



Rosamaria Alibrandi

**IN SALUTE
E IN MALATTIA**

Le leggi sanitarie borboniche
fra Settecento e Ottocento



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Rosamaria Alibrandi

**IN SALUTE
E IN MALATTIA**

**Le leggi sanitarie borboniche
fra Settecento e Ottocento**

**Prefazione di
Alessandro Fontana**

FRANCOANGELI

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*La via de' giusti, cioè de' valenti,
quasi luce splendente procede*
Dante, *Convivio*, VII, 9-10

A mia madre, *nunc et semper*

Indice

Prefazione , di <i>Alessandro Fontana</i>	pag.	9
Premessa	»	13
1. Le condizioni dell'esistenza	»	17
1. Il <i>bene</i> salute. Una nuova teoria dell'assistenza	»	17
2. Cura del corpo, cura dell'anima	»	20
2. L'ordinamento sanitario nei dominî <i>citra et ultra</i> <i>Pharum</i>	»	26
1. Scienza medica e salute pubblica nel Settecento	»	26
2. Tra guerre ed epidemie: le istituzioni nel cambio di secolo	»	31
3. Medici e ospedali: dall'Antico Regime alla Restaurazione	»	35
4. I riferimenti alla salute nelle Carte costituzionali (1812, 1820)	»	38
3. Il servizio sanitario interno	»	47
1. Accentramento politico e controllo amministrativo in Sicilia	»	47
2. La prima legislazione organica sulla salute del Regno delle Due Sicilie	»	52
3. Le Deputazioni di salute	»	55
4. Il Protomedicato	»	58
5. L'Istituto centrale vaccinico	»	62
4. Il servizio sanitario marittimo	»	68
1. Il <i>dominio del mare</i> : usi marittimi, diritto positivo e trattativa settecentesca	»	68
2. Legni, ciurme, merci: la profilassi nel XVIII secolo	»	77

3. La patente sanitaria marittima, strumento di difesa dalle epidemie	pag.	80
4. La normativa penale sulle infrazioni per vie di mare alle leggi sanitarie	»	83
5. Le competenze delle Deputazioni	»	90
5. Nuovo secolo, vecchi problemi	»	96
1. Governare l'emergenza: <i>l'orrida mortalità dalle Indie venuta</i>	»	96
2. Il male viaggia per mare	»	102
3. <i>La fredda morte ed una tomba ignuda</i>	»	106
4. Modesta proposta per prevenire	»	112
5. Misure di polizia nel 1837 in Sicilia	»	116
6. <i>Quanta moves funera</i> : cronaca di un linciaggio	»	123
7. Il colera post-unitario	»	140
8. Le leggi sanitarie del Regno d'Italia	»	150
Conclusioni	»	159
Fonti	»	163
Indice dei nomi	»	169

Prefazione

di Alessandro Fontana*

Questo libro racconta la storia del colera nel Regno delle due Sicilie. Pur preceduto da un succinto ma esauriente profilo tecnico e istituzionale degli ordinamenti sanitari tra Sette e Ottocento, in Italia, e delle questioni legate alla malattia e alla salute, alla «cura del corpo, cura dell'anima», è uno studio di storia sociale, disciplina che, come dicono i Francesi, figura come la «parente povera» nella famiglia degli studi storici. Parente povera rispetto alla storia delle idee, alla storia politica, alla storia delle dottrine letterarie, giuridiche, economiche, e ad ogni tipo di micro o di macrostoria, di breve o di lunga durata. Questo in Italia, nelle università italiane, ove non si può fare storia senza indossare gli abiti curiali; far storia sociale è come ingaglioffarsi giocando alla cricca di machiavelliana memoria. Quel che disturba, in questa storia, è che si occupa più di cose fatte che di cose dette, per quanto si sappia da tempo che la verità, la verità del reale, sta molto meno in quel che si dice che in quel che si fa. E ci si potrebbe anche chiedere per quali ragioni nei paesi a Stato recente (Italia, Germania), ci si interessa, nelle università, più alle idee che ai fatti, a differenza di quanto accade nei paesi a Stato vecchio, come la Francia o l'Inghilterra. Vi interessate, per esempio, alle riforme penali nel Settecento in Italia: avrete biblioteche intere di libri ripetitivi sulle teorie, le fonti, i prestiti, le influenze, le codificazioni, ecc., ma quasi nulla, per scarsità di studi, sulla criminalità, le rivolte contadine, il vagabondaggio, le carestie, cioè su tutto ciò che ha reso le riforme possibili e necessarie. Naturalmente, questa gerarchia degli interessi funziona come censura istituzionale, diretta o indiretta, per cui ogni studente di diritto o di scienze politiche, salvo eccezioni, sa che è più prudente occuparsi di Hobbes o di Rousseau, su cui non c'è più molto da dire, che, per esempio, di Bruneseau o di Hausmann, ideatori e costruttori della moderna rete fognaria, l'uno, stradale l'altro, di Parigi. Le fognature appunto che, come le ha definite V. Hugo in un capitolo dedicato loro nei *Mise-*

* Professore emerito dell'École Normale Supérieure de Lyon.

rabili, sono «la coscienza della città». Dopo gli ammodernamenti dovuti appunto in gran parte alle epidemie, potremmo persino dire che sono l'inconscio delle città. Tutto questo farà certamente sorridere le vestali dalle sacre bende, ma non un Walter Benjamin, per non citare che lui, di cui sono noti gli interessi e gli studi sulla «fisiologia» della Parigi ottocentesca.

Allora, perché un libro sulla storia del colera in Italia? Perché serve a chi si interroga non tanto sui regimi politici – monarchia, repubblica, federalismo –, non solo sulle idee politiche – liberalismo, socialismo, comunismo –, ma sulla nascita e sul funzionamento dello Stato moderno. Al di là dei regimi e delle dottrine politiche, al di là dei conflitti di partito, al di là delle stesse lotte di classe, il colera e i contagi epidemici nel XIX secolo, in Italia (ma non solo), sono una delle piste principali, con la fiscalità, l'esercito, il sistema penale, la polizia, l'assistenza, l'educazione scolastica, per comprendere come si è elaborata e progressivamente rafforzata la rete degli interventi dell'autorità pubblica nella cosiddetta società civile, dalla famiglia agli ospedali, dagli individui alle collettività, dall'entroterra alle frontiere. Gli interventi e le disposizioni contro il contagio hanno fornito uno strumento essenziale per intensificare ciò che lo Stato moderno persegue sin dal suo nascere, ciò che ha reso appunto possibile la nascita dello Stato: la conoscenza del territorio e i saperi sulla popolazione; l'epidemia e il contagio più che le scoperte mediche e i progressi terapeutici, che riguardano tutt'al più la storia della medicina, l'epidemia nel settore specifico dell'igiene e della sanità pubblica. Ben lungi dalla «neutralità» che resta una delle inestirpabili ubbie dei teorici del mercato, gli interventi statali nei periodi di epidemia hanno articolato insieme rilievi statistici, pratiche puntuali e diffuse di sorveglianza e di controllo del territorio e delle popolazioni (soprattutto le città e le classi povere), misure amministrative nelle terre e nei porti per arginare e contenere il contagio, con un progressivo rafforzamento delle tecniche sanitarie dal cosiddetto «stato di polizia» degli antichi regimi ai poteri dei prefetti dopo l'Unità. E, come è vivacemente ricordato in questo libro, sullo sfondo delle paure, minacce, sospetti, intimidazioni e sanzioni suscitate dalla epidemia, sono rispuntati i vecchi spettri delle superstizioni popolari: la caccia agli untori (di manzoniana memoria), le accuse agli avvelenatori, lo scatenamento di remoti e non sopiti rancori contro gli stranieri, per non parlare dei fantasmi – in senso freudiano – di quei liberali siciliani che denunciano il contagio come un complotto borbonico contro l'isola. Il lettore seguirà nel dettagliato racconto del libro quello che qui, in questa breve premessa, viene solo accennato: ancora una volta la *pudenda origo*, la laboriosa e talora cruenta installazione di un settore cruciale dell'amministrazione pubblica, quello delle pratiche sanitarie in circostanze d'emergenza.

Mi si consenta, per finire, di aggiungere qualche estemporanea considerazione. Rosamaria Alibrandi, autrice di questo libro, utilizza una lingua di alto registro per parlare di materia povera. Questa discrepanza, per così dire, tra stile e oggetto, tra la lingua e ciò di cui parla, ha tutte le apparenze di un «ossimoro», di cui esistono esempi illustri nella storia letteraria, in autori come il Parini, che si serve della lingua più raffinata del Settecento per raccontare la mediocre, derisoria e grottesca giornata di un «giovin signore» milanese, o come Marcel Proust, che ricorre alla prosa più elaborata del Novecento francese per raccontare gli splendori e le miserie dell'aristocrazia francese, e la sua malinconica decadenza dopo la fine della prima guerra mondiale. Ora questo ossimoro, lo si voglia o no, fa già di questo libro un testo ai confini, o agli inizi, della letteratura, che si può dunque leggere come un romanzo. La cosa non sorprenderà se si pensa alle misteriose affinità, allo strano connubio, quasi una sorta di reciproca attrazione, tra i morbidi epidemici e la letteratura, come attesta la loro secolare connivenza con il racconto (la peste in questo caso) in autori come Tucidide, Defoe, Manzoni, via via fino ad Artaud, per non citare che loro. La lista potrebbe allungarsi, e ci sarebbe un bel libro da scrivere su queste nozze morganatiche tra la peste, il colera, il vaiolo prima, i «flagelli» della sifilide e della tubercolosi poi, e la letteratura. E non è un caso se l'autrice cita un racconto ispirato al massacro di una famiglia, i coniugi Schwentzer, e, più in là, De Amicis e De Roberto.

Ma c'è un'altra virtualità in questo libro che riguarda, se non propriamente la letteratura, il più grande poeta italiano dell'Ottocento, Giacomo Leopardi, che muore a Napoli nel 1837 colpito dal colera di cui si parla ampiamente in questo libro. Divagando un po' si potrebbe allora pensare al racconto delle ultime ore del poeta, mentre in città infuria e fa strage il morbo. Qualcosa del genere esiste già: è *La morte di Virgilio* (1946) di Hermann Broch. Senza le faticose considerazioni cosmico-metafisiche di Broch, Rosamaria Alibrandi, con la sua prosa elegante, le sue capacità descrittive e narrative, i suoi interessi filosofici e letterari, potrebbe forse raccontarci, prendendo lo spunto e l'avvio dal capitolo del suo libro dedicato alla *querelle* sulla sepoltura del poeta, l'episodio di una Napoli stravolta e disfatta dal colera, un po' come quella di Malaparte nel finale della *Pelle*, e di un poeta in fin di vita che ripensa alle illusioni, al tempo, al nulla, al male, e all'ultima speranza, la lenta ginestra, in un mondo senza più speranze.

Premessa

1. L'effetto umiliante delle dita del medico¹

L'aspirazione ad affrancarsi dall'antico che connota la Rivoluzione francese investe anche la scienza medica: una nuova idea di medicina, che rompe col passato, già dal 1792, ha un primo teorico in Rasori², seguace del brownismo³, sistema generale e semplice che risolve la particolarità dei casi clinici in uno schema patologico onnivale, atto a giustificare una diagnostica non differenziale ed una terapeutica non individualizzante.

La nuova teoria medica è connaturata all'idea di una società egualitaria nata dalla Rivoluzione, che deve dotarsi di quadri sanitari diversi e di veloce formazione, che siano, innanzi tutto, funzionali all'urgenza che le guerre rivoluzionarie rappresentano.

Il cambiamento, rispetto agli antichi regimi, è rapido e, per lo meno in questo campo, irreversibile.

Poco importa se alle nuove teorie e prassi, browniana e rasoriana, viene mossa l'accusa di voler formare un medico sul campo in quattro settimane:

¹ R. Carver, *Poesia e Cadillac*, in *Blu Oltremare*, Minimum fax, Bologna, 2003, p. 263.

² Giovanni Rasori (1766-1837), clinico parmense, protagonista del mondo scientifico di ispirazione giacobina, elaborò e diffuse le teorie browniane in Italia, ed un modello di medicina che considerava la malattia un evento totale che riguardasse il malato nel suo complesso fisiologico. Per una biografia di Rasori, cfr. G. Cosmacini, *Scienza medica e giacobinismo in Italia. L'impresa politico-culturale di Giovanni Rasori (1796-1799)*, Franco Angeli, Milano, 1982; G. Cosmacini, *Il medico giacobino. La vita e i tempi di Giovanni Rasori*, Laterza, Roma-Bari, 2002.

³ John Brown, (1735-1780), clinico scozzese, autore degli *Elementa medicinae*, tradotti da Rasori (*Johannis Brunonis Elementa medicinae, editio prima italica cui praefatus est Petrus Moscati*, Galeatius, Mediolani 1792), semplificò patologia e clinica reagendo alla dispersione casistica ed all'eclittismo terapeutico; cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Laterza, Roma-Bari, 1998, pp. 257-260.

meglio dei pratici, soprattutto dei chirurghi (la cui opera è così utile) che degli eruditi impegnati nel formulare dotte diagnosi per mali senza cura.

Gli eventi di fine secolo e quelli d'inizio Ottocento, che contrappongono all'allungamento della vita l'alta mortalità sui campi di battaglia, accelerano lo scambio generazionale.

Il vaccino di Jenner salva comunque più vite di quante ne sacrifichi la guerra, si registra un aumento demografico; al momento, la medicina è medicina militare, principalmente, e l'azione dei governi tende a darle una portata di massa, attraverso la creazione dei posti di pronto soccorso e l'intensa opera degli ospedali da campo.

Nel 1816 Laënnec inventa lo stetoscopio, uno strumento diagnostico rivoluzionario, che trasforma la pratica della medicina, «la percezione della malattia da parte del medico, il rapporto medico-paziente», a completamente dell'iter teorico sperimentale ispirato al modello di medicina anatomico-clinica che è la risposta alla sfida scientifica da parte della clinica negli ospedali della Parigi napoleonica e del post-Napoleone⁴.

Ma che ne è della percezione del paziente, in uno sperequato rapporto col medico di mille a uno sui campi di battaglia, o nelle corsie sporche e sovraffollate di un luogo deputato alla morte piuttosto che alla guarigione?

Negli ospedali si va per morire, sono «un chiostro in cui si veniva a rendere l'anima a Dio, un vero e proprio mortorio»⁵.

È un momento topico: la salute prescinde dalla medicina, non in modo ovvio, perché non ne abbia bisogno, ma perché il concetto affiora come esigenza della collettività, anche se l'indagine per lo più si spende sui destini delle élite e manca il passaggio successivo, legare la riflessione sugli *ordini* privilegiati ai problemi della gente comune, quella che popola le strade delle città: guardare dal basso; dall'esterno di un sistema politico senza dare per scontato il primato sociale di un ceto e delle sue organizzazioni; da dove è radicata una forte diffidenza verso chi fa piani e progetti per tutti a certificare la propria identità.

I lumi della ragione hanno posto in evidenza che la salute non è un bene solo del singolo, ma dell'intera società. Pensata in modo diverso, la malattia è squilibrio, è lesione⁶.

Nonostante la presa di coscienza che si tratti anche di un danno sociale, il periodo della Restaurazione (che nella penisola italiana è funestato, all'indomani

⁴ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 271.

⁵ M. Foucault, *Crisis de un modelo en la medicina?*, Prima conferenza sulla storia della medicina, Istituto di medicina sociale, Università di stato di Rio de Janeiro, Centro biomedico, ottobre 1974, in *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, n. 3, 1976; in *Archivo Foucault 2. Interventi, Colloqui, Interviste, 1971-77*, a cura di A. Dal Lago, traduzione italiana di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano, 1997, p. 208.

⁶ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 273-276.

della caduta napoleonica, dal contagio di tifo petecchiale che imperversa fino al 1817), registra sostanzialmente immutate le condizioni sociosanitarie.

Le endemie (vi è ancora la peste fino al 1815, l'ultima malinconica peste bubbonico-borbonica⁷) costituiscono, nello stesso tempo, la spinta per i governi ad impegnarsi in tema di salute pubblica, e l'occasione di confronto fra malattia e nuova medicina.

Per la difesa dai contagi epidemici l'attività di governo nell'area politico-sanitaria deve tener conto del contesto: si inaugura una tendenza che diverrà sempre più netta nel corso dell'Ottocento.

La profilassi antivaiolosa diviene una pratica già nel primo triennio del secolo, anche se la vaccinazione urta dovunque contro un mondo di arretratezze culturali, soprattutto nelle campagne.

Quando il vaiolo esce di scena (a parte sporadiche ricorrenze fino al 1834), arriva la «peste dell'Ottocento»⁸, il colera, che, dal 1817, esordisce sullo sciagurato proscenio del Gange per poi replicare ciclicamente nel teatro europeo le sue comparse.

A partire dal 1830, percorrerà l'Europa dalla Russia alla Polonia, dalla Germania all'Inghilterra, dalla Francia al Piemonte, da Genova a Napoli.

Qui lo stato è più debole e meno invasivo che altrove; l'inerzia rallenta il censimento della società. Manca la spinta che assolva il ruolo chiave di avvicinare le strutture interpretative alla effettiva articolazione di una realtà molteplice e dalle parti spesso in contrasto tra loro; la monarchia non sa accordare il suo linguaggio al mondo e ripudia il cambiamento che sveli i nuovi paradigmi, che la conduca per mano dentro l'innovazione.

L'epidemia, in un sistema debole, sparge desolazione e morte, e provoca problemi di ordine pubblico «cagionando ovunque gravi disordini perché creduto veleno»⁹.

In un clima da caccia alle streghe il popolo inferocito indaga i propagatori del male, vive l'autorità come nemica storica, è lontano dalle dotte dispute scientifiche quanto vicino alle *dicerie dell'untore*.

Dalla superstizione al ricorso al divino il passaggio è obbligato. «Ma Dio si nascose nell'ira sua. Invano la scienza interrogò i misteri del sepolcro; l'umano sguardo si stancò nelle tenebre»¹⁰.

⁷ La metonimia è di Carlos Petit, suggerita nel corso di uno scambio epistolare.

⁸ La definizione venne data da Alfonso Corradi, negli *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850*, vol. I, Forni, Bologna, 1973.

⁹ E. Poggi, *Storia d'Italia dal 1814 al di 8 agosto 1846*, Barbera, Firenze, 1883, vol. II, p. 175.

¹⁰ A. Brofferio, *Storia del Piemonte dal 1814 ai giorni nostri*, Pompeo Magnaghi, Torino, 1850, parte III, vol. I, p. 91.

L'emergenza mette a dura prova i governi, a tutte le latitudini. Svela i problemi latenti, enfatizza gli esistenti e non rende affatto «gli uomini migliori»¹¹.

La politica sanitaria si riduce a pratica sanitaria.

Le normative dettate d'urgenza, e la loro applicazione, hanno sempre deluso o sollevato proteste.

Legiferare su un tema consustanziale alla sopravvivenza stessa dell'uomo è scrivere su fogli di cristallo.

Una pressione più forte e la pagina si rompe.

¹¹ N. Machiavelli, *Discorsi sopra la prima deca di Tito Livio*: «...per peste, per fame o per inondazione d'acqua ...Quando l'astuzia e la malignità umana è venuta ove la può venire, conviene di necessità che il mondo si purghi in uno dei tre modi ...acciocché gli uomini, essendo divenuti pochi e sbattuti, vivano più comodamente e diventino migliori». In *Il Principe. I discorsi*, Cremonese, Roma, 1955, Libro II, cap. V, pp. 259-260.

1. Le condizioni dell'esistenza

«Corpo io sono e anima» così parla il fanciullo
Ma il risvegliato e sapiente dice:
corpo io sono in tutto e per tutto, e null'altro;
e anima non è altro che una parola per indicare qualcosa del corpo¹.

1. Il bene salute. Una nuova teoria dell'assistenza

Il passaggio da una medicina metafisica, empirista e sensista, ad una medicina che procede nella ricerca delle cause della malattia attraverso un impegno teorico e sperimentale assunto quale metodo positivo di indagine, muta le modalità di approccio al malato.

Johan Frank², professore presso l'Università di Pavia dal 1745 al 1795, dà corpo scientifico ad una impostazione amministrativa dell'igiene pubblica³ su cui fondare una politica sanitaria statale. Deponendo (infine!) l'assioma igienico-religioso, affida allo Stato le competenze riguardo la salute pubblica, da tutelare mediante l'emanazione di dettati normativi che regolino la vita civile; lo Stato deve anche farsi carico di sorvegliare che siano applicati, e cogliere i dati che esprimano i bisogni collettivi per proporre nuove leggi⁴.

Divenuta la sfera pubblica il fulcro d'ogni riforma, nasce la visione di un ordinamento sanitario che scaturisce dall'Illuminismo e dalla Rivoluzione francese: una nazione moderna che si propone di realizzare la libertà e l'eguaglianza dei cittadini di fronte alla legge, cura il benessere dei medesimi quale bene supremo dello Stato.

¹ F. Nietzsche, *Così parlò Zarathustra*, Adelphi, Milano, 2002, p. 33.

² Johan Peter Frank (1745-1821), precursore dell'idea dell'igiene come scienza, teorico della tecnica medica che deve operare per proteggere le categorie più a rischio, docente a Pavia dal 1784 al 1795, fu l'autore della *Polizia Medica*, il primo trattato di igiene e sanità pubblica, che attribuiva allo Stato la cura della salute pubblica, a cui si doveva provvedere non solo in caso di gravi epidemie, ma costantemente sorvegliando «la pubblica igiene con cura previdente».

³ J.P. Frank, F. Tantini, *Biografia di Giovan Pietro Frank scritta da se stesso fino all'anno 1801. Tradotta dal tedesco e continuata fino al 1821 dal Dottore Francesco Tantini, Professore Onorario nell'I. e R. Università di Pisa*, Sebastiano Nistri, Pisa, 1822, pp. 25-26.

⁴ J.P. Frank, *Sistema Compiuto Di Polizia Medica di G. P. Frank, Traduzione dal tedesco del Dott. Gio. Pozzi*, Giovanni Pirotta, Milano, 1829, vol. XVII, pp. 223-224.

A partire dall'Ottocento, l'ospedale diventa il centro della clinica⁵ e dell'anatomia, il luogo ove si realizza il governo della salute che si traduce in igiene ospedaliera e organizzazione sanitaria.

Pertanto cambia anche il modo di amministrare e, da un sistema collegiato, gratuito e mutabile si passa ad un sistema di direzione individuale, fisso e pagato.

In età riformatrice e rivoluzionaria l'amministratore di un ospedale⁶ ove si pratica la carità borghese e filantropa in una cornice «repressivo-educativo dei mendicanti e degli indigenti», svolge il ruolo di convogliare la beneficenza (ormai mutata nella sua essenza da mera carità, elargita per salvarsi l'anima, a dovere civico) verso il suo fine proprio, l'assistenza al malato⁷.

Tuttavia l'analisi dei casi clinici resta strumentale alla didattica come alla ricerca; i malati sono materiale umano a disposizione dei medici negli «istituti clinici»⁸, per indagare «la radice del male»⁹.

La morte, dunque, è momento necessario alla medicina per svolgere il primo discorso scientifico sull'uomo¹⁰, ed il cadavere diventa per l'occhio clinico «lo sfondo su cui il malato si sente defilato dallo sguardo medico, che percorre il suo corpo solo per scoprirvi il potenziale di morte»¹¹.

Esistere è già un risultato: «la natura non è vita, ma esistenza, e a questa tende, non a quella»¹².

Poiché, come detto, le finalità primarie degli studi e delle ricerche, al di là del servizio alla comunità, sono didattiche, per assolvere l'esigenza di una casistica sempre più ampia, utile a decrittare i segreti del corpo, si imprime un nuovo impulso alla pratica della osservazione del cadavere «risolto in un testo di lettura dove basta decodificare le iscrizioni»¹³.

Senza più il riparo offerto da ipocrite costruzioni teoriche, la medicina fronteggia «la grande minaccia cupa»¹⁴ che la morte, azzerandone i saperi, rappresenta.

⁵ A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei lumi all'Unità*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, in *Storia d'Italia, Annali 7*, Einaudi, Torino, 1984, p. 247.

⁶ B.D. Geremeck, *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, traduzione italiana di A. Marx Vannini, Laterza, Roma-Bari, 1986, p. 252.

⁷ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 297.

⁸ M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, introduzione e traduzione italiana di A. Fontana, Einaudi, Torino, 1969, p. 72.

⁹ E. Bressan, *Per una storia delle istituzioni assistenziali e sanitarie*, IREF, Milano, 1985, p. 12.

¹⁰ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 68.

¹¹ U. Galimberti, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 2007, p. 98.

¹² G. Leopardi, *Zibaldone, 3936, 28 Novembre 1823*, in G. Leopardi, *Tutte le opere*, a cura e con introduzione di W. Binni, Sansoni Editore, Firenze, 1969, vol. II, p. 3927.

¹³ U. Galimberti, *Il corpo*, cit., p. 87.

¹⁴ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 68.

Lo sviluppo della fisiopatologia è favorito da nuovi strumenti di indagine; dopo lo stetoscopio, «il *cilindro* del signor Laënnec»¹⁵, nel 1830 viene perfezionato il microscopio. La tecnica rende possibili nuove scoperte, trasforma le cose in strumenti e svela l'*essere*, affrancandolo dal sentirsi «oppresso dalle cose; del resto, a meno di essere un fanciullo ingenuo che picchia i sassi o un principe sconvolto che fa flagellare il mare, egli non si ribella contro le cose, ma solo contro gli altri uomini»; l'uomo deve assumere su di sé esogene sventure¹⁶.

La scienza, acquisita come conquista dell'esistenza sull'essere, mostra il suo fine e la parola progresso trova la sua verità, apre all'uomo nuove possibilità. Errori o eventi nefasti possono farla indietreggiare, ma il rischio del fallimento non ne frustra l'azione. Anche la decimazione apportata da un'epidemia non rappresenta «una rovina radicale. La morte stessa non è un male perché l'uomo è uomo in quanto è mortale: deve assumerla come il termine naturale della sua vita, come il rischio che ogni atto di vita comporta»¹⁷.

Ma accostarsi al malato non significa *ipso facto* entrare in relazione col malato: i gesti del medico sono gesti di esclusione, dietro i quali c'è silenzio, o un parlare criptico, per gli iniziati, membri di una casta sacerdotale.

Quando cambia il modo di porsi rispetto ai problemi sanitari, da disciplina della malattia e del dolore la medicina si avvia lentamente a diventare disciplina della salute¹⁸.

Si forma una «teoria della professione»¹⁹ anche all'interno dell'ospedale, del quale la scienza medica ha bisogno in quanto «territorio» ove si possa svolgere «lo scambio immediato tra la sofferenza e ciò che la allevia»²⁰.

E muta anche, in seguito all'ampliarsi del raggio dell'agire, accresciute le capacità umane dalla tecnologia, il sistema etico.

L'etica era antropocentrica, rilevava nella relazione tra uomo e uomo, e le conseguenze delle decisioni prese erano lasciate al caso, al destino, o alla Provvidenza²¹. Dalla previsione e definizione di obiettivi limitati al controllo degli eventi scaturiva una imputazione di responsabilità a breve termine.

¹⁵ L. Valentin, *Viaggio medico in Italia fatto nell'anno 1820*, traduzione italiana di G.B. Fantonetti, Tipografia Vedova Pomba e Figli, Napoli, 1823, p. 52. Cfr. anche R.T.H. Laënnec, *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur*, Brosson et Chaudé, Paris, 1819.

¹⁶ S. de Beauvoir, *Per una morale dell'ambiguità*, Garzanti, Milano, 1964, pp. 60-61.

¹⁷ Ivi, p. 62.

¹⁸ M. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 97.

¹⁹ J.A. Ryle, *Changing Disciplines-Lectures on the History, Method, and Motives of Social Pathology*, introduction of D. Porter, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey, 1994, pp. 1-24 e p. 66 e ss.

²⁰ U. Galimberti, *Il corpo*, cit., p. 97.

²¹ H. Jonas, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, Il Mulino, Bologna, 1991, pp. 41-42.