ha bisogno alla dimissione o a seguito di visita specialistica direttamente nella farmacia ospedaliera con un risparmio di spesa del SSN.

Oggi l'avvento nelle nuove tecnologie hanno reso possibili attività e modalità operative innovative, prima non accessibili alla Farmacia Ospedaliera in genere e del nostro Ospedale. Alcuni esempi:

- L'attivazione del Laboratorio Regionale Controllo di Qualità dei preparati galenici e magistrali che ha il compito di verificare la qualità dei preparati galenici allestiti dalle farmacie (ospedaliere e convenzionate), studiare e valicare la stabilità nel tempo dei preparati galenici e magistrali, verificare la stabilità di preparati magistrali o commerciali dopo manipolazione, effettuare la rititolazione delle materie prime, ecc.
- L'attivazione della robotica nell'allestimento di preparati antitumorali in modo da aumentarne la sicurezza nell'allestimento e ridurre il rischio di contaminazione per il personale e per l'ambiente, attraverso la messa a regime nell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona di due unità Cytocare del Gruppo Loccioni.
- L'attivazione, in collaborazione con i reparti utilizzatori, di sistemi di tracciabilità dell'intero percorso del farmaco, dalla prescrizione, verifica, allestimento, fino alla somministrazione e monitoraggio delle terapie oncologiche.

LA FARMACIA OSPEDALIERA DI DOMANI:

La Farmacia Ospedaliera in tutti questi anni ha saputo adeguarsi alle mutate esigenze dell'organizzazione dell'assistenza negli ospedali. Il percorso non è certo terminato e le nuove sfide già sono davanti ai nostri occhi. La Farmacia Ospedaliera di domani sarà maggiormente impegnata in attività quali:

- La “Pharmaceutical Care”, cioè un contributo diretto del farmacista ospedaliero nella gestione della terapia farmacologica del singolo paziente, al fine di evitare interazioni, sovradosaggi, reazioni avverse ed incrementare l'appropriatezza d'uso dei farmaci;
- Il Farmacista Clinico di Reparto o di Dipartimento, una figura di farmacista a diretto contatto con i clinici, con i pazienti, con il personale sanitario e perciò presente in corsia, a sostegno delle decisioni terapeutiche nell'ottimizzazione delle cure, per quanto di propria competenza.
- Lo sviluppo dell'HTA (Health Technology Assessment), una metodologia che si pone l'obiettivo di confrontare tecnologie e approcci terapeutici (per farmaci e dispositivi medici) alternativi tra loro, valutando in modo complessivo, sistematico, multidisciplinare le conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche, dirette ed indirette, nel breve e nel lungo periodo delle diverse metodologie.

La figura 8 illustra in modo sintetico l'evoluzione di alcune attività tipiche della Farmacia Ospedaliera tra ieri, oggi e domani.

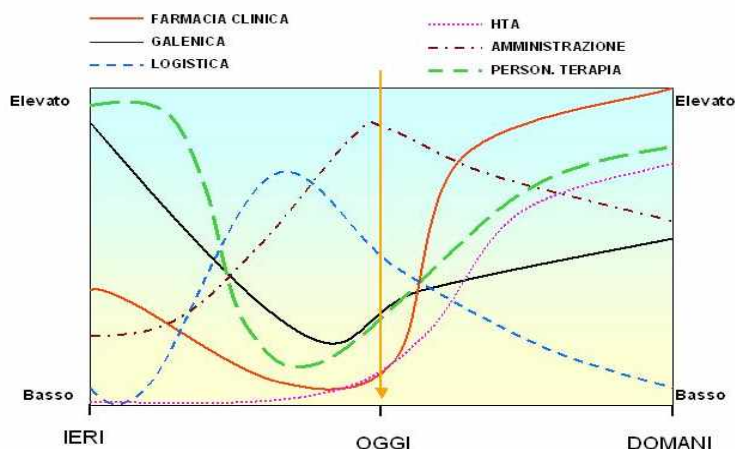


Figura n. 8: Rappresentazione grafica di alcune attività della Farmacia Ospedaliera tra ieri (lato sinistro del grafico), oggi (al centro) e domani (lato destro del grafico). La linea tratteggiata di colore verde quantifica il coinvolgimento della Farmacia Ospedaliera nell'attività "principe", che è quella della personalizzazione della terapia, cioè l'offerta dei farmaci più adatti per qualità, dosaggio, forma, modalità di somministrazione, efficacia e sicurezza per il singolo paziente.

Per quanto riguarda la Farmacia ospedaliera di questo Ospedale la tabella che segue sintetizza alcune delle iniziative e delle aree di sviluppo in progetto.

Tabella II: Progettualità della Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale Regionale di Ancona

• Progressiva implementazione del Farmacista Clinico e di Reparto
• Avvio armadi informatizzati di reparto e prescrizione informatizzata al letto del paziente
• Unificazione dei laboratori NPT (Nutrizione Parenterale Totale)
• Unificazione del Magazzino Farmaci e della gestione consegne ai reparti e servizi
• Robotizzazione della ricezione merci e della consegna ai reparti
• Attivazione del Laboratorio Tossico-nocivi
• Gestione informatizzata di tutte le richieste dei reparti
• Farmacia front-office per la distribuzione diretta ai pazienti
• Attivazione del Laboratorio Centralizzato Antibiotici Iniettabili

CONCLUSIONE:

La Farmacia Ospedaliera ha cercato in questi cento anni dell'Ospedale Umberto I di Ancona di dare il proprio contributo alla crescita della qualità dell'assistenza, assicurata in tutti questi anni dall'ospedale ai pazienti di Ancona, delle Marche e di ogni altra provenienza che sono stati accolti nei reparti, che sono entrati in contatto con i medici, con il personale infermieristico, con il personale dell'assistenza e di supporto al funzionamento dell'Ospedale.

Questi cento anni ci hanno fatto capire che il cuore dell'assistenza è il rapporto tra sanitario e paziente, tra persona che assiste e persona che è assistita. Senza il professionista (o meglio, la persona professionista) le macchine, la tecnologia, anche l'alta tecnologia non servono.

Certamente la sanità di oggi (come quella di sempre) ha bisogno di strumenti, di attrezzature, di organizzazione, di spazi, di personale, di fondi... ma soprattutto la sanità oggi (come quella di domani) ha bisogno di persone vere, che sanno appassionarsi al loro lavoro, che mettono del proprio nella loro professione.

Sig.ra **MARIA VIRGILI**

IL VALORE DEL VOLONTARIATO IN OSPEDALE.

L'Ospedale Umberto I compie 100 anni. Ma il volontariato si è inserito solo dopo la legge di riforma sanitaria 833/1978 che ha riconosciuto in modo chiaro ed esplicito il ruolo del volontariato presso le strutture ospedaliere. Questo compito principale dell'Ospedale è la cura del malato e anche, se è possibile, provvedere al benessere globale della persona. Non sempre l'Ospedale riesce ad assolvere questo compito ed è in questo spazio che si inserisce il volontariato. Presso L'Azienda Ospedali Riuniti sono presenti, regolarmente iscritte nel registro del volontariato, 40 associazioni. Tutte queste associazioni hanno compiti e servizi diversi l'una dall'altra, ma scopo e finalità comune: il benessere della persona. Viene spontaneo chiedersi perché tante persone fanno volontariato quando potrebbero svolgere altre attività o trascorrere il loro tempo in maniera più divertente e spensierata. Essere volontari non significa usare il proprio tempo libero, ma liberare un tempo dagli impegni di lavoro e di famiglia per fare quello che ci si sente di fare: aiutare gli altri. Non tempo libero, ma tempo liberato. Chi fa volontariato ha l'impulso di dare aiuto. Il desiderio di diventare volontari nasce da una dimensione di generosità, altruismo e gratuità. Valori che nella nostra società si sono un po' persi. Il volontariato così come previsto dalla normativa, svolge un servizio organizzato e continuativo non basato sullo spontaneismo e la buona volontà.

Il volontariato si inserisce nel contesto ospedaliero cercando di assicurare, con continuità, una presenza amica e continuativa. Offre alle persone che si trovano nel bisogno e nel dolore i servizi atti ad alleviare, per quanto possibile, la sofferenza oppure aiutare a superarla ed accoglierla. I volontari ascoltano le persone, cercano di essere un loro tramite tra la struttura, ambiente per molti sconosciuto, informano sui comportamenti da tenere in ospedale ed i servizi che questi

offrono assicurando una presenza amica accanto al malato cercando di portare un po' di serenità. Il volontariato contribuisce in maniera fattiva ad umanizzare la struttura. Il motto del volontariato dovrebbe essere farsi uno con chi soffre. La motivazione da sola non basta a fare un buon volontariato. È necessario quindi che i volontari siano persone preparate e per questo frequentano dei corsi dando loro i primi insegnamenti per svolgere in maniera efficace i servizi che saranno chiamati a svolgere.

La parola magica è donazione che oltre ad essere iniziale ed indispensabile si trasforma in permanente fonte di aggiornamento e approfondimento su temi di carattere generale o relativi a specifici ambiti in cui si è chiamati ad operare. La formazione è fondamentale altresì per la rimotivazione continua dei volontari. Amicizia, solidarietà, vicinanza, accoglienza, ascolto; in una parola empatia. Sono questi i valori del volontariato che dovrebbero essere importanti in tutte le attività. Le associazioni di volontariato sono cresciute insieme all'ospedale e intendono assumere un ruolo sempre più partecipativo nell'interesse del malato e della struttura. Questa è la scommessa dei prossimi 100 anni.

Dr.ssa **NADIA STORTI**

Il Futuro degli “Ospedali Di Ancona” Ospedale Umberto I, un tesoro per Ancona

Il suo presente e il futuro, nel ritmo ineluttabile del tempo che passa, sono la logica prosecuzione di quell’antica evoluzione nella cura globale della persona.

Nel cuore della Città, a due passi dal mare, sorge l’Umberto I, antico ospedale a padiglioni immerso nel verde. Da sempre l’ospedale degli anconetani, da anni punto di riferimento regionale e interregionale di ampie specialità .

Dura quasi un secolo la sua Storia, fatta di Uomini e di Donne che hanno vissuto la propria vita in Ospedale, vicino ai malati, bisognosi di cura e di conforto. Persone che hanno contribuito, da protagonisti, alla Storia dell’Ospedale. Con questo breve scritto si vuole proporre alcuni ricordi dell’Ospedale Civile Umberto I, oggi Azienda Ospedaliera, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Ancona e sede del Coordinamento regionale dell’Emergenza Sanitaria.

Il suo presente e il futuro, nel ritmo ineluttabile del tempo-che-passa, sono la logica prosecuzione di quell’antica evoluzione nella cura globale della persona, coadiuvata poi dalla ricerca e dalla didattica, supportata infine dall’uso accorto dell’alta tecnologia. Per conoscere, sapere, curare e guarire. Mettendo la persona al centro del Sistema. Sempre.

È IL GIORNO 24 GIUGNO 1906

Iniziano i lavori di costruzione del nuovo Ospedale Civile Umberto I. Alla posa della prima pietra sono presenti i Sovrani d’Italia. Il clima

è ormai estivo, l'aria è profumata di una leggera brezza marina che proviene dalla zona del Porto. Su di un terreno di circa cinque ettari, alle pendici del Monte Cardeto, nel cuore di Ancona, strana Città dove il sole nasce e tramonta nel mare, viene realizzata la nuova struttura, moderno nosocomio composto di più fabbricati, "tutti rivolti verso sud, in pendio soleggiato e protetto dai venti del nord". L' 'Ospedale viene realizzato in poco più di cinque anni. L'iniziativa è di Luigi Dari, Domenico Pacetti e Domenico Valori.

È IL GIORNO 20 NOVEMBRE 1911

Oggi la solenne inaugurazione.

Fin dai primi anni, in ritmo crescente e quasi senza interruzioni, il nuovo ospedale si trasforma, si amplia. Si adatta alle crescenti esigenze dei bisogni sanitari della popolazione e alla evoluzione della scienza medica del nuovo secolo.

Sorgono nuovi reparti e si costruiscono nuovi fabbricati, si guarda al futuro e a nuovi orizzonti: geografici, concettuali, clinici.

È IL GIORNO 1 GENNAIO 1922

I degenti sono 237 di cui 104 uomini e 133 donne. Nel corso dell'anno i ricoveri saranno 2388, con una media giornaliera di sette nuovi ammalati.

Sono in servizio 15 medici, 54 infermieri (uomini e donne), 20 monache, 9 lavandaie, 8 guardarobiere e 8 addetti ai servizi.

L'Ospedale Umberto 1- è scritto in vari testi - è "il filo conduttore della sanità anconetana": rappresenta il collegamento storico e dei sentimenti tra il mondo delle istituzioni medioevali e il futuro pros-

simo della sua modernità. Vive con i suoi uomini l'evolversi dei nuovi concetti di assistenza e di terapia e passa a una fase definibile artigianale a un'attività scientifica sempre più complessa: sul piano della tecnologia e delle sue applicazioni, in campo sociale e sul versante di un uso attento e generoso di risorse umane di alto valore morale e scientifico. Per Ancona e per la sua regione e la fase moderna della sanità, un trionfo della medicina e della chirurgia.

Negli anni più recenti, accanto al progresso tecnologico sempre più sofisticato, si assiste ad una valutazione e interpretazione critica più matura dei risultati, a ripensamenti terapeutici, a considerazioni più accorte circa i limiti della scienza medica. Ciò favorisce lo sviluppo di imponenti attività assistenziali, della ricerca scientifica e della didattica: nelle corsie, nei laboratori, nelle sale operatorie. L'Umberto I si caratterizza come luogo privilegiato per la formazione di intere generazioni di medici e di infermieri.

ANNO 1930

L'Umberto I inizialmente comprende un reparto di medicina, uno di chirurgia, uno celtico e un quarto per la cura della tubercolosi. Ma serve di più. Allora si allarga e si orienta verso nuove branche specialistiche, affidandosi inizialmente a consulenti esterni, i migliori. Facendo poi nascere, crescere e formare, al suo interno, specialisti propri.

Il primo Direttore e Primario di Medicina Generale è il Prof. Umberto Baccarani.

Dal lato chirurgico, grande fama e nome ha invece il primo Primario, Prof. Lorenzo Cappelli, "audace operatore che riesce a stupire la fantasia e l'immaginazione dei contemporanei, saturando una ferita

di coltello al cuore”. È anche fondatore dell’AVIS anconetana. A lui è dedicata la Piazza antistante l’Ospedale.

VERSO LA MODERNITÀ

L’efficienza organizzativa e l’alta specializzazione dei sanitari sono ormai certezza. E tutto ciò richiama pazienti sempre più numerosi e patologie sempre più complesse, non solo dalle Marche, ma anche dalle regioni limitrofe.

Superate, con la determinazione tipica dell’anima anconetana, le profonde ferite dovute ai terremoti e alla guerra, la Storia dell’Umberto I va avanti, mai piegata e sempre rafforzata dalla intelligenza e dalla costante presenza dei suoi Protagonisti.

ANNI 60

Gli spazi dell’Umberto I, di fronte alla richiesta di prestazioni sanitarie più complesse e sofisticate, mostrano la loro insufficienza e inadeguatezza. Serve ancora di più. La struttura, organizzata a padiglioni isolati, pur inserita in un verde secolare e salutare, non risponde più alle necessità igienico-sanitarie e organizzative. Sotto l’aspetto formale, si delibera di qualificare l’Umberto I come Ospedale Regionale e di costruire un secondo, più grande e più moderno presidio, con il progetto di successivo ampliamento per trasferirvi l’intero complesso ospedaliero. Un sogno che solo oggi, anno 2000, si sta realizzando grazie a precise scelte dell’attuale vertice aziendale che ha voluto e saputo fronteggiare e superare i mille ostacoli burocratici e amministrativi.

La scelta cade sulla località Torrette, a diretto contatto con le grandi vie di comunicazione tra Ancona e l’entroterra. Il nuovo ospedale,

realizzato in unico corpo ben articolato e munito di tutti i servizi, viene dotato anche di elicottero ed eliporto. È l'inizio del futuro.

IL NUOVO OSPEDALE.

LA NUOVA CITTA. DELLA SALUTE.

Qui tecnica e progresso scientifico e organizzativo continueranno ad andare avanti, congiunti all'attenzione globale verso la persona e all'etica.

Frammenti

Da un'unica pietra spezzata...
Cento frammenti schizzati.

Con un vezzo il sole si scolla dal mare...
Infiamma l'orizzonte e sale.
Spande vita come magia;
quella vita per sempre sarà presente.

Con il cuore il momento vorrei fermare...
Ma mai il tempo vorrei veder arrestare...
E al soffio del vento volare.

Da un'unica pietra spezzata...
Maghi, alchimisti, marinai e mercanti,
nobili e contadini, soldati, religiosi e dottori...

Uomini e uomini...
Hanno seminato il cammino della conoscenza.
Hanno coltivato il percorso dell'essenza.
Hanno redatto la strada all'esistenza.

Uomini...
Che i loro corpi hanno abbandonato.
Che il loro cuore hanno lasciato.
Che il loro animo hanno ritrovato.

Frammenti!
Trasmettono il passato ricorrente.
Tramandano l'amore persistente,
quel chiarore per sempre sarà presente.

Da un'unica pietra spezzata...
Frammenti!
Volteggiano nel firmamento.

Scritta in occasione del Centenario dell'Umberto I da *Sandro Mangiacristiani*,
infermiere presso il Servizio di Elisoccorso della Regione Marche.

Ringraziamenti

La Fondazione degli Ospedali riuniti di Ancona onlus ringrazia tutti i Relatori per i loro preziosi contributi, il Dott. Ugo Braccioni e Dr. Maurizio Cesarini per la collaborazione.

Un grazie speciale al Dott. Vittoriano Solazzi Presidente dell'Assemblea Legislativa delle Marche, alla Dr.ssa Paola Giorgi Vice Presidente dell'Assemblea Legislativa delle Marche.

Per la realizzazione del volume Caludio Desideri, Maurizio Tocca-
celi e Mario Carassai.

In allegato il CD contenente le foto della Mostra “100 foto per 100 anni” realizzato dal Laboratorio fotografico degli Ospedali Riuniti di Ancona nelle persone di Franca Mazzoni e Gianni Mazzarini, Giancarlo Aiudi e Daniele Ballanti.

A cura di

Dr.ssa Annarita Settimi Duca e Dr.ssa Annalisa Cannarozzo.

Stampato nel mese di
novembre 2011
presso il Centro Stampa Digitale
dell'Assemblea legislativa delle Marche



