

COMPAGNIA

d i S a n P a o l o

LA COMPAGNIA DI SAN PAOLO
E IL SERVIZIO SANITARIO PER I POVERI
NELLA CITTÀ DI TORINO
1814 - 1851

QUADERNI DELL'ARCHIVIO STORICO

COMPAGNIA

d i S a n P a o l o

QUADERNI DELL'ARCHIVIO STORICO

COMPAGNIA DI SAN PAOLO
Corso Vittorio Emanuele II, 75 - 10128 Torino
Tel. 01155969.11
e-mail: info@compagnia.torino.it
www.compagnia.torino.it

È vietata la riproduzione, anche parziale e con qualsiasi mezzo effettuata,
non autorizzata.

©, 1999, Compagnia di San Paolo, Torino

LA COMPAGNIA DI SAN PAOLO
E IL SERVIZIO SANITARIO PER I POVERI
NELLA CITTÀ DI TORINO
1814 - 1851

a cura di FRANCO LUPANO

Sommario

pag. 7 Prefazione - Umberto Levra, Università di Torino

LA COMPAGNIA DI SAN PAOLO E IL SERVIZIO SANITARIO PER I POVERI NELLA CITTÀ DI TORINO 1814-1851

a cura di Franco Lupano

PREMESSA

- 12 Radici delle condotte mediche a Torino, dal Medioevo alla Rivoluzione Francese
- 21 1814: la situazione sanitaria

ORGANIZZAZIONE

- 31 La Compagnia di San Paolo
- 34 Medici
- 39 Chirurghi
- 41 Levatrici
- 43 Servizio Farmaceutico
- 48 Prestazioni "specialistiche"

LA VITA QUOTIDIANA

- 59 Medici e pazienti
- 71 Altre figure sanitarie: chirurghi e levatrici

- 79 **PROBLEMI ECONOMICI ED ORGANIZZATIVI**

CONCLUSIONI

- 90 Bilancio dell'esperienza
- 98 Epilogo
- 102 Appendice

Prefazione

Non è frequente che una specifica competenza professionale riesca a combinarsi in modo positivo, anzi sinergico, con interessi personali magari assai lontani da essa. Uno degli ambiti più frequenti di difficile combinazione di coordinate mentali estranee è quello del rapporto tra medicina e storia, nel senso che è accaduto con una certa frequenza che medici con interessi personali per la storia piegassero quest'ultima a prospettive e interpretazioni destoricizzate e appiattite sul presente; così come è avvenuto che storici di professione si occupassero di medicina senza il necessario spessore epistemologico.

Il caso di Franco Lupano è diverso: studi di medicina, medico di base come professione, interessi per la storia dell'Ottocento, coltivati a livello personale con buona sensibilità per le coordinate generali e i paradigmi metodologici di un mestiere lontano da quello che egli esercita quotidianamente. Ne è nato così un felice equilibrio tra un medico di base di oggi e i suoi interessi per la medicina di base torinese del primo Ottocento: con il dovuto spessore storico e con le indispensabili conoscenze in campo medico, Lupano ha tratteggiato il panorama sinora sconosciuto dell'attività svolta dalla Compagnia di San Paolo tra la Restaurazione e il 1851 a sostegno del servizio sanitario per i poveri di Torino.

A tale lavoro non poteva rimanere estranea la Compagnia, che a sua volta ha alle spalle 436 anni di presenza fondamentale nel tessuto sociale, assistenziale, culturale, economico torinese, ed ha la disponibilità di un immenso e ancora in gran parte inesplorato archivio storico, nel quale ha meticolosamente conservato la propria memoria: un'attenzione per la propria storia, quella della Compagnia di San Paolo, di vecchia data, risalente almeno al 1657,

come ebbe opportunamente a ricordare il Presidente Gianni Merlini nella prefazione al primo dei “Quaderni dell’Archivio Storico”.

Tali sono le ragioni di fondo della pubblicazione di questo terzo “Quaderno”, il quale introduce il lettore al tema trattato con una rapida premessa, in cui sono richiamati alcuni elementi per così dire preparatori, introdotti dall’amministrazione comunale tra la metà del ’500 e la fine del ’700: il lento strutturarsi in città di un sistema organizzato di assistenza di primo livello ai malati poveri e l’affidabilità da esso conquistata; la crescita del numero di assistiti e della spesa per i farmaci; l’obbligo esteso ai medici dei poveri di essere patentati; la nascita della figura dell’ostetrica per le partorienti povere. Un secondo livello di assistenza, più ampio e strutturato, era quello ospedaliero, che ricevette una robusta spinta ammodernatrice in età napoleonica e poi di nuovo nell’epoca carlo-albertina.

La Restaurazione, ripristinando le precedenti attività caritative svolte dalla Compagnia di San Paolo, aveva aggiunto ad essa il carico del servizio sanitario per i poveri, cioè il pagamento di medici, chirurghi e levatrici, oltre al mantenimento della spezieria. I compiti dei medici, con la collaborazione di chirurghi e levatrici, erano molteplici: visitare a domicilio gli ammalati poveri, prescrivere farmaci, ricoveri ospedalieri, alcune prestazioni specialistiche gratuite e talvolta all’avanguardia rispetto ad altre realtà urbane dell’epoca, dai bendaggi erniari alle vaccinazioni, dagli apparecchi ortopedici ai bagni, ai trattamenti oftalmici.

Il rapporto dei medici con i pazienti era tutt’altro che semplice e scontato, e l’autore dedica ad esso vivaci e acute pagine sulla vita quotidiana degli uni e degli altri. Per i medici c’era prima di tutto il carico rappresentato dall’alto numero di assistiti, soprattutto nei quartieri più degradati. Nonostante gli stipendi più che modesti, il posto di medico dei poveri rimaneva comunque appetibile, dal momento che egli aveva a disposizione una considerevole

palestra di casi e quindi non piccole opportunità di crescita professionale.

Pure sugli assistiti Lupano getta sprazzi di luce che inducono a ulteriori riflessioni: non tanto “poveri” *tout court*, ma piuttosto lavoratori salariati che non potevano permettersi nulla di più delle spese per la pura sopravvivenza, dalle quali era esclusa la salute. Nonostante tale drammatica realtà, permanevano elementi antichi di mentalità, che ancora oggi sono attuali; per esempio, la diffidenza degli assistiti verso la professionalità del medico di beneficenza gratuito, e la preferenza – appena possibile – per prestazioni a pagamento, ritenute di più elevata qualità; le frequenti richieste al medico di base per l’accesso gratuito agli ospedali, a prescindere dall’azione terapeutica a lui affidata; alcuni sporadici indizi di una maggiore presa di coscienza in termini di diritti anziché di carità, da parte degli assistiti.

Sugli uni e sugli altri pesava come un macigno, allora come oggi, l’aspetto finanziario, con una gestione sempre più incerta via via che il servizio si dilatava, la fiducia cresceva e con essa la domanda, mentre la Compagnia di San Paolo era a sua volta nella condizione di non poter allargare troppo la cerchia degli utenti (presumibilmente circa 30.000 poveri su 120.000 abitanti di Torino) e soprattutto di contenere la spesa farmaceutica.

Il bilancio complessivo dell’esperienza che trae Lupano è però tutt’altro che negativo, soprattutto se si considera il piano della modernità di tale gestione da parte della Compagnia, più nella direzione di un’odierna cassa mutua, erogatrice anche di assistenza integrativa e farmaceutica, che in quella delle semplici condotte comunali con le sole cure mediche di base. La valutazione muta se si guarda invece (a Torino, come a Milano e altrove) alla ancora perdurante insensibilità a coinvolgere i medici nelle decisioni di politica e di economia sanitaria, con un sovrappiù di sospetto tra amministratori e sanitari relativamente ai comportamenti e alla

richiesta di maggiore autonomia decisionale da parte di questi ultimi. Così pure il bilancio non è positivo se si confronta la fortissima sperequazione tra i finanziamenti per la medicina di base e quella ospedaliera, nonostante la volontà innovativa, e per diversi aspetti anticipatrice di quanto stabilirà la legge del 1888, di conservare un'organizzazione territoriale di base.

L'Autore non manca infine di notare l'effetto acceleratore che, in prospettiva, con il riconoscimento di alcuni diritti individuali e collettivi e con la nascita del mutuo soccorso tra i lavoratori (anche con l'assistenza alla malattia, all'inabilità, alla vecchiaia), esercitarono il 1848 e lo Statuto albertino pure nel rapporto tra i medici e i pazienti e nell'erogazione di questo servizio sanitario. Fu dopo tale momento di svolta che, alla fine del 1851, si chiuse l'epoca dell'assistenza sanitaria ai poveri erogata dalla Compagnia di San Paolo, per ritornare, come nei secoli precedenti, sotto la gestione dell'amministrazione comunale.

Umberto Levra

*Professore ordinario di Storia del Risorgimento
Facoltà di Lettere e Filosofia-Università di Torino*

**LA COMPAGNIA DI SAN PAOLO
E IL SERVIZIO SANITARIO PER I POVERI
NELLA CITTÀ DI TORINO
1814 - 1851**

a cura di FRANCO LUPANO

PREMESSA

RADICI DELLE CONDOTTE MEDICHE A TORINO, DAL MEDIOEVO ALLA RIVOLUZIONE FRANCESE

“Fin da’ tempi rimoti usò il comune di Torino condur medici e chirurghi provvisionati al suo servizio, con legge che non si partissero dalla città, e curassero gratuitamente i poveri”.

Con queste poche parole Luigi Cibrario sintetizzava nel 1846 le caratteristiche di una figura sanitaria di matrice tutta italiana, che sarebbero rimaste quasi immutate ancora per molto tempo.

Il termine condurre nel latino medievale significava semplicemente stipendiare, assumere, e si poteva applicare a qualunque figura professionale. Cita ad esempio il Gabotto che in un documento medioevale del Comune di Vercelli si parla di un “magister Valterus (...) qui ad legendum magno stipendio conductus erat” cioè che era lautamente pagato per tenere lezioni di medicina (1). Origine analoga ha il termine “condottiero”, cioè colui che assoldava mercenari per formare le famose compagnie di ventura.

Quanto ai “tempi rimoti” evocati dal Cibrario, occorre dire che erano effettivamente tali: infatti già nel 1313 veniva confermato per un anno *medicus cirogie* (chirurgo) Giovanni de Barbois di Carignano, e nel 1348 il Comune chiamava, sempre per un anno, il medico vercellese Martino Arborio (2). Dagli archivi comunali risulta ancora che il 9 agosto 1327, il Consiglio comunale esaminava la proposta del maestro Bonifacio “fiscus et expertus medicine”, che si offriva di trasferirsi in città per curare gratuitamente i cittadini in cambio di una pubblica retribuzione (3): Torino quindi era già allineata ad altre più importanti città dell’epoca, come Venezia e Bologna, che nel corso del XIII secolo avevano iniziato ad assumere medici con obblighi analoghi, seguite da molti altri comuni della penisola, in prevalenza, ma non esclusivamente, del Centro-Nord.

Va rimarcata la modernità di queste Amministrazioni, che consi-

deravano loro compito inalienabile procurare l'assistenza sanitaria a chi non poteva pagarsela, precorrendo i tempi anche relativamente al resto dell'Europa, dove i grandi Stati nascenti avrebbero affrontato il problema secoli dopo e, in qualche caso, solo dopo la Rivoluzione Francese (4).

A dire il vero, qua e là, dapprima si era ritenuto che tutti i medici autorizzati all'esercizio della professione dovessero assistere gratuitamente gli indigenti, senza pretendere alcuna mercede, "quam expectare debent ab Altissimo", come recitavano gli Statuta Civitatis Urbini del Trecento (5). Ma ben presto risultò chiaro che alla ipotetica mercede nell'aldilà era opportuno affiancarne una tangibile nella vita terrena se si volevano stabilire precisi obblighi contrattuali. Obblighi che inizialmente si riducevano a risiedere stabilmente in città, potendosi assentare solo previa licenza dell'Amministrazione, o in base a precise regole concordate: ad esempio, a Torino nel 1346 venne concesso al medico Beniamino Palma di allontanarsi dalla città per quarantotto ore ogni quindici giorni (6). Ed era comprensibile che i Comuni pretendessero la residenza continuativa, per due motivi essenziali: il primo era legato all'elevata mobilità dei medici del tempo, sempre alla ricerca di clientela o di "piazze" più redditizie, dovendo combattere continuamente con la concorrenza di innumerevoli irregolari, come ciarlatani, maghi, mammane, a fronte dei quali spesso non avevano che la propria parola per documentare una più elevata qualifica professionale; in secondo luogo, in un'epoca in cui le vie di comunicazione erano estremamente disagiati, se pure esistevano, e i mezzi di trasporto lenti e poco affidabili, era impensabile che il medico abitasse lontano dai propri assistiti.

D'altro canto i medici non disprezzavano certo la possibilità di uno stipendio fisso, unica garanzia per una professione dalle fortune estremamente variabili e imprevedibili, a quel tempo. Disgraziatamente, anche gli stipendi avevano questa caratteristica un po' ovunque, e Torino non faceva eccezione: così nel 1414 Antonio Cusano riceveva 100 fiorini annui mentre Giovanni da Concorezzo tre anni dopo si accontentava di 70 fiorini. Ma nel

1452 il Comune pagava solo 25 fiorini a Pantaleone da Confienza, che diventavano 30 per il suo collega dell'anno successivo (7). Indubbiamente Antonio Cusano aveva maggiore potere contrattuale, poiché era stato docente all'Università di Pavia verso la fine del Trecento; un caso simile si era verificato a Venezia nel 1293, quando era stato assunto il maestro Taddeo Alderotti, uno dei più famosi medici dell'epoca, docente a Bologna e autore di vari trattati, con uno stipendio annuo di 40 grossi, mentre i suoi colleghi erano pagati tra i 4 e i 10 grossi (8). Importante rilevare l'appetibilità della condotta comunale anche per medici affermati, o candidati a una brillante carriera come nel caso di Giuffredo Gambarana: medico nel 1572 del Comune di Centallo, nel Marchesato di Saluzzo, sarebbe poi diventato archiatra pontificio del papa Clemente VIII (9). Ciò significa inoltre che i Comuni ponevano molta attenzione nell'assumere medici qualificati, guardando soprattutto il *curriculum* ed eventualmente sottoponendoli ad un periodo di prova.

Le epidemie ricorrenti e spesso disastrose erano un forte incentivo ad assumere medici, i quali però tenevano un atteggiamento ambivalente in queste circostanze, non potendo evitare l'impatto emotivo con quelle che da un lato erano "seminatrici di morte" per tutti, ma nello stesso tempo occasioni d'oro per riassetare le proprie finanze.

Troviamo così il dottor Maletto di Rivoli che all'inizio della grande pestilenza del 1630 offrì i propri servigi alla città di Torino a queste condizioni: non appena si fossero scoperti 24 casi contagiosi avrebbe ricevuto milleduecento fiorini; poi, riconosciuta la peste, ottanta ducati al mese. "Rimunerazione strozzina" afferma il Gualino, che fu revocata per l'infamante accusa "di abbandonare i poveri ammalati ai lazzaretti per recarsi a visitare gli infermi in città, i quali pagavano a peso d'oro la servitù loro" (10). Fortuna che altri suoi colleghi in simili frangenti dimostravano una abnegazione totalmente disinteressata, al punto che l'Amministrazione li premiava spontaneamente per il loro impegno, quando l'epidemia si era spenta (e se erano sopravvissuti). Così

nel 1421 il medico Gaspare Barbero, insieme a fra Oddineto, ricevette un premio per la carità mostrata nel servizio degli appestati; e Sebastiano Traves durante l'epidemia torinese del 1599 continuava ad accettare il suo stipendio di condotto senza null'altro chiedere, tanto che lo stesso Carlo Emanuele I ordinava poi di assegnargli direttamente dal tesoriere generale "ducatoni 200 a fiorini 14 l'uno, non havendo avuta sin qui ricognitione alcuna delle molte fatiche da lui fatte per la sanità et pubblico servizio, massime nelle presenti congiunture" (11).

Purtroppo però pare che non pochi sanitari seguissero la gran parte della popolazione nella fuga dai centri abitati, come è documentato per alcune città del Piemonte dalle rimostranze delle Amministrazioni e dai licenziamenti in tronco per l'assenza proprio nel momento in cui la comunità ne aveva maggiormente bisogno. Per risolvere il problema il comune di Moncalieri aveva stabilito in un contratto del 1495 che in caso di epidemia il medico poteva ritirarsi presso alcuni paesi confinanti, cioè Trofarello, Revigliasco, Vinovo, Stupinigi, Pecetto, purché non oltre le tre miglia di distanza, pena la perdita della retribuzione durante l'assenza; ma come risulta dai documenti comunali più di un medico ritenne insufficiente tale concessione, e rinunciò volentieri al denaro pur di salvarsi la pelle (12).

A parte i periodi epidemici, l'assunzione di medici stipendiati per la cura dei poveri dipendeva sostanzialmente dalla disponibilità finanziaria delle casse comunali, e naturalmente dalla presenza di professionisti disposti ad accettare l'incarico: due eventualità imprevedibili, spesso non coincidenti, che rendevano la condotta medica un'istituzione intermittente e dalla durata non programmabile.

Una svolta determinante avviene a Torino nella seconda metà del '500, quando, grazie ad accordi con l'ospedale S. Giovanni, viene istituito un sistema organico di assistenza ai malati poveri, ben illustrato da uno studio di Sandra Cavallo:

Questo sistema iniziò con gli accordi presi con il medico dell'ospedale (1569)

Sezione Monviso

Torino li 20. Ottobre 1825,

Dichiaro io sottoscritto, che *la orsola Borla*

abitante nella parrocchia di *S. Maria di piazza*

contrada *Mercanti* casa *f. secondo*

porta n. *16* scala *zucca* piano *soff.*

è veramente povero, e degn. di essere visitat dal
signor ~~Medico~~ e Chirurgo dei poveri, e di godere
dei medicinali per essi destinati.

Gioanni Maria Tesca V. C. 10

125

20-29 ottobre 1825 Fede di povertà della signora Orsola Borla-
Allegato all'Ordinato del 30 dicembre 1825 (recto)

e con il flebotomo (1581), secondo i quali essi ricevevano uno stipendio supplementare dalla città per assistere gli indigenti. Nel 1587 fu concluso un terzo accordo con il farmacista per fornire gratuitamente le medicine prescritte dal medico. Il Consiglio poi cercò di migliorare l'accesso al sistema esponendo pubblicamente ad ogni incrocio il nome del medico e del barbiere-chirurgo assunti dalla Città "affinché i poveri sapessero a chi rivolgersi in caso di necessità". Nel 1612 al chirurgo dei poveri fu offerta la bottega presso la Torre Comunale in Piazza del Municipio, perché la sua attività fosse

Per qui detto nominata affetta d. s. c. c.
 confermazione alla gamba destra,
 rimarebbe troppo pesante int.
 e sarebbe necessitato che si si
 applicassi quegli ordigni necessari
 per il convenevole radizamento,
 dal che certamente ne troverebbe
 una radicale guarigione.
 Torino li 29. 36. 1825
 D. M. G. B.
 Chirurgo D. M. G. B.

126

20-29 ottobre 1825 Fede di povertà della signora Orsola Borla-
 Allegato all'Ordinato del 30 dicembre 1825 (verso)

visibile a tutti, e in un luogo facile da trovare. (13)

Nel XVII secolo il servizio era sicuramente ben noto e accessibile agli utenti, tant'è vero che fecero la loro comparsa alcuni problemi tipici di un sistema sanitario pubblico.

Dapprima vi fu una crescita rapida della spesa farmaceutica, alla quale si pensò di porre un freno con una delibera del 1662 che sta-

biliva un tetto annuo di 1000 lire, mai rispettato; nel 1679 la spesa era di oltre 7000 lire, e su tali livelli si sarebbe mantenuta per circa un secolo (14). L'Amministrazione si rivolse a più riprese ai medici per responsabilizzarli al risparmio: nelle "Instruzioni" emesse l'8/8/1710 (15) vengono esortati affinché nelle prescrizioni si atten-gano "il più che sarà possibile, e compatibile col servizio dell'am-malato" al manuale, fatto compilare per conto del Comune "da Personaggi di gran sapere", di cui veniva fornita una copia (da restituire alla decadenza dell'incarico); inoltre "non prescriveran-no in una volta più d'un medicamento per un ammalato, né faran-no spedire qualunque cosa ad uno sotto nome di un altro".

Quest'ultimo avvertimento evidenzia quanto fosse diventato appetibile il servizio, al punto che anche chi non ne aveva diritto cercava di usufruirne per interposta persona. D'altronde all'inizio bastava dichiararsi povero per essere curato gratis, o meglio, spettava al medico la discrezionalità di stabilire chi ne aveva diritto: ed è ragionevole pensare che assai difficilmente venisse respinto chi ricorreva alle sue cure. Solo nel 1672 fu stabilito l'obbligo di presentare la fede di povertà, rilasciata dal parroco, a certificare che la persona interessata era

povera bisognosa anzi miserabile, priva affatto de' beni di fortuna, & d'ogni assistenza humana, à segno tale, che non hà altro mezzo di provvedersi, ò del proprio, ò da terzi, & in conseguenza veramente degna che questa Illustris-sima Città li facci la carità de' medicinali (16).

Ma ai medici, che entrando nelle case potevano toccare con mano le condizioni di vita della gente, assai meglio dei *Decurioni* e dei *Signori Sindici*, si chiede comunque un ulteriore controllo, come recita il già citato regolamento del 1710:

qualora in detta Fede non vi concorressero li requisiti prescritti dalla mede-sima, sopra del che saranno anche tenuti di invigilare con prudenza discreta, in tal caso dovranno darne immediatamente avviso al sig. Oficiale.

La crescita del numero di assistiti portò naturalmente anche altri

problemi da parte dei sanitari: l'eccessivo carico di lavoro scatenò proteste crescenti e dimissioni a catena, finché nel 1678 si aumentò a quattro il numero dei medici e al chirurgo furono affiancati tre giovani assistenti; erano assunti direttamente dal Comune e non più cooptati dall'ospedale S. Giovanni. In seguito, l'espansione della città e la conseguente crescita della popolazione imponevano all'Amministrazione di creare nel 1748 nove quartieri, assegnando un medico e un chirurgo per ciascuno di essi (17).

Rimane però costante il sospetto da parte del Consiglio Municipale che i poveri corrano sempre il rischio di non essere curati con sufficiente sollecitudine per il fatto di non pagare direttamente le prestazioni. Infatti, tornando al solito regolamento, si precisa che i medici dovranno recarsi "personalmente e con prontezza" a casa degli ammalati, e si sprecano le raccomandazioni sull'assoluta gratuità delle visite:

Non potranno detti Signori Medici pretender, esigger, né ricever (...) direttamente, né indirettamente, né per loro, né per interposte persone dalli Poveri infermi, né da altri per, et à riguardo d'essi sotto qualsivoglia titolo, colore, ò a causa etiandio di donativo, e recognitione spontanea danari, robbe, opere, fatture, né qualonque altra ben che minima cosa.

E la delibera del 1748 chiarisce ulteriormente il pensiero degli amministratori quando, riepilogando i provvedimenti volti a migliorare il servizio con l'aumento dei medici e dei loro stipendi, conclude

ma con tal provvidenza non ha potuto ottener che li poveri fossero sempre ben serviti, mentre l'esperienza ha fatto conoscer che negl'influssi di malattie li suddetti medici non avevano potuto servire puntualmente tutti li poveri, perché potevano a pena servire quelle case da quali ricevevano onorario: ha perciò determinato di ripartire le isole della città vecchia in otto quartieri, deputare a caduno un medico con solo onorario di lire 250, ed altro medico per il nuovo ingrandimento verso Porta Susina con simile stipendio, ed imponer a' medici l'intiera e puntual osservanza della presente istruzione.

Si giunge così alla fine del XVIII secolo, quando viene stilato un nuovo regolamento, in data 15/6/1780 (18). In esso vi è un'importante novità: vengono stabiliti i requisiti di assunzione. I medici dovranno essere laureati presso la Regia Università di Torino e dovranno aver effettuato almeno sei anni di pratica "con uno dei Signori Medici delli più accreditati della presente città". Precisione non da poco, anche perché si direbbe che gli stessi amministratori, malgrado le ferventi e reiterate affermazioni di cui sopra, abbiano considerato fino ad allora il servizio sanitario per i poveri poco più che un atto di carità da parte dei medici, buono per far pratica "in corpore vili" e per prepararsi a incarichi più gratificanti dal punto di vista professionale ed economico, e pertanto da assegnare ai giovani neolaureati "per potersi maggiormente habilitare nella loro professione à beneficio pubblico".

Nel 1789 l'organizzazione viene completata con la nomina delle levatrici per le partorienti povere, per le quali viene compilato un apposito regolamento, che comunque ricalca in gran parte quello dei medici (19). Da rilevare che le levatrici devono essere in possesso dell'abilitazione ad esercitare, rilasciata al termine del corso tenuto presso la scuola per le ostetriche dell'ospedale S. Giovanni, la prima in Europa, istituita dal chirurgo Ambrogio Bertrandi il 9 marzo 1761 (20). Inoltre, le nuove levatrici diplomate verranno affiancate alle stipendiate per far pratica, e ad esse potranno subentrare "se meritevoli". L'istituzione di questo servizio è fondamentale nella storia dell'assistenza pubblica sul territorio in Italia: pur non essendo il primo (erano già presenti levatrici dei poveri a Milano dal '600, alle dipendenze del Pio Istituto di S. Corona) per le sue caratteristiche si può considerare come il precursore della rete di ostetriche condotte che verrà estesa a tutta l'Italia e rimarrà attiva fino alla riforma sanitaria del 1978.

L'avvento del governo napoleonico non porta variazioni sostanziali al servizio nel suo complesso: la disposizione del 5 germile anno X (25/3/1802) assegna i medici dei poveri ai quattro Comitati di Beneficienza del Comune di Torino, mantenendo il regolamento in vigore. Dai commenti riportati sugli Ordinati della Com-

pagnia di San Paolo, alla presa in carico dell'assistenza all'indomani della Restaurazione, parrebbe che ci sia stato uno scadimento delle prestazioni o perlomeno una certa disattenzione da parte pubblica sull'andamento dell'istituzione, ma non vi sono documenti disponibili per comprovare tali affermazioni.

1814: LA SITUAZIONE SANITARIA

La fine del dominio napoleonico in Piemonte fu accolto con generale entusiasmo. Massimo D'Azeglio, ne "I miei ricordi", bene espresse i sentimenti diffusi in quel momento:

Ma finalmente venne pure quel giorno benedetto della gran nuova, che Napoleone non era più nostro padrone, e che eravamo o stavamo per tornar liberi e indipendenti!

Chi non ha veduto Torino in quel giorno non sa che cosa sia l'allegrezza di un popolo portata al delirio.

Non lo dico senza rammarico, perché nessuno sente più di me profonda la gratitudine che dobbiamo alla casa di Napoleone! nessuno più di me conosce il valore d'ogni stilla di quel generoso sangue francese che venne bevuto dalla terra italiana e ne operò la redenzione; ma bisogna lasciarlo dire perché così è la verità: vedere andarsene i Francesi fu allora un'immensa, un'ineffabile felicità.

Per il Piemonte, più volte occupato dai "cugini" d'Oltralpe, che tanto avevano influenzato la sua cultura e la sua stessa lingua, suscitando alterni sentimenti di amore e odio, veder di nuovo i Francesi valicare le Alpi verso ovest significava soprattutto essere liberi dalla dominazione straniera: una condizione che gli altri italiani non conoscevano più da tempo.

Ma, almeno per alcuni, come D'Azeglio, l'evento alimentava sentimenti contraddittori: troppo profondo fu il rinnovamento nelle idee e nelle istituzioni per poter essere cancellato d'ufficio da un re vestito "all'uso antico colla cipria, il codino e certi cappelli alla

Federico II (...) con quella sua faccia – via, diciamolo – un po’ di babbeo” (21).

Nell’ambito della sanità furono effettivamente fatti dei passi indietro: la riunificazione delle facoltà di Medicina e Chirurgia che uniformava il Piemonte alla Francia venne annullata, e rivedrà la luce solo nel 1844; la vaccinazione contro il vaiolo, attivamente propagata da Buniva a partire dal 1800 e per la quale venne istituito nel 1803 un Comitato per il Vaccino, ebbe una battuta d’arresto con la Restaurazione, ma riprenderà la sua diffusione nel 1819 quando verrà istituita la Giunta Superiore del Vaccino. Ma tra i medici i nuovi concetti di prevenzione, di igiene, di una scienza che interviene attivamente non solo nel curare la singola malattia ma soprattutto per migliorare lo stato di salute complessivo della popolazione attraverso una efficace politica sanitaria, cominciano a diffondersi e a radicarsi: anche tra i medici di primo livello come i condotti di Torino.

Quanto all’assistenza sanitaria di secondo livello, nel 1814 era fornita da alcune strutture e organizzazioni che illustreremo brevemente.

L’Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista accoglieva pazienti con qualsiasi patologia acuta curabile, escluse le malattie infettive, allora dette *comunicabili*, ma aveva anche un reparto per malattie croniche incurabili (96 letti su 418 nel 1835); alcuni letti inoltre erano destinati alla Facoltà di Medicina per l’insegnamento. L’Ospedale della Maternità, dapprima unito amministrativamente al San Giovanni, ne viene separato nel 1815: accoglieva gravide indigenti e fungeva anche da orfanotrofio per gli esposti; era inoltre sede della scuola di ostetricia per levatrici.

L’Ospedale dei Santi Maurizio e Lazzaro era stato chiuso durante il periodo napoleonico, e venne riaperto nel 1821: accoglieva solo uomini affetti da malattie non contagiose ed era considerato all’avanguardia come struttura e attrezzature. Era l’unico ospedale della città dove accettavano di essere ricoverate persone di un certo rango: alcuni letti, ad esempio, erano riservati alle Guardie del Corpo del Re e ad altre persone della corte; nel 1840 i letti erano 94.

L'Ospedale S. Luigi invece accoglieva malati che non potevano essere accettati in altri ospedali perché contagiosi o perché considerati incurabili. Infatti il suo regolamento prevedeva il ricovero delle seguenti malattie: tisi polmonare, cancro, idrope cronico, marasmo (72 letti nel 1840). Successivamente Carlo Alberto finanziò l'istituzione di altri 24 letti destinati a pazienti d'ambo i sessi "cattolici e domiciliati nei regj stati di terraferma" affetti da pella-gra, efelide scorbutica, cancroide, tigna tubercolata, lebbra. Tuttavia l'aspetto più interessante dell'Opera di S. Luigi era l'assistenza domiciliare. Spiega Benedetto Trompeo, che ne fu primario per molti anni, che

a visitare e soccorrere settimanalmente gli ammalati poveri (a norma dell'istituzione ed anche di varii legati che rendono obbligatorio il soccorso a domicilio, e non permettono di destinare per l'Ospedale tutti i redditi dell'Opera) attendono gli elemosinieri collettori

che erano uno per parrocchia e che raccoglievano anche le richieste di ricovero formulate dai medici curanti. Richieste che venivano a loro volta vagliate, sempre a domicilio, dal medico o dal chirurgo dell'ospedale. Inoltre le persone che uscivano "risanate" continuavano per quindici giorni ad essere ricevute alla mensa dell'ospedale "affinché colla continuazione d'un vitto sufficiente e salubre possano conservare l'ottenuta guarigione". Una sorta di "dimissione protetta" che, abbinata ai già detti soccorsi a domicilio, ben si integrava con l'assistenza sanitaria di base fornita dalla Compagnia di San Paolo. Purtroppo non sappiamo se vi sia stato un qualche contatto operativo tra le due istituzioni; lo stesso Trompeo, prima di entrare al S. Luigi, era stato medico di beneficenza della Compagnia di San Paolo, da cui si era dimesso nel 1828 (22), ma non fa alcun accenno ad una possibile collaborazione. Dalla testimonianza di un altro medico, confermata anche da Trompeo, sappiamo, al contrario, che i pazienti attendevano mesi il ricovero e spesso morivano prima di essere chiamati. Infine completa il quadro delle strutture ospedaliere propriamen-

te dette il Regio Manicomio, che accoglieva “mentecatti d’ambo i sessi provenienti dalle province del Piemonte propriamente detto, e del contado di Nizza”.

Vi erano poi gli ospedali militari reggimentali, riuniti nel 1831 in un unico ospedale divisionale; lo Spedale di Carità, un misto di ospizio e ospedale, che accoglieva poveri ridotti alla mendicizia e anche poveri infermi, in particolare di malattie comunicabili e sifilitiche; e l’Ospizio celtico, aggregato al carcere correzionale delle prostitute, dove venivano ricoverate, volontariamente o per forza, donne affette da sifilide, fornito di 200 letti nel 1838. Le dimensioni di quest’ultima struttura, se confrontata con il totale di poco più di 600 letti in tutta la città per pazienti di altre malattie, danno una precisa misura delle dimensioni del problema; e se ai medici di beneficenza esso si presentava in modo forse più sporadico, date le diverse caratteristiche, come vedremo, dei loro assistiti, nondimeno avevano senza dubbio sotto i loro occhi le condizioni che rendevano possibile il protrarsi di una situazione igienico-sanitaria drammatica: per molti cominciava a farsi strada la convinzione che la miglior terapia da prescrivere fosse un radicale intervento per migliorare le condizioni di vita per buona parte della popolazione (23).

Occorre ancora trattare di due altre istituzioni relative alla Sanità: il Magistrato del Protomedicato e i Collegi di Facoltà. Si tratta di due istituzioni dell’antico regime, cancellate da Napoleone e prontamente ristabilite con la Restaurazione.

Il Magistrato del Protomedicato

ha l’ufficio di sorvegliare a che sieno osservate le leggi relative all’esercizio della Medicina, della Chirurgia, della Farmacia e delle arti e mestieri che hanno una qualche relazione con esse loro: come ernisti, fondachieri, erbolaj, liquoristi e simili. Dà gli esami a’ farmacisti e a quelli che aspirano a’ mestieri subalterni. (24)

Effettuava inoltre visite di controllo alle farmacie, due volte l’anno nella capitale e una volta l’anno nelle provincie.

I Collegi di Facoltà erano una emanazione dell'Università: il Collegio di Medicina era composto di venti membri, quello di Chirurgia di sedici. Si trattava di strutture elitarie a cui si accedeva tramite esame e che conferivano una posizione di prestigio e preminente rispetto agli altri professionisti, oltre a vantaggi economici (25). Troveremo alcuni Collegiati tra i medici consulenti gratuiti dell'Istituto di Beneficenza; inoltre un medico dei poveri nel 1816 chiede di essere sostituito per un mese per potersi preparare per l'esame di ammissione al Collegio. Esame che supererà, come dimostrano le successive dimissioni dall'incarico (26).

Le condizioni sanitarie della popolazione erano quanto di più impegnativo si possa immaginare per un servizio sanitario: al giorno d'oggi situazioni simili possono essere ritrovate solo in città del Terzo Mondo.

Un esempio eloquente sono le epidemie scoppiate nel periodo esaminato, elencate accuratamente da Umberto Levra e che qui riassumiamo.

1817: tifo petecchiale, con 281 morti;

1823-24: vaiolo, con 202 morti;

1824: epidemia di infiammazioni cerebrali dette encefaliti (con ogni probabilità si trattava di meningite);

1829-30: vaiolo, con 790 morti;

1831: al Borgo di Dora epidemia di "febbri intermittenti" (malaria), con una media di 100-120 colpiti al giorno;

1834-35: febbri influenzali (erano le stesse di oggi, ma le complicanze broncopolmonari, assai frequenti, erano davvero temibili per l'assenza di cure efficaci);

1835: colera; in questo caso, anche in seguito al fatto che il nuovo morbo, detto Cholera Asiatico, era stato preannunciato fin dal 1831, una serie di energici provvedimenti di igiene e di politica sanitaria riuscì a limitare i danni: vi furono 349 casi con 220 decessi;

1836: vaiolo;

1837: febbri influenzali;
1840: vaiolo;
1841-42: due epidemie di tifo petecchiale;
1844-48: ripetute puntate epidemiche di vaiolo (27).

Il tutto si innestava su una popolazione per larga parte in condizioni basali già defedate da altri due fattori: la fame e il freddo.

La fame era determinata dalle condizioni economiche drammatiche di gran parte degli abitanti, che si manifestavano nel modo più evidente con la presenza di mendicanti ovunque: “Siamo circondati, siamo giornalmente assediati dagli accattoni” diceva il conte Luigi Francesetti di Mezzenile nel 1827 (28). Inoltre le carestie frequenti (una decina almeno nel periodo) innalzavano ulteriormente i prezzi dei generi alimentari, e provocavano invasioni di torme di contadini affamati che giungevano in città nell’illusione (per lo più vana) di trovare soccorso grazie alle numerose, ma largamente insufficienti, istituzioni caritatevoli di Torino.

Il freddo era certamente più intenso di oggi, ma il costo di vestiario adeguato e della legna da ardere era ciò che determinava le possibilità di superare indenni l’inverno. Per capire quanto fosse grande il problema basti menzionare il successo ottenuto dall’interessante iniziativa di un gruppo di progressisti torinesi guidati da Lorenzo Valerio: l’istituzione di scaldatoi pubblici nell’inverno 1844-45. Tali locali potevano ospitare fino a 600 persone, che potevano ripararsi dalle intemperie ed eventualmente continuare le loro occupazioni, come fecero molti artigiani. Purtroppo l’esperienza non fu ripetuta, sostanzialmente per l’opposizione e il boicottaggio dello Stato e del clero, che videro con sospetto l’adunanza di molte persone di bassa estrazione sociale, che poteva preludere a pericolose prese di coscienza. Come scrive Gian Mario Bravo,

nei saloni degli scaldatoi infatti non si lavorava soltanto, ma si leggeva, il che, forse, avrebbe potuto spingere i frequentatori a pensare e a discutere. Questi furono i motivi per cui l’esperimento non venne ripetuto l’anno suc-

cessivo, ma furono anche le cause del successo ottenuto nell'inverno in cui fu attuato e della sua importanza storica (29).

Da ultimo, per avere un'idea dello stato di salute in cui si trovava la parte di popolazione che è lecito supporre in migliori condizioni fisiche, cioè i maschi di vent'anni, possiamo esaminare l'elenco dei riformati alla leva per le classi 1808-1817. Per Torino e provincia assommavano a 1211, il 15% del totale; scorporando i dati per Torino città, scopriamo che la prima causa di riforma era il gozzo, che incideva per il 46%, mentre il 34% era affetto da claudicazione o ernie, il 6,5% da cecità e il 4,6% da rachitismo; nella provincia l'incidenza era analoga se non maggiore, con l'unica eccezione del rachitismo, con una percentuale dello 0,6% soltanto: sui campi è più facile essere raggiunti dai raggi del sole, i quali, per fortuna, non costano nulla (30).

Note

(1) FERDINANDO GABOTTO, *Saggio di un dizionario dei medici e chirurghi nati e vissuti in Piemonte fino al 1500*, in "Bollettino storico-bibliografico subalpino", XX (1916), p. 13.

(2) LUIGI CIBRARIO, *Storia di Torino*, Torino, 1846 (rist. anast., Torino, Bottega d'Erasmus, 1965), pp. 388-389

(3) ARCHIVIO DEL COMUNE DI TORINO (d'ora in poi ACT), *Ordinati*, vol. 2, 9/8/1327, cit. da IRMA NASO, *Medici e strutture sanitarie nella società tardo-medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Milano, Angeli, 1982.

(4) Inoltre venivano utilizzati sanitari con un livello formativo inferiore, come gli *apothecaries* inglesi o gli *officiers de santé* in Francia. A questo proposito v.: ANNALUCIA FORTI MESSINA, *I medici condotti e la professione del medico nell'Ottocento*, in "Società e Storia", 1984, fasc. 23.

(5) L. GUALINO, *Onorari medici d'altri tempi, II, Medio Evo*, in "Minerva Medica", XXII, vol. I, 7, 17/2/1931.

(6) IRMA NASO, *Medici e strutture sanitarie...* cit.

(7) L. GUALINO, *Onorari medici d'altri tempi, II...* cit.

(8) GIOVANNI MONTICOLO, *I Capitolari*, vol. I, Roma, 1896, p. 283 e seguenti.

(9) ADEMARO BARBIELLINI AMIDEI, *Lettere inedite di medici e chirurghi piemontesi dei secoli XVI, XVII e XVIII*, Torino, 1939.

(10) L. GUALINO, *Onorari medici d'altri tempi, II...* cit.

(11) *ibidem*

(12) IRMA NASO, *I medici del Comune di Moncalieri nel XIV e nel XV secolo*, in "Minerva Medica", 1975, 66, pp. 4342-4352.

(13) SANDRA CAVALLO, *Charity and Power in Early Modern Italy. Benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, p. 75 e seg. (traduzione dell'autore).

(14) *ibidem*

(15) ACT, *Carte sciolte*, 4792, "Istruzione da osservarsi dalli quattro Signori Medici deputati dall'Illustriss. Città di Torino per curare li Poveri infermi, a' quali la medesima fà distribuire li medicinali a titolo di carità".

(16) ACT, *Carte sciolte*, 4791, 3/6/1705.

(17) ACT, *Carte sciolte*, 4793, 15/5/1748.

(18) ACT, *Carte sciolte*, 4792, "Regolamento da osservarsi rispetto alli Signori Medici deputati dall'Illustrissima Città di Torino per servizio degli Infermi poveri abitanti in essa Città".

(19) ACT, *Carte sciolte*, 4793, "Manifesto della città di Torino per la destinazione di alcune levatrici in soccorso delle povere partorienti", 31/12/1789.

(20) MARIO NANO - DOMENICO BERTERO, *Storia della chirurgia in Piemonte*, Milano, UTET, 1992, p. 28.

(21) MASSIMO D'AZEGLIO, *I miei ricordi*, Firenze, 1867.

(22) ARCHIVIO STORICO SAN PAOLO (d'ora in poi ASSP), *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1825-1829, vol. 18, "Ord. 3/5/1828".

(23) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino*, Torino, 1840; BENEDETTO TROMPEO, *Cenni storico-statistici intorno all'ospedale della Pia Opera di S. Luigi Gonzaga*, Torino, 1866; UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino Risorgimentale. 1814-1848*, Torino, Comitato di Torino dell'Istituto per la storia del Risorgimento Italiano, 1988; FULVIA ZINA VIGNOTTO - MARCO GALLONI, *Beni culturali in ambiente medico chirurgico*, in "Giornale della Accademia di Medicina di Torino", 1995, CLVIII, supplemento.

(24) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino* cit., p. 281.

(25) Per una completa trattazione sulle origini e sulle funzioni del Protomedicato e dei Collegi di Facoltà v.: GIANNA POMATA, *La promessa di guarigione. Malati e curatori in antico regime*, Bari, Laterza, 1994.

(26) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1810-1819, vol. 16, "Ord. 30/3/1816, 6/7/1816".

(27) UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino...* cit., pp. 65-68.

(28) *ibidem*, p. 80.

(29) GIAN MARIO BRAVO, *Torino operaia. Mondo del lavoro e idee sociali nell'età di Carlo Alberto*, Torino, Fondazione Luigi Einaudi, 1968, pp. 155-156.

(30) *ibidem*, pp. 20-21.

ORGANIZZAZIONE

LA COMPAGNIA DI SAN PAOLO

La bomba ideologica costituita dalla Riforma Protestante era appena scoppiata, e in tutta Europa i difensori della Chiesa Cattolica cercavano di arginare il suo effetto dirompente con ogni mezzo, dapprima più o meno pacificamente attraverso diatribe furibonde, poi mediante dispositivi legali come il divieto di tenere riti riformati e l'espulsione dei pastori protestanti, ma ben presto con l'avvio di vere e proprie guerre di religione e l'eliminazione fisica degli eretici.

Non tutti però ritenevano che questi fossero i mezzi più efficaci per difendere la fede cattolica, come quei sette cittadini torinesi che all'inizio del 1563 decisero di fondare la Compagnia di San Paolo, detta anche della Fede Cattolica: erano un avvocato, un capitano, un canonico, un causidico, un mercante, un sarto e un libraio, convinti che il loro credo sarebbe stato meglio difeso attraverso la duplice testimonianza dell'Amor di Dio e dell'Amore del Prossimo. E tali saranno, fino ai tempi di cui trattiamo, le due colonne su cui poggerà tutta l'attività della Compagnia, finalizzata a "stabilire la fede e la religione cattolica, il culto divino ed i buoni costumi" (1).

Da un lato, quindi, vediamo la promozione di una stretta osservanza delle pratiche religiose attraverso l'assiduità alle funzioni e ai sacramenti, e ad esercizi spirituali periodici organizzati *ad hoc* per i confratelli; dall'altro, lo sviluppo di varie forme di assistenza materiale caratterizzate da criteri di continuità, efficacia e attinenza a reali esigenze della società. Già nel primo anno troviamo tra gli ufficiali della Compagnia quattro Visitatori degli infermi e dei poveri, e ben presto nascono numerose Opere Pie: la più importante è il Monte di Pietà, nucleo originario del futuro Istituto Bancario, alla quale seguono e si affiancano molte altre, che spesso una volta consolidate si rendono autonome, come l'Albergo della

Carità, una vera e propria scuola professionale tessile per gli “Ignobili” (cioè non nobili). Del 1589 è la fondazione della Casa del Soccorso delle Vergini, per accogliere “quelle povere giovani che, o per trascuratezza delle madri o per frodolenza degli insidiatori, pericolavano”. Seguirono molte altre iniziative e istituzioni: la Casa del Deposito, con finalità simili a quella del Soccorso, con la quale verrà fusa; le Forzate, per la redenzione di donne già “cadute”; l’assegnazione periodica di doti nuziali per le figlie del popolo e doti monacali, queste ultime spesso attribuite a “convertite” (il termine usato è però “cattolizzate”, forse non sempre spontaneamente...); la distribuzione di vestiario; l’assistenza ai “poveri vergognosi”, cioè persone di famiglie ricche o nobili cadute in disgrazia, e altre simili, come l’amministrazione di lasciti ed eredità finalizzati a specifiche opere di beneficenza.

Fondata da semplici borghesi, ancorché benestanti, la Compagnia crebbe rapidamente per numero e livello sociale di adepti, come è ben illustrato da Mario Abrate:

Una convocazione generale della Compagnia nel 1684 ce ne offre l’esempio: dei cinquantacinque Confratelli presenti, venti erano nobili, diciotto avvocati e notai, undici *grands commis* dello Stato, uno abate e cinque solamente... semplici signori. Certamente, era merito e vanto della Compagnia l’aver costantemente tra i propri adepti il primo Presidente del Senato, vari senatori e molte fra le alte cariche del Ducato, il fiore della nobiltà. Ed anche il Principe poteva essere contento di questa non numerosa ma potente *élite* che operava per il bene pubblico, in piena armonia di intenti con lo Stato assoluto e senza distinzioni di classe troppo marcate, dove ognuno, anche se nobile, doveva giustificare se stesso con un servizio reso al Paese (2).

Superato il periodo della dominazione francese, durante il quale la Compagnia era stata soppressa, tutte le precedenti attribuzioni vengono ripristinate, con l’aggiunta del servizio sanitario dei poveri. Non sono chiari i motivi di questa assegnazione; dagli Ordinati risulta, per la verità, che nel 1725 la Compagnia stipendiasse un medico per assistere gli infermi poveri a domicilio, oltre alle ospi-

ti della Casa del Soccorso, pagandolo £. 160 l'anno, ma non si hanno altre notizie sui suoi compiti e sulla continuità di tale incarico (3). D'altronde, come si è visto, tale servizio era stato gestito ininterrottamente dal Comune fin dal suo nascere, compresa l'epoca napoleonica: forse, nella frenesia di restaurare il più possibile dell'*ancien régime* si è voluto "strafare" nel tentativo di realizzare quello che Mario Abrate definisce giustamente "l'impossibile ritorno" di un'epoca chiusa definitivamente al di là delle vicende politico-militari.

Ma tant'è: in data 14/7/1814 gli ordinati della Compagnia registrano la destinazione del fondo Octrois e della decima dei teatri al finanziamento del servizio sanitario dei poveri, e cioè manutenzione della spezieria e pagamento di medici, chirurghi e levatrici. Come già detto, non vi sono dati diretti per capire in quali condizioni si trovi il servizio al momento del passaggio di consegne, ma solo commenti sui verbali. Dai quali traspare la soddisfazione di criticare "il passato sconvolgimento di cose" ma anche la chiara determinazione a voltare pagina e dare un assetto stabile ed efficiente all'istituzione.

Un unico dato risulta certo a dimostrare che non vi fosse più controllo nella gestione, ed è che la maggior parte dei sanitari risulta in servizio da dieci o più anni, mentre l'ultimo regolamento, quello del 1780, stabiliva che le conferme annuali non potevano essere più di nove. Per questo motivo

in vista tanto delle doglianze pervenute della negligenza d'alcuni de' sig.ri Medici destinati alla cura degli infermi poveri [al fine di] dar luogo ad altri postulanti d'esercitare la loro carità (4)

si procede a una nuova ripartizione della città e alla nomina di nuovi sanitari.

Si noti che, riportando che ne vengono confermati solo due e ne vengono sostituiti altri nove, al fondo dell'elenco dei dimissionari una mano diversa aggiunge "facendo loro i meritati ringraziamenti".

MEDICI

Nell'*ancien régime* la figura del medico (un tempo detto fisico) ha una posizione apicale rispetto agli altri sanitari, ed è chiaramente distinta dal chirurgo. A Torino la riunificazione dei due corsi universitari di Medicina e di Chirurgia avverrà nel 1844 (5), e quindi non in tempo per avere ripercussioni sulla gestione delle condotte della Compagnia di San Paolo. Tuttavia tale storica decisione viene recepita, tant'è vero che nel 1846 verranno redatti un nuovo Regolamento e delle nuove Istruzioni, unificati per medici e chirurghi.

Fino ad allora, comunque, rimane valido il Regolamento del 1780 già citato. Il 23/2/1815 la città è suddivisa in undici quartieri, corrispondenti ad altrettante parrocchie, e a ciascuno è assegnato un medico titolare, nominato per un anno; sono cancellate le figure del medico sovrannumerario e consulente, non previste nel 1780 ma che, a quanto pare, erano state introdotte nel periodo intercorso da allora. Il medico sovrannumerario era un supplente, disponibile per sostituzioni di medici malati o temporaneamente assenti, che riceveva stipendio solo per i periodi in cui era chiamato in servizio, inserito in un elenco precostituito: tale figura non ricomparirà più, e per le sostituzioni si deciderà di volta in volta (spesso accorpendo temporaneamente due condotte). I consulenti invece erano medici di chiara fama, di solito professori universitari o primari d'ospedale, che si rendevano disponibili per consulenze gratuite su richiesta dei medici dei poveri: saranno reintrodotti nel 1844.

Il lavoro dei medici consisteva innanzitutto nelle visite a domicilio; non era neppure previsto che avessero uno studio dove ricevere i pazienti, fino all'emanazione delle nuove Istruzioni del 1846. In esse i medici beneficiano dell'unificazione con i chirurghi, perché questi ultimi potevano già ricevere ammalati presso la loro bottega, fin dal 1710, sia pure a certe condizioni:

Se però il morbo da curarsi non sarà accompagnato da febre, meno in qual-

che parte essenziale del corpo, e lascerà qualche infermo in stato di sortir di casa, e portarsi à suoi piedi à quella del Chirurgo per farsi medicare, senza possa da ciò riceverne incommodo, né minimo pregiudicio, in tal caso sarà in facoltà del Chirurgo di curar tal'Infermo in sua propria Bottega (6)

Precauzioni che sono presenti pari pari nell'ultimo Regolamento, anche se espresse in modo più conciso, con l'aggiunta del controllo esterno da parte degli Invigilatori:

§ 4°. In nessuna circostanza gli infermi poveri saranno tenuti di recarsi personalmente alle case dei Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi per farvisi curare dei loro malori, salvo in quei casi la cui natura possa loro permettere di ciò fare senza averne a temere il menomo pregiudicio per la salute. Anche in questi casi però i Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi dovranno recarsi all'abitazione degli infermi stessi, qualora per circostanze particolari così credano conveniente i Sig.ⁿⁱ Invigilatori delle Parrocchie (7).

Di conseguenza emerge la necessità di stabilire un orario per le visite ambulatoriali:

§ 5°. Per quelli infermi poi, i quali non astretti a tenere il letto, possano senza inconveniente uscire di casa, sarà cura dei Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di assegnare un'ora fissa in cui quelli individui possano quotidianamente convenire nella propria abitazione di essi Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi, per farvisi visitare e curare delle loro infermità (8).

Anche la ricezione delle chiamate domiciliari viene regolamentata:

§ 6°. (...) Oltre all'obbligo che incumbe ai Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di ricevere al loro domicilio gli avvisi che loro verranno recati per le visite degli infermi istessi, debbono essi recarsi almeno due volte il giorno, vale a dire ad un'ora fissa al mattino, ed alla sera, alla rispettiva farmacia dell'Istituto di Beneficienza (9).

Il medico è l'unico che può prescrivere ogni tipo di terapia farmacologica, e che richiede le prestazioni del chirurgo per altri tipi di trattamento, come i salassi o l'applicazione delle mignatte o san-

Dichiaro in sottop^{to} che Benedetta
Minaudi vedova Giambone è affetta
da malattia d'utero, che la rende
incapabile a qualunque occupazione
onde procurarsi il proprio sostentan-
to; e per tale causa è degna d'ogni
riguardo trattandosi di malattia incurabile.

Roma li 16. agosto 1834.

Fello Prof. ^{di chirurgia}

Certificato di invalidità della signora Benedetta Minaudi vedova
Giambone - Allegato all'Ordinato del 17 agosto 1834

guette (cioè le sanguisughe). Attiva le consulenze e rilascia la *fede*, cioè l'impegnativa, necessaria per ottenere il ricovero in ospedale: cosa che risulta documentata con certezza almeno per l'ospedale S. Luigi (10).

Le prescrizioni devono conformarsi a regole precise, stabilite nel 1780 e ribadite nel 1846:

§ 8. Si avrà particolare attenzione dalli sig. Medici di prescrivere per ciascun ammalato quelle sole medicine, che crederanno indispensabili, ed addattate alla qualità di ciascuna malattia, e non prescriveranno in una volta più d'un medicamento per ciascheduna ricetta, e per ciascun ammalato, come pure non potranno spedire ricette per continuazioni eccedenti giorni quattro.

§ 9. Dovranno li signori Medici scrivere di proprio pugno, e carattere, ed anche soscrivere tutte le ricette, non ordineranno menoma cosa sopra la relazione, che venisse loro fatta dello stato degli infermi, non spediranno veruna ricetta ad uno sotto il nome d'un altro, e solo ne spediranno le ricette alle persone, il vero nome, e cognome de' quali sarà espresso nel certificato come avanti accennato, e sarà precisa incombenza di detti signori Medici d'invigilare, affinché li medicinali vadano unicamente in uso delle persone, per cui furono ordinati (11).

Naturalmente rimane sempre in vigore l'obbligo di sorvegliare le condizioni economiche degli assistiti, per segnalare l'evenienza che non siano tali da giustificare l'assistenza gratuita.

Inoltre i medici stilavano anche i certificati di invalidità, e due di essi sono conservati tra gli Ordinati della Compagnia (12).

Qualora poi "*nei casi di malattia o di legittimo impedimento*" i titolari non potessero prestare il loro servizio, dovranno farsi sostituire da un medico di parrocchia limitrofa, o da altro medico, ma sempre a proprie spese. Nel 1846 si predispone anche un elenco di medici supplenti, disponibili per sostituzioni, che comunque dovranno essere pagati direttamente dai medici sostituiti; inoltre si stabilisce che in caso di sostituzione o cessazione del servizio, il medico interessato debba fornire

un elenco nominativo dei malati in corso di cura, nel quale siano specificati, oltre il nome cognome, e la dimora, il genere di morbo di cadun infer-

mo, e le cose più essenziali già praticatesi pel trattamento di ciascheduna malattia.

Una importante disposizione per garantire la continuità dell'assistenza.

Infine lo stesso regolamento introduce un'interessante novità, sotto la voce "Statistica Medica": la Compagnia disporrà appositi registri per la raccolta di dati epidemiologici, che "*i Sig. Medici e Chirurghi di Beneficenza saranno compiacenti*" di compilare. Frattanto

torneranno sommamente gradite le notizie che ai Sig.ri Medici e Chirurghi piacesse di raccogliere fin d'ora e di comunicare poi al fine d'ogni anno alla Prefata Compagnia, intorno alle condizioni igieniche dei vari distretti o Parrocchie, e degli abitatori poveri delle medesime, alla natura, ed alla causa delle malattie predominanti nelle varie stagioni, giusta le varie età, sesso, condizione domestica, professione etc.; siccome pure saranno avuti nel debito conto i suggerimenti loro intorno ai miglioramenti di che l'esperienza avesse loro per avventura mostrato suscettivo il servizio sanitario dei poveri alla loro cura commesso.

È documentato che tre medici raccolsero la proposta: di due di essi, G. B. Bertolotti e B. Fenoglio, sono giunte a noi le ricerche effettuate perché pubblicate sul Giornale della Regia Accademia di Medicina, e ne parleremo diffusamente più avanti. Del terzo, il prof. Bruna assegnato alla parrocchia di S. Teresa, sappiamo solo che gli furono assegnate £.60 per la stampa di un rendiconto statistico delle malattie dei poveri per l'anno 1848 (13).

A fronte di tutto il loro impegno i medici ricevono £.300 annue, quota che rimane invariata durante tutti i trentasette anni di amministrazione.

CHIRURGI

Abbiamo detto che i chirurghi erano una figura istituzionalmente subalterna ai medici, e ciò è particolarmente evidente nel regolamento del 1780:

Ogni qualvolta a detti Infermi poveri, da' quali si sarà ottenuta detta Fede, sarà necessaria l'assistenza, ed opera del Chirurgo, dato che ne avranno per la prima volta l'avviso a quello del loro quartiere, questo dovrà portarsi con prontezza, ed in persona alle stanze d'abitazione delli suddetti, ed ivi assisterli, e fare di propria mano attorno li medesimi tutte quelle applicazioni di rimedj, ed operazioni, ch'esso stimerà ordinargli, e fargli ne' soli casi, in cui la cura debba essere maneggiata da se solo, o che gli saranno stati prescritti dal signor Medico preposto dalla Città, ove la malattia richeda anche l'assistenza di questo, dove nell'uno, e nell'altro caso il signor Chirurgo continuerà poi senza ulterior avviso a personalmente visitarli, e servirli sino a cura, ed operazioni finite.

Una posizione che conservano ancora nelle Istruzioni del 1846, alla voce "*Incumbenze particolari dei Sig.ⁿ Chirurghi*", anche se presenta elementi di riequilibrio rispetto al potere dei medici:

Allorquando si tratterà di malattia per la cura della quale sia necessaria l'assistenza medica propriamente detta dovranno i Sig.ⁿ Chirurghi eseguire colla massima celerità e precisione quelle operazioni di Chirurgia che verranno dai rispettivi Sig.ri Medici ordinate. Ai quali ultimi però è caldamente raccomandato di fare le loro visite, quelle in specie del mattino, per tempo, sinché possa anche il Servizio Chirurgico essere disimpegnato per tempo.

Come si è già accennato, dal 1710 era riconosciuto il diritto per i chirurghi di effettuare anche visite ambulatoriali, e ciò è riconfermato nel 1780.

Se però il morbo, o ferita da curarsi non sarà accompagnata da febbre, né in qualche parte essenziale del corpo, lasciando perciò qualche Infermo in istato di uscire di Casa, e portarsi a suoi piedi a quella del Chirurgo per farsi medicare, senza che possa da ciò derivarne incomodo, né minimo pregiudici-

zio, in tal caso sarà in facoltà del Chirurgo di curar tal Infermo in sua propria Bottega, o Casa, senza però mai esser dispensato in qualunque caso dal curarlo, o servirlo personalmente, e di propria mano; e negli altri casi il signor Chirurgo non obbligherà, meno permetterà, che l'Infermo esca dalla sua Camera per andarsi a far curare.

Di conseguenza

saranno li detti signori Chirurghi tenuti di ritenere nelle loro Botteghe, ed in sito comodo alla vista del pubblico le Arme della Città, ed il cartello notificante la loro destinazione al servizio de' poveri.

Inoltre essi possono tenere presso di sé degli assistenti ai quali offrono la possibilità di impratichirsi sotto la loro direzione, e che possono sostituirli in determinate circostanze e precise condizioni fissate dalla Municipalità, che potrà

dispensare uno, o più di detti signori Chirurghi, (...) dall'obbligazione di servire colla propria persona, e mano detti poveri Infermi, e di permetterli di poter ciò fare per mezzo di qualche Giovine già pratico, e sufficientemente isperimentato nella loro Professione, e ciò per il tempo, rispetto a quelle operazioni, in quei casi precisi, e con quelle cautele, che gli verranno specificate, e prescritte con viglietto a parte da uno de' signori Sindaci, o Direttori suddetti.

Norma che rifletteva la preponderante componente pratica e manuale della professione, che non poteva prescindere da un apprendistato "sul campo", anche se aveva le caratteristiche di un insegnamento da bottega artigianale. Infatti nel 1846, all'indomani dell'istituzione della Facoltà unificata di Medicina e Chirurgia, il nuovo regolamento non fa più il minimo cenno alla figura dell'assistente: la formazione, teorica e pratica, era demandata all'Università, che doveva garantirla dal punto di vista qualitativo e quindi certificarla.

La tendenza a delegare piccole operazioni doveva però essere ancora comune, tant'è vero che lo stesso regolamento ribadisce al § 10:

(...) giovi il ricordare ai Sig.ⁿ Chirurghi l'obbligo che loro incumbe di praticare personalmente ogni cavata di sangue, anche nei casi in cui non occorra tagliare di nuovo la vena; potendo l'inesperienza degli estranei all'arte dar luogo a gravissimi inconvenienti.

Ciò nonostante i flebotomi dovevano essere ancora attivi se nel 1850 una delibera della stessa Compagnia accordava una gratifica di £.100 al flebotomo Giuseppe Fara, su segnalazione del dottore collegiato Bonino, per i servizi prestati in passato, e gli assegnava £.75 per quelli a venire nell'anno corrente (14).

Ugualmente demandata ai chirurghi è l'applicazione delle mignatte: fino al 1829 esse venivano fornite gratuitamente ai pazienti dalla farmacia su prescrizione medica, ma a partire da quella data si delibera che i chirurghi se le procurino direttamente a proprie spese: a tale scopo il loro stipendio, che era di £.200 annue, viene aumentato a £.350 (15), e il tutto è confermato nel 1846. La vicenda delle mignatte presenta aspetti di particolare interesse che verranno analizzati più avanti.

LEVATRICI

Il servizio sanitario per gli indigenti a Torino si completa nel 1789 con l'istituzione delle levatrici per le partorienti povere (16). Come già detto, esse dovevano aver frequentato la Scuola delle Levatrici dell'Ospedale S. Giovanni, ed essere in possesso dell'abilitazione ad esercitare rilasciata dalla Scuola.

Ai fini dell'assistenza ostetrica, la città era suddivisa in tre dipartimenti, in ciascuno dei quali veniva assegnata una levatrice "stipendiata" (£. 72 annue) e una "sostituita" (£. 24 annue), quest'ultima con diritto di subentrare nella carica di stipendiata qualora si rendesse vacante il posto (naturalmente "se meritevole"). Alle due titolari erano affiancate le neodiplomate della Scuola con la

qualifica di “sovrannumerarie”: esse potevano sostituirle (gratuitamente) in caso di malattia o impedimento e, all’occasione e sempre se meritevoli, subentrare alle sostituite.

Ognuna di loro doveva tenere presso l’abitazione

una cartella coll’arme della Città indicante il loro nome, e cognome, e la qualità di Levatrice stipendiata, sostituita, o sovrannumeraria per le povere partorienti.

Per ottenere l’assistenza gratuita le donne dovevano presentare prima del parto la fede di povertà, sulla cui veridicità la levatrice era naturalmente chiamata a “vigilare”.

Nell’eventualità di parti difficoltosi o a rischio le levatrici erano invitate ad avvalersi della consulenza dei chirurghi esercenti l’arte ostetrica, di cui veniva fornito l’elenco, o anche un altro chirurgo in caso di urgenza. Dovevano inoltre assistere la puerpera e il neonato nei giorni successivi al parto, e tenere un registro con i nomi delle donne assistite, l’esito del parto, lo stato della puerpera e del bambino a 15 giorni dalla nascita, e in caso di morte le probabili cause.

Alla presa in carico da parte della Compagnia di San Paolo il servizio ostetrico non subisce variazioni normative, o perlomeno nulla emerge dagli Ordinati. Fin dall’inizio, però, scompare l’assegnazione per dipartimenti e vengono anch’esse assegnate una per parrocchia, anzi in un secondo momento si delibera di assegnarle alla parrocchia più vicina alla loro abitazione (17); non risultano esservi limiti alla durata in carica e pertanto non vi sono le nomine annuali come per medici e chirurghi, ma solo sostituzioni per dimissioni o decesso. Ad esempio, il 19/6/1820 si nomina “Maria Bosio, moglie del trombetta di questa città Giuseppe Garino”, abilitata dalla Regia Università il 28/8/1813, in luogo di altra deceduta; solo nel 1824, in occasione di altre sostituzioni, si precisa la suddivisione delle ostetriche in quelle di 1° classe con stipendio di £. 90 (corrispondenti alle “stipendiate”) e in quelle di 2° classe con stipendio di £. 40 (le “sostituite”) (18). Tuttavia a partire dal 1838

risultano pagate con frequenza gratificazioni alle levatrici oltre lo stipendio fisso. Dapprima l'emolumento non è in rapporto preciso col numero di prestazioni, ad esempio

alla levatrice Maria Santi in ricognizione delle caritatevoli circostanze usate a parecchie povere puerpere una gratificazione di lire 20 (19)

ma nell'anno successivo compare l'abitudine a corrispondere £. 18 ogni dieci assistenze. Che si tratti di un "extra" risulta chiaro dal verbale del 6/12/1840, in cui, assegnando la solita gratificazione per dieci assistenze a tre ostetriche si precisa "oltre al solito corrispettivo ad esse già soddisfatto". Ma il 20/2/1842 si afferma che la paga fissa delle ostetriche è di soldi 30 (una lira e mezza) ogni "bolletta", cioè ogni parto assistito, con in più una gratificazione di £. 18 ogni dieci bollette; purtroppo non è possibile stabilire quando si è passati dallo stipendio fisso annuale al pagamento a prestazione, né abbiamo informazioni dirette sui motivi di tale decisione. Di certo però risulta che nello stesso verbale si porta a £. 2 la paga fissa per ogni assistenza, eliminando le gratificazioni, a partire dal 14/3/1842. In pratica, una decurtazione di più del 30%: infatti, se prima ogni dieci parti ricevevano complessivamente £. 33, ora ne riceveranno solo più £.20. Decisione che non sarà priva di conseguenze, come vedremo.

SERVIZIO FARMACEUTICO

La prima Spezieria dei Poveri si trovava nel Palazzo di Città, in via Bellezia. Ad essa venivano notificate le nomine dei medici e chirurghi di beneficenza, per il necessario controllo sulle ricette, come pure i nomi degli eventuali sostituti temporanei; inoltre si è già detto che era punto di riferimento per le richieste di visite domiciliari, dove i sanitari dovevano passare due volte al giorno "acciò si possano prontamente ritrovare all'occorrenza" (20).

Il lavoro doveva essere notevole e in continua crescita, come si può dedurre da alcuni dati.

L'organico iniziale prevedeva un economo e tre giovani aiutanti. Fino al 1822 risulta che annualmente venivano elargite gratificazioni extra agli aiutanti, le cui motivazioni non sono espresse negli ordinati, ma presumibilmente per straordinari o "premi di produzione" sulle vendite; si decide allora di aumentare lo stipendio annuo abolendo le gratificazioni: stipendio che per due giovani passa da £. 240 a £. 300 e £. 288 rispettivamente, mentre quello del terzo passa da £. 216 a £. 252 (21). Malgrado ciò il 27/12/1823 tutti ricevono una gratifica extra in occasione dell'inventario.

Sei anni dopo l'economo chiede l'assunzione di due altri aiutanti, ottenendone uno solo. Nella lettera alla Compagnia, a sostegno della propria richiesta, egli espone

agli Ill.mi ed Eccellentissimi Signori Direttori un prospetto onde rilevar si potesse la molteplicità, ed estensione dei lavori ed occupazioni, che nella medesima officina si esigono:

Nota delle ricette state spedite nel mese di Maggio 1829

Ricette state spedite ai Poveri	7355
idem alle Regie Carceri	1339
idem all'Ospizio Celtico detto il Martinetto	341
idem all'Ospedale di S. Luigi	575
idem all'Ospizio dei Catecumeni	1
idem alle Guardie Civiche	145
idem al Corpo Reale d'Artiglieria	165
idem alli Signori Particolari	217
	<hr/>
	10133 (22)

Il quinto aiutante fu comunque assegnato alla spezieria poco tempo dopo, il 12/8/1829.

Tuttavia, con l'Ordinato del 12/2/1832 "stante il considerevole aumento della popolazione della Città, e conseguentemente dei poveri" si dispone l'apertura di una seconda spezieria dei poveri dipendente da quella sita nel Palazzo di Città "in luogo che possa

riuscir comodo a quelli che abitano alla Porta del Po e Porta Nuova”, che risulterà essere in via del Soccorso.

Le richieste di assegnazione di medicinali gratuiti tuttavia si susseguono: il 27/2/1824 si delibera su quella del Monastero del SS. Rosario, che ospita “zitelle in pericolo non men della miseria che dell’onestà”; il 23/9/1832 la chiedono i Padri Minori del convento di S. Lazzaro, il 30/12 dello stesso anno giunge quella dello “Spedale del Canonico Cottolengo” da poco fondato, il 23/6/1833 la chiedono alcuni invalidi della Cittadella; il 21/4/1839 è la volta del proprietario del filatoio di Dora, sig. Musy, che richiede i medicinali e l’assistenza medica gratuita per i propri operai; del 19/3/1843 è la richiesta dell’ospedaletto dei poveri fanciulli infermi, mentre il 24/2/1849 si esamina quella dell’Amministrazione Israelitica di Beneficienza.

La prescrizione è priva di vincoli fino al 1844, quando viene introdotta la necessità di avere “speciale approvazione del Sig. Rettore, V. Rettore, Economo Generale e Direttori della Farmacia” per alcuni medicinali, ancorché inclusi nella Farmacopea di Torino, recentemente aggiornata dal Magistrato del Protomedicato (23). Ma il 15/12/1844 si dà mandato a Bonino, dottore collegiato in medicina, e a Lavini, professore di chimica, di preparare una Farmacopea speciale “e meno onerosa” salvo “autorizzare l’Economo della Farmacia a provvedere una discreta quantità de’ medicinali che non verranno compresi nella Farmacopea de’ Poveri, e che si giudicheranno necessari per servizio degli occorrenti mediante pagamento”. Dieci giorni dopo viene adottato il Codice Farmaceutico Militare con l’aggiunta di un apposito elenco di rimedi “diretti a soccorrere alle malattie delle donne e dei ragazzi”.

Di ciò abbiamo un preciso riscontro nel regolamento del 1846:

§ 15. Sebbene il Codice Farmaceutico ora detto, in un con l’apposita appendice, sia fornito di tutti i compensi terapeutici necessarj per la cura delle svariate infermità, tuttavia ove in qualche straordinaria, epperò rarissima circostanza, i Sig.ri Medici e Chirurghi reputassero indispensabile di adoperare

Sopra' esclusionemille la farmacia di Torino
 e si spediranno le ricette a tenore di quella, tranne gli
 articoli qui sotto, di quali abbene' prescritti dai Sign.
 Rettori saranno sottoposti le ricette a speciale appro-
 vazione del Sign. Rettore, S. Rettore, Economo generale
 e Direttore della farmacia. —

Medicinali semplici che
 non si spediscono soli.

Mandorle dolci ed amare
 gomma arabica
 manna
 olio d'oliva
 zucchero
 salsaparilla
 canarindi
 castoreo
 Pistilli. —

Preparati composti —

Decotto di gualupa
 pasticca di orobi
 " di malva
 " di ninfea
 " di castoreo
 " pectorale

Decotto del folloro

" — Stibiate

" — Di salsaparilla

Estratto di rabarbaro acquoso

" — Di salsaparilla

Siroccale di gualupa

Liquore mirabile anacardi di topica

formate di idroclato di gualupa

polpa di castoreo

Rabarbaro torrefatto

Roso del Sassone

Sirocco di salsaparilla e senna

" — antiverbuto del folloro

" — balsamica

tavolette tute eccelsate gualupa

Di quercuana —

Elenco medicinali sottoposti "a speciale approvazione del Signor
 Rettore, Vice Rettore, Economo Generale e Direttore della farma-
 cia" - Allegato all'Ordinato del 19 maggio 1844

qualche farmaco di provata virtù, non contemplato nel Codice istesso, potranno essi ciò fare indirizzandone ogni volta per iscritto la formale ragionata domanda ai Sig.^{ti} Deputati per le Farmacie, i quali quando ravvisino opportuno di autorizzare la spedizione del proposto rimedio, ne sottoscriveranno la ricetta.

L'adozione di un apposito elenco di farmaci concedibili gratuitamente è un'operazione di grande importanza scientifica e culturale, oltre che economica. Costringe ad esaminare criticamente ogni preparato medicinale, valutandone l'efficacia sulla base della documentazione scientifica disponibile e il rapporto costo/beneficio del suo utilizzo. Concettualmente è un'operazione di onestà intellettuale superiore a quella dell'inserimento di un nuovo farmaco: la pressione psicologica su medici e pazienti per avere "l'ultimo ritrovato" pesa sulla valutazione critica, quando non pesano, e in modo assai più rilevante, motivazioni economiche opposte da parte di chi produce i farmaci, come è ben documentato dalla storia sanitaria italiana degli ultimi anni. Ne consegue che chi è chiamato a questa opera di revisione deve essere persona affidabile e preparata.

Qualità che possiamo ritenere attribuibili ai due professori incaricati in questo caso: infatti Lavini era stato uno dei compilatori della *Pharmacopaea Taurinensis* del 1833, cioè quella ancora in vigore, mentre Bonino era membro del Consiglio Superiore Militare di Sanità e avrebbe curato di lì a poco una nuova edizione del Codice Farmaceutico Militare, edito nel 1851.

Il Codice adottato nel 1844 riduceva il numero di preparati composti da più sostanze, molto usati nei secoli precedenti, tra i quali spiccava la *teriacca*: una sorta di panacea inventata addirittura da Galeno che nel '600 era arrivata a contenere fino a cento ingredienti! Per il resto ricalcava largamente la *Pharmacopaea Taurinensis*, da cui eliminava soltanto molti prodotti di origine esotica, che per forza di cose erano più costosi; rimaneva però la china con i suoi derivati, uno dei pochissimi farmaci veramente efficaci all'epoca. Inoltre conteneva un'appendice di sicuro interesse, la

“Disinfezione degli effetti che hanno servito agli scabbiosi”. Infine, per la prima volta nel Regno Sardo, era scritto in italiano anziché in latino. Si può tranquillamente ritenere che i pazienti non ne abbiano minimamente risentito per quanto riguarda l’efficacia delle terapie: a nessuno fu più prescritto l’olio di lombrico, il ciainuro di mercurio o la polvere di cranio umano; purtroppo la revisione era ancora incompleta, perché a qualcuno potrebbe essere stata prescritta una terapia a base di polvere di millepiedi... (24)

A distanza di cinque anni dall’introduzione del nuovo Codice, troviamo la relazione positiva della commissione per le farmacie dei poveri per l’attivo ottenuto, in base al quale concede ai due economisti l’aggio del 4% sulle vendite, che fino ad allora era il 2,5% (25).

PRESTAZIONI “SPECIALISTICHE”

Fin dalla presa in carico del servizio sono attive altre prestazioni gratuite interessanti. La prima è quella dei bendaggi: s’intende quelli per gli ammalati di ernia, i quali, se poveri per l’appunto, diventavano rapidamente invalidi a qualunque tipo di lavoro manuale. Questi bendaggi, precursori dei più evoluti cinti erniari, rimasti in auge soprattutto presso gli anziani fino a non molti anni fa, erano l’unico trattamento, seppur rudimentale, di questa patologia, per la quale una adeguata soluzione chirurgica era ancora assai lontana da realizzarsi, anche se non mancavano i chirurghi “specializzati” che si cimentavano in questo tipo di interventi.

Se ne occupava un chirurgo detto “Ispettore dei bendaggi” che esaminava i casi e ne certificava l’indicazione alla prescrizione del trattamento: in data 1/10/1814 sono pagati i primi bendaggi sulla base di “certificati sottoscritti dal chirurgo Bottero”. Lo stesso chirurgo viene poi confermato nell’incarico con lo stipendio di £. 100 annue, in aggiunta a quello di chirurgo dei poveri, tenendo “in

considerazione non solamente il distinto suo zelo, e carità verso gli infermi poveri, ma particolarmente anche per la sensibile economia” (26). Argomento quest’ultimo al quale la Compagnia si rivelava, per l’appunto, assai sensibile: esattamente un mese dopo nomina un nuovo fornitore dei bendaggi nella figura del chirurgo ernista Bartolomeo Borella “costruttore d’ogni sorta di bendaggi e macchine medicali”, motivando la decisione con la “maggior durata e migliore effetto de’ bendaggi”, ma anche con il risparmio di un franco per ogni fornitura.

Comunque la scelta di rivolgersi al Borella si rivelerà appropriata anche e soprattutto per la fornitura di apparecchi ortopedici. La sua prima prestazione di questo tipo la troviamo nel verbale del 5/4/1817, quando “supplica” con una lettera il pagamento di Fr. 130 per macchine ortopediche fornite al povero Pietro Rossi, alla quale allega il certificato del chirurgo Gallia che l’ha in carico; seguiranno numerose delibere di pagamento a suo favore nel corso degli anni fino al 1844. Egli infatti nel 1823 fonda il Regio Stabilimento Ortopedico a Moncalieri, il primo in Italia, specializzato nella correzione delle deformità articolari, in particolare i piedi torti, il varismo e valgismo del ginocchio e la scoliosi. Nel 1840 risultava aver già trattato 1000 pazienti, 200 dei quali a spese della Compagnia di San Paolo (27).

Un’altra iniziativa prende il via nel 1837, quando si autorizza

a destinare un locale a servizio del sig. dr. Medico, e Chirurgo Casimiro Sperino di Scarnafigi per aprire e sostenere gli esercizi pubblici, e gratuiti da esso offerti per la guarigione delle malattie degli occhi a sostegno de’ poveri di questa città quando lo stesso Sig. Dottore farà loro constare d’essere legalmente autorizzato ad aprire siffatto stabilimento (28).

È questo l’atto di nascita dell’Ospedale Oftalmico di Torino, altro istituto d’avanguardia per i tempi, che rimarrà indissolubilmente legato al nome del suo fondatore: chi scrive ha udito con stupore, nel 1998, una donna di 89 anni dirgli “l’an portame a lë Sperin” (mi han portato allo Sperino), intendendo appunto l’Oftalmico.

L'attività iniziò nel 1838 e il 24/12/1839, in occasione della nomina annuale di medici e chirurghi, si afferma l'obbligo per i chirurghi "di procedere alle operazioni d'oftalmia nel modo che verrà prescritto dal medico Sperino". L'anno successivo "stante il buon esito che risulta ottenutosi dalle cure prestate (...) a favore dei poveri affetti da malattie d'occhi" si stanziavano £. 200 per portare a due le stanze disponibili per il dottor Sperino, precisando successivamente, a giustificazione del nuovo onere economico "stante gli inconvenienti che derivavano dal dover questi esaminare, e curare in una sola camera gli uni in presenza degli altri". L'ulteriore evoluzione si deduce da una delibera del 1844: in essa si dà parere negativo alla richiesta del dottor Sperino per ottenere i medicinali gratuiti

a favore dei poveri affetti da oftalmia che verranno ricoverati nei quattro letti stati testé appositamente eretti dalla Munificenza Sovrana (29).

Il rifiuto dimostra che la struttura aveva ormai, a tutti gli effetti, il carattere di nosocomio autonomo, verso il quale la Compagnia di San Paolo non aveva nessun obbligo, come non ne aveva verso gli altri ospedali della città. Quindi i pazienti ricoverati non erano più in carico all'assistenza primaria, ma passavano all'amministrazione dell'ospedale, che doveva provvedere a tutto fin che durava il ricovero.

Altre iniziative sono state promosse nel corso degli anni.

Il 30/4/1820 si delibera di finanziare la vaccinazione degli indigenti, utilizzando il fondo Octrois e, qualora non bastasse, fidando che "la Reale Munificenza vorrà avere la degnazione di provvedervi". L'anno precedente il Regno Sabauda aveva istituito la Giunta superiore sul vaccino e una Direzione generale delle vaccinazioni, tardiva risposta all'impegno profuso da Michele Buniva a favore della vaccinazione di massa fin dai primi anni del secolo.

Ma i rischi di epidemie sono ancora alti: nel 1831 si preannuncia la diffusione del colera e la città di Torino predispone un piano per fronteggiare la malattia; il Segretario di Stato agli Interni chiede

anche la disponibilità della Compagnia a collaborare in caso di “straordinaria malattia, e dell’invasione del cholera”, disponibilità prontamente accordata, e riconfermata nell’agosto 1835, allo scoppiare della temuta epidemia (30). Fu proprio l’azione preventiva e la mobilitazione generale di tutte le forze disponibili a limitare l’entità e la durata dell’evento in rapporto ad altre città italiane (31).

Un’altra prestazione da ricordare è il pagamento dei bagni ai poveri deliberato il 18/6/1823, purché ordinati dalla facoltà medica o chirurgica “e giudicati indispensabili per cura delle loro infermità”. Non si tratta di cure termali, ma di puri e semplici bagni di pulizia, di cui tutti (ricchi e poveri) avevano all’epoca un gran bisogno. Basti pensare che erano allora presenti in città due soli bagni pubblici, neanche troppo frequentati, e che i primi “bagni a domicilio” furono introdotti a Torino nel 1825; un po’ migliore la situazione nel 1840, quando vi erano sei case di bagni pubblici, distribuite tra i vari rioni e “tutte più o meno comode e frequentatissime” (32). Per far capire l’incredibile livello di sporcizia in cui viveva questa gente val la pena leggere un caso clinico riportato dal dottor Bertolotti, medico dei poveri della parrocchia della B.V. del Carmine:

Tra gli esantemi noto di passaggio la crosta lattea curata nella state in un ragazzo d’anni 3, la quale essendo penetrata nel destro meato uditorio, ne uscirono dal 20 al 21 luglio circa 18 vermi rotondi anellati, di colore bianco sudicio, alquanto ottusi alle estremità, molto somiglianti alle larve della mosca comune. La madre del malato con me presente all’uscita dell’ultimo di detti vermi (in giorno molto caldo, ed in una camera, ove oltre l’infermo dimoravano cinque altri individui), lo distrusse calpestandolo quasi appena caduto sul pavimento, sicché non potei con rincrescimento meglio esaminarlo. Credo però, che tali ospiti fossero nati da uova già tempo prima deposte nel condotto auricolare esterno, ed ivi sviluppatisi coll’aiuto del calore, e dell’umore viscoso colà raccolto della crosta lattea. Guarì il malato dalla sordità che accompagnavalo dopo essere pure penetrato l’esantema nell’orecchio sinistro, e più non ebbi di lui notizia, se non che sul finir d’ottobre fu colto dal vaiuolo e morì.

Nota

Dei Signori Medici, i quali assumono l'incarico di buon grado le funzioni gratuite e puramente onorifiche di Medici Consulenti dell'Istituto di S. Desiderio, e sono nominati dalla 2^a Compagnia di S. Paolo.

San Donato

Carroccio

- | | |
|---|--|
| Sp. D. Col. <u>Bonacorsi</u> , Medico
primario del Reg. Medicinale. | } Carmine
S. Desiderio
S. Agostino
S. Rocco |
| Sp. D. Col. <u>C. Bonina</u> , Medico della Regia
Corte, Spettore nel Reg. Inf. Milit. di S. Paolo | |
| Sp. D. Col. <u>Tessier</u> , Medico ordinario
della Spedale Maggiore di S. Giovanni. | |
| Sp. D. Col. <u>Pochini</u> , Medico ordinario
della Spedale Maggiore di S. Giovanni. | } C. Domini
S. Tommaso
S. Filippo
S. Giovanni
S. Francesco di Paola
S. Annunziata |
| Sp. D. <u>Sacconi</u> , Professore di Clinica
Medica nella N. Università. | |
| Sp. D. Col. <u>Salvadori</u> , Medico della
M. M. e Regia Famiglia. | } S. Carlo
Madonna di Costello
S. Lattarolo
S. Maria di Dio
S. Donato, a destra
S. Andrea, a sinistra |

[Handwritten signature]

Nomina dei medici consulenti - Allegato all'Ordinato del 15 dicembre 1844

Certo che se questa “terapia” fosse stata applicata in modo estensivo avrebbe potuto contribuire almeno in parte alla prevenzione del colera e di molte altre malattie, come si dimostrò alcuni decenni dopo, ma la mancanza di presupposti teorici che ne spiegassero l'utilità la relegava ad un uso episodico del tutto insufficiente.

Alla fine del 1844 vengono nuovamente introdotte le figure del medico e del chirurgo consulente, presenti fino all'epoca napoleonica e abolite con la nuova Amministrazione. Come allora, si trattava di professionisti affermati, che si rendevano disponibili a titolo gratuito per consulenze a domicilio dei poveri infermi.

I primi nominati furono i seguenti:

Medici

Bonacossa, medico primario del Regio Manicomio

Bonino, medico della Real Casa, Ispettore del Consiglio Superiore Militare di Sanità

Tessier e Plochin, medici ordinari dello Spedale Maggiore di S. Giovanni

Battalia, medico delle LL.MM. e Reale Famiglia

Sacchero, professore di Clinica Medica nella Regia Università.

Tutti, tranne Sacchero, erano anche medici collegiati.

Chirurghi

Frola, chirurgo primario dell'ospedale S. Luigi

Pertusio, chirurgo ordinario della Real Casa e dell'Ordine Mauriziano

Eynaudi, membro ordinario del Consiglio Superiore di Sanità Militare

Malinverni, preside del collegio medico-chirurgico, incisore anatomico della Regia Università

Schina, professore nella Regia Università, membro aggiunto del Consiglio Superiore di Sanità Militare

Dameri, già chirurgo di beneficenza, medico della Regia Dogana.

Chirurghi consulenti per le cose di ostetricia

Majoli, professore istituito nella Regia Università

Giordano, chirurgo assistente nell'Ospizio della Maternità

Rossi, chirurgo ordinario dell'Ospizio di Maternità

Balestra, dottore in chirurgia

Secchi, dottore in medicina e chirurgia

Boeris, già chirurgo maggiore militare.

Questi ultimi erano anche detti “chirurghi ostetricanti”, qualifica creata ufficialmente con il Regio Biglietto del 18 gennaio 1834. Afferma Mario Nano nella sua “Storia della Chirurgia in Piemonte”, che

si chiude così il periodo storico in cui era concesso di esercitare l'arte ostetrica solo a pochi chirurghi a cui il Re si compiaceva di rilasciare un particolare permesso in deroga alle disposizioni in cui era stato stabilito essere facoltà delle sole levatrici l'assistenza ai parti. I chirurghi ostetricanti dovevano essere già specialisti in chirurgia e dovevano compiere un corso pratico presso gli ospedali per le partorienti o presso un dottore chirurgo abilitato all'ostetricia (...). L'11 luglio 1837 il Regio Biglietto di Carlo Alberto stacca l'ostetricia dalla chirurgia operatoria, creando la prima cattedra autonoma di clinica ostetrica: inizia ufficialmente l'insegnamento universitario dell'ostetricia. (33)

Da un altro punto di vista, però, l'evento sancisce anche per il Piemonte e l'Italia la conquista da parte della scienza “maschile” dell'unico territorio culturale ancora interamente femminile, la cui riappropriazione da parte delle donne è iniziata solo negli ultimi decenni di questo secolo.

L'attivazione delle consultazioni era così regolata:

§9. Nei casi di morbo difficile e grave, soprattutto se vi abbia pericolo della vita dell'infermo, i Sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi dei poveri sono invitati a ricercare ed a giovare del parere e della generosa cooperazione dei Sig.ⁿⁱ Medici

e dei Sig.ⁿ Chirurghi Consulenti di Beneficenza, massimamente se il consulto sia desiderato dall'infermo istesso, o chiesto dai parenti di esso, ovvero proposto dal Sig.^r Invisiatore della Parrocchia. Lo stesso dicasi alle Levatrici, ogni volta che si tratti di casi gravi di ostetricia ricorrenti nelle partorienti povere da esse loro assistite, nei quali casi troveranno esse utili consigli ed operosa assistenza nei Sig.ⁿ Chirurghi Consulenti specialmente addetti a questo ramo essenzialissimo dell'arte salutare (34).

Si colmava così un vuoto tra il medico di beneficenza e gli ospedali che non aveva ragione d'essere in un'assistenza sanitaria completa ed efficace.

Note

(1) MARIO ABRATE, *L'Istituto Bancario San Paolo di Torino. 1563-1963*, Torino, Istituto Bancario San Paolo di Torino, 1963, p. 28.

(2) *ibidem*, pp. 69-70.

(3) *ibidem*, p. 114.

(4) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1810-1819, vol. 16, "Ord. 23/2/1815".

(5) MARIO NANO, *Storia della chirurgia...* cit., p. 46.

(6) ACT, *Carte Sciolte*, 4792, "Istruzione da osservarsi dalli quattro Signori Chirurghi deputati dall'Illustrissima Città di Torino per curare li Poveri infermi", 9/8/1710

(7) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 8/2/1846: Istruzioni pei Sig.ⁿ Medici e Chirurghi di Beneficienza".

(8) *ibidem*

(9) *ibidem*

(10) BARTOLOMEO FENOGLIO, *Quadro numerico comparativo delle febbri intermittenti e delle tisi polmonali che si ebbero ad osservare nel servizio medico dei poveri della parrocchia del Borgo Dora di Torino nell'anno 1846*, in "Giornale delle Scienze Mediche", X, vol. XXIX, 1847, pp. 161-181.

(11) ACT, *Carte Sciolte*, 4792, 15/6/1780.

(12) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1830-1835, vol. 19, "Ord. 17/8/1834".

(13) *ibidem*, 1847-1852, vol. 23, "Ord. 22/4/1849".

(14) *ibidem*, 1847-1852, vol. 23, "Ord. 25/3/1850".

- (15) *ibidem*, 1825-1829, vol. 18, “Ord. 23/12/1829”.
- (16) ACT, *Carte Sciolte*, 4793, “Manifesto della città di Torino per la destinazione di alcune levatrici in soccorso delle povere partorienti, 31/12/1789”.
- (17) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1810-1819, vol. 16, “Ord. 10/6/1815”, 1825-1829, vol. 18, “Ord. 23/12/1829”, 1830-1835, vol. 19, “Ord. 24/4/1833”.
- (18) *ibidem*, 1820-1824, vol. 17, “Ord. 6/3/1824”.
- (19) *ibidem*, 1836-1840, vol. 20, “Ord. 11/11/1838”.
- (20) *ibidem*, 1830-1835, vol. 19, “Ord. 22/12/1833”.
- (21) *ibidem*, 1820-1824, vol. 17, “Ord. 20/3/1822”.
- (22) *ibidem*, 1825-1829, vol. 18, “Ord. 25/6/1829”.
- (23) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, “Ord. 19/5/1844”.
- (24) C. MASINO - F. ASSETTO, *Le Farmacopee Piemontesi*, in “Bollettino Chimico Farmaceutico”, 1941, pp. 1-20; GIUSEPPE OSTINO, *Il servizio farmaceutico militare nel Regno Sardo*, Pisa, 1961.
- (25) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1847-1852, vol. 23, “Ord. 20/5/1849”.
- (26) *ibidem*, 1810-1819, vol. 16, “Ord. 16/3/1815”.
- (27) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino* cit., pp. 206-207.
- (28) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1836-1840, vol. 20, “Ord. 3/12/1837”.
- (29) *ibidem*, 1836-1840, vol. 20, “Ord. 8/11/1840”, 1841-1846, vol. 22, “Ord. 15/8/1841, 3/3/1844”.
- (30) *ibidem*, 1830-1835, vol. 19, “Ord. 29/4/1832, 13/5/1832, 9/8/1835”. Con Regio Brevetto del 10 aprile 1832 era stata istituita la Commissione Sanitaria della città di Torino “pel soccorso da apprestarsi agl’indigenti nel caso d’irruzione in essa del Cholera Asiatico”, ACT *Carte Sciolte* 4767.

- (31) UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino...* cit., pp. 66-67.
- (32) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino* cit., p. 19.
- (33) MARIO NANO, *Storia della chirurgia...* cit., pp. 41-42.
- (34) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali, 1841-1846*, vol. 22, "Ord. 8/2/1846, Istruzioni pei Sig.^{ri} Medici e Chirurghi di Beneficenza".

LA VITA QUOTIDIANA

MEDICI E PAZIENTI

Qual era il carico di lavoro di un medico dei poveri?

Per comprenderlo dobbiamo fare affidamento sulle due testimonianze giunte fino a noi dei dottori Giovanni Battista Bertolotti e Bartolomeo Fenoglio, quasi contemporanee, la prima del 1846 e la seconda del 1847, che ci forniscono numerosi dati interessanti (1). Il numero dei potenziali assistiti variava da una parrocchia all'altra. Fenoglio afferma che nel Borgo di Dora la popolazione era di 10000 abitanti, di cui solo 3000 "hanno di che far fronte ai bisogni della vita: gli altri sono più o meno miserabili"; un quartiere popolare, per giunta malsano, infestato dalla malaria (allora detta febbre periodica), dove "non poteva bastare un medico e un chirurgo solo" e che in effetti da tempo era diviso in due ai fini dell'assistenza ai poveri (2). Quindi ogni medico aveva in carico 3500 poveri, e nell'anno 1846 il dottor Fenoglio ne curò 317.

Della parrocchia del Carmine invece, assegnata a Bertolotti, sappiamo solo che contava 3800 abitanti, ma non il numero dei poveri assistibili, che però doveva essere percentualmente inferiore rispetto all'altro quartiere, trattandosi di una zona in parte popolata da militari del presidio e da comunità religiose; ciò malgrado il medico ne curò 332 nel 1845. Questa discrepanza potrebbe imputarsi a una diversa attitudine a ricorrere alle cure del medico, sulle cui cause discuteremo più avanti.

Bertolotti ci fornisce un bilancio minuziosissimo del suo operato, elencando tutte le malattie trattate con il numero dei pazienti per ciascuna e i giorni di cura per ogni caso. Va detto che sapere i giorni di cura corrisponde a sapere anche il probabile numero di visite effettuate: infatti a quel tempo era normale vedere tutti i giorni il paziente, ma se per caso non fosse stato chiaro a tutti, sopperivano a ricordarlo i Regolamenti:

sarà obbligo di ciascuno de' sign. Medici di continuare in ciascun giorno a recarsi come sopra fino al fine di ciascuna malattia, ed anche più volte in un sol giorno, qualora così esigano le circostanze (3)

Norma che viene ripetuta pari pari nel 1846, ma con una precisazione:

§.3 Queste norme (§ preced.) riguardano specialmente alle malattie acute. Sebbene poi nei morbi fattisi cronici tornino meno necessarie la frequente assistenza delle persone dell'arte, e la continuata prescrizione di medicinali agli infermi che ne sono affetti, è tuttavia raccomandato ai Sig.^{ri} Medici e Chirurghi di non tralasciare di visitarli di quando in quando, onde procurare di sollevarli nel miglior modo possibile sia con qualche prescrizione adattata al caso, e sia anche coll'effetto morale della loro presenza ⁽⁴⁾.

In effetti il dottor Bertolotti distingue anche le patologie in acute e croniche, per cui è possibile fare due ipotesi sulla media di visite giornaliere: nel caso che abbia visitato tutti i giorni tutti i pazienti, acuti e cronici, otteniamo una media di 12 visite al giorno, festivi compresi; se invece contiamo per i casi cronici un minimo di due sole visite ciascuno scendiamo a 9 visite: come si vede, la differenza non è sostanziale e con ogni probabilità la prima ipotesi è più vicina al vero. Questo perché, come giustamente ricorda il regolamento citato, uno dei farmaci più usati ed efficaci all'epoca era il medico stesso, con la sua capacità di ascoltare e dialogare.

Una conferma ci giunge anche dal numero complessivo di ricette spedite annualmente dalle farmacie, che ammonta secondo Bertolotti a circa 80000; cifra vicina a quella del prospetto fornito nel maggio 1829 dall'economista (7355 ricette in un mese) e di poco inferiore a quelle relative al 1839 e al 1840, rispettivamente 85000 e 92000 (5). Divisa per il numero dei sanitari (24, 12 medici e 12 chirurghi) e per i giorni dell'anno, porta a poco più di 9 ricette giornaliere: poiché non è pensabile che ad ogni passaggio del medico corrispondesse sempre una nuova prescrizione, possiamo tranquillamente ipotizzare un numero di visite superiore a 10 al giorno, festivi compresi.

Per quanto riguarda le terapie, le informazioni sono numerose, ma assai poco confortanti. Il dottor Fenoglio, che nel suo articolo discute dei casi di tubercolosi polmonare osservati, prescrive salassi, dieta e bevande “demulcenti”, inefficaci per sua stessa ammissione, tant’è vero che tutti i casi esaminati, tranne uno, muoiono entro l’anno di osservazione.

Dei 332 pazienti del dottor Bertolotti, 183 furono trattati con un numero di salassi variabile da 1 a 14, in media 5 a paziente, e a 69 fu prescritto il tartaro stibiato, un terribile emetico che si riteneva efficace nelle affezioni broncopolmonari. Sapeva invece utilizzare correttamente la digitale nelle idropi (scompensi cardiaci) e la segale cornuta nelle metrorragie; infine faceva largo uso di chinina e derivati nelle febbri malariche: egli segnala di aver dovuto trattare alcuni casi con il valerianato di chinina, ritenuto allora più efficace, per prescrivere il quale chiese ed ottenne specifica autorizzazione. A commento di ciò, conclude:

Quantunque, come accade in altre città riguardo a simili Istituti, pel sempre crescente numero dei poveri infermi da curarsi a domicilio, non si debbano prescrivere certi medicinali molto costosi; tuttavia quando il medico curante del rispettivo distretto lo giudica assolutamente necessario può, col permesso di uno dei signori Ispettori della farmacia prescrivere qualsivoglia rimedio.

A fronte di un impegno di lavoro più che ragguardevole lo stipendio si poteva eufemisticamente definire modesto.

Le 200 lire annue del chirurgo e le 300 lire del medico dei poveri erano al fondo di una scala che vedeva allo stesso livello l’operaio tessile (naturalmente maschio e adulto, perché le donne e i ragazzi avevano salari dimezzati), a quota £. 500 il maestro elementare, a £. 600 il muratore specializzato e il panettiere, a £. 800 lo scrivano, a £. 1000 il tipografo, a £. 1200 il professore ordinario dell’Università al livello iniziale (6). *Dulcis in fundo*, il boia effettivo di Torino guadagnava £. 1500 (7). Mancava inoltre qualsiasi forma di incentivo, né vi erano scatti di anzianità e, come già detto all’ini-

zio, in trentasette anni non vi è stato alcun adeguamento dello stipendio dei sanitari, come invece è avvenuto per i garzoni della spezieria e per l'economo.

Se dunque era così poco remunerativo, come mai il posto era tanto richiesto, al punto che ogni anno, al rinnovo degli incarichi ricorreva sempre più o meno la stessa frase nei verbali, che “il numero dei postulanti eccede di molto quello dei posti che rimangono a libera disposizione”? Come spiegare da parte dei candidati lettere di questo tenore:

avendo cessato (...) di essere applicato all'ospedale, siccome impiego temporario, ed essendo egli tuttora ansiosissimo di darsi all'assistenza e cura degli ammalati poveri, supplice ricorre... (8)

Ricordiamo allora un'altra frase già citata e anch'essa sempre ricorrente:

dar luogo ad altri postulanti d'esercitare la loro carità verso gli infermi poveri, e di potersi maggiormente abilitare nella loro professione a beneficio pubblico (9).

Il lavoro del medico si basa da sempre sulla casistica: le sue possibilità di crescita professionale sono proporzionali al numero di pazienti che vede. Naturalmente un discorso simile si può fare anche per altri professionisti, solo che il medico lavora su “materiale umano”, che vuole, se possibile, le massime garanzie quando affida la propria salute e integrità fisica in mani altrui. E ai tempi di cui trattiamo i criteri scientifici per giudicare una terapia erano ancora pochini, ed era quindi inevitabile affidarsi ancor più di oggi a elementi di giudizio quali la conoscenza personale, la testimonianza di altri pazienti, l'esperienza documentata e prolungata, la “chiara fama” insomma. Dunque il giovane neolaureato non poteva permettersi di aspettare che i pazienti giungessero a lui, doveva andarseli a cercare: di qui nasce la figura del medico frequentatore gratuito di ospedali e cliniche. E se è disposto a lavorare gratis,

ancor più accetta di farlo per uno stipendio sia pure quasi simbolico, all'inizio, e qui si dà ragione dell'espressione "esercitare la loro carità". Ovviamente i pazienti che trova sono quelli che non hanno scelta, all'ultimo gradino della società, disposti a rischiare perché non hanno nulla da perdere, l'alternativa è rimanere senza assistenza: gli "infermi poveri" appunto. Ma nelle intenzioni, spesso si tratta solo di un trampolino di lancio verso incarichi più prestigiosi e remunerativi, un'area di parcheggio, una palestra per "potersi maggiormente esercitare nella loro professione": ecco spiegata la seconda parte della frase.

Non si interpreti questo atteggiamento come puro cinismo: la realtà dimostra che le ricadute positive sugli assistiti ci sono e quello che inizialmente è un lavoro di ripiego per alcuni diventa una scelta convinta.

Si pensi ad esempio al dottor Sperino, l'oculista. Nato nel 1812, quando gli viene concesso un locale per esaminare i primi pazienti gratuitamente è il 1838, cioè ha solo 26 anni, ma è proprio grazie a questa "apertura di credito" che la sua specialità si è sviluppata a Torino e in Italia. Lo stesso può valere per l'ortopedico Borella. D'altro canto non c'è dubbio che la maggior parte dei sanitari avesse altri impegni, come minimo una clientela privata. Lo dimostrano due lettere di dimissioni, quella del medico collegiato Luigi Battaglia che si dimette dopo quattro anni

essendosi di molto aumentate le sue mediche incumbenze, specialmente dopo l'elevazione non a guari ottenuta all'onorevolissima carica di medico in 2° della persona di S.A.S. il Principe di Savoia-Carignano in un della sua famiglia, e Casa.

e quella del dottor Giovanni Robbio

essendo stato da poco tempo nominato medico del Seminario e dell'Arcivescovo, il che unito alle altre pratiche sue particolari assorbirebbe presso che tutto il tempo che esso era solito consacrare alla cura dei poveri ammalati della parrocchia di S. Agostino (10).

Di altri due sappiamo che erano anche medici militari: infatti a un certo punto chiedono di essere sostituiti temporaneamente in quanto destinati per quaranta giorni al Campo di Istruzione Militare fuori città (11).

È comunque documentata per diversi sanitari una particolare dedizione al servizio.

Ad esempio quando viene accordata una gratifica di £. 100 al medico Barale per l'assistenza prestata a "Giacinta, figlia nubile di Pietro Vignalis epilettica già dichiarata incurabile", che fa pensare a un livello di impegno profuso largamente superiore a quanto ci si poteva aspettare abitualmente. La stessa motivazione sta alla base dell'assegnamento di una buonuscita di £. 50 al chirurgo Luigi Martina, da lui richiesta al termine di incarico pluriennale:

accìò vogliano avere quei riguardi meritevoli di maggior fatica, e darmi quella ricompensa che meglio stimeranno

allegando una dichiarazione del parroco della Cittadella

Dichiaro che il sig. medico Luigi Martina ha visitato con indefesso zelo e sollecito impegno gli ammalati poveri di questa parochia, e li assistette ognora con mirabile carità, vedendoli qualora ve ne era il bisogno più e più volte il giorno, trattando le loro infermità colla più viva sollecitudine, agendo con essi colla più manierosa cortesia, ed amabilità possibile (12).

Il 21/12/1831, in occasione della nomina di medici e chirurghi per il 1832, si verbalizza:

...e senza tratto di conseguenza [si conferma] il sig. medico Paolo Gazza sebbene in carica dall'anno 1822, volendo la Deputazione quanto ad esso per particolari circostanze manifestargli in tal guisa la piena sua soddisfazione per zelo, e carità che spiega nel disimpegno delle di lui incumbenze.

E il verbale del 25/12/1843, analogamente, riconferma nell'incarico proprio il dottor G. B. Bertolotti "non ostante il prestato sesen-

nio di servizio” (13), decisione grazie alla quale ora abbiamo quella miniera di informazioni che è la sua relazione all’Accademia di Medicina.

Interessante anche esaminare i commenti sulla qualità del servizio.

Si inizia per la verità in data 11/4/1815 con una lettera circolare ai medici per esortarli all’esatta osservanza del regolamento, in seguito alle “doglianze avute della negligenza d’alcuno dei medici (...) e della contravvenzione eziandio per loro parte al Regolamento”, con un chiaro avvertimento:

esortandoli all’esatta osservanza di d.º Regolamento in ogni sua parte per evitare alla Compagnia il dispiacere di prendere le misure che crederà necessarie riguardo a quelli, su cui cadessero ulteriori doglianze.

Al termine dello stesso anno vengon riconfermati tutti, medici e chirurghi, “non avendo ricevuto alcun richiamo sulla condotta”. Anche in occasione delle successive nomine annuali i commenti sembrano documentare l’espletamento puntuale degli impegni: “lodevole condotta”, “in generale fu soddisfacente il servizio”, ecc. (14). In un solo caso si può supporre un provvedimento disciplinare, quando viene nominato un nuovo medico “avendo stimato conveniente congedare il sig. medico Carlo Casalis”: l’assenza di spiegazioni, e tantomeno di ringraziamenti, rende probabile questa interpretazione. Qualche tempo dopo, inoltre, viene inviata una lettera ai Signori Confratelli di San Paolo deputati per vigilare sull’assistenza ai poveri infermi chiedendo di controllare l’operato di medici, chirurghi e levatrici, raccogliendo informazioni dai parroci e altre persone “di loro confidenza”, nonché la qualità dei medicamenti (15). Insomma, il controllo c’era, ma i problemi emersi dal punto di vista disciplinare erano limitati.

Ora vediamo di conoscere gli assistiti dal servizio. Particolarmente utili sono i dati di Bertolotti, che difficilmente potrebbero essere più precisi.

1.
Istruzione ai Signori Deputati per sorvegliare
dell'assistenza ai poveri infermi;

Allegato all'Ordinato del 13 gennaio 1833

1. Sarà cura dei Signori Consiglieri di S. Paolo deputati per vigilare sull'assistenza ai poveri infermi.
2. Di assistere che tanto il Medico, come il Chirurgo rispettivamente assegnati a ciascuna parrocchia adempiano ai loro doveri con esattezza, e carità.
3. A quest'effetto procureranno di avere le opportune informazioni tanto dai Signori Parroci, come anche da quelli altre persone di loro conoscenza che saranno incaricate di somministrare gli aiuti.
4. Avvedendo che sentono lagnanze sul servizio di qualche medico o Chirurgo cercheranno assai ogni casa di accertarsi se siano fondate, ed in tal caso ne informeranno il Signor Dottore, con proporgli anche occorrendo quel modo di rimediare che meno saranno più opportuno.
5. Havendo ad udire lagnanze sulla qualità, supposta non buona dei rimedi, dopo avere consultato con il luogo il Medico che li ordini ne riferiranno ai Consiglieri deputati nella superiorità ed al Signor Dottore procurando di somministrare loro tutti quegli schiarimenti più

Istruzione ai Signori Deputati per sorvegliare dell'assistenza ai poveri infermi - Allegato all'Ordinato del 13 gennaio 1833

Riguardo al mestiere degli uomini, 16 lavoravano nelle stoffe in seta, 4 erano cuochi, o domestici, 4 tappezzeri, 1 carbonaio, 1 compositore tipografo, 3 muratori, 2 pristinaï, 4 rigattieri, 29 scolari, 5 agricoltori, 10 calzalai, 3 militari anziani, 9 fachini, 5 sarti, 3 lavoranti nei zolfanelli vulcanici, 5 legnaiuoli da mobili, 2 conciatori (totale 106). Delle donne, 36 erano di civil condizione, 7 giardiniere, 20 tessitrici di seta, 37 sarte, e cucitrici di camicie, 80 serve, 4 erbaiuole, o venditrici d'erbe, 12 lavandaie, 21 scolare, 2 crestaie, 4 nutrici, 3 lavoranti nei zolfanelli vulcanici (totale 226).

Dunque, i poveri non erano mendicanti, sbandati, accattoni, prostitute, trovatelli e tutto quel sottobosco di dolente umanità che affluiva e cresceva in città col crescere dell'urbanizzazione. Per questi la risposta assistenziale consisteva in appositi istituti di accoglienza dove l'opera caritativa spesso sconfinava nella mera contenzione.

I "veri" poveri erano quelli che pur lavorando onestamente non potevano permettersi nulla al di là del minimo necessario per sopravvivere, a volte mancando anche quello; per comprenderlo appieno ci è di grande aiuto il dottor Bertolotti quando descrive le condizioni abitative dei suoi assistiti.

Fra questi, 118 abitavano il piano terreno, 162 le soffitte, 52 i piani intermedi. Essi dentro 349 camere convivevano con altri individui nel numero complessivo di 1184 persone, in una media di 3 individui e più per camera.

Qui fa una breve digressione per confrontare tale situazione con quella inglese, in particolare Manchester e Liverpool, che risulterebbe ancora peggiore; tuttavia, proprio sulle drammatiche condizioni abitative in alcune zone della Parrocchia del Carmine, il caso vuole che ci sia giunta la testimonianza del medico dei poveri assegnato nel 1835, raccolta dal suo "invigilatore":

In una conferenza avuta col sig. Medico dei poveri della Parrocchia del Carmine, per la quale Parrocchia io sono deputato a Invigilatore della Compagnia di S. Paolo, ho sentito trovarsi nella casa del sig. Medico Benedetti, rimpetto all'antico Spedale de' Pazzi, camerette abitate da 6, 7 ed anche 8 individui con ragazzi da tutte le parti, persone che dormono sulla paglia per

terra, sudiciume etc. [...] Ho anche sentito che nella casa Brondelli, rimpetto alla prigione detta delle Forzate, vi siano al piano terreno e nei soffitti piccole camere abitate da 7 o 8 individui, e in uno stato consimile, benché non allo stesso punto, di quelle che vi sono nella casa Benedetti. (16)

Tornando a Bertolotti, conclude:

Sebbene i poveri della nostra parrocchia non sieno in condizioni igieniche tanto cattive circa l'abitazione, restanvi però molti miglioramenti da introdurre, specialmente in ciò, che riguarda il vitto necessario, onde poter curare con successo certe infermità, come quelle interessanti il tubo gastroenterico, e certe febbri intermittenti estive ed autunnali, che per essere guarite richiedono assolutamente un regime dietetico nutriente, sano, di facile digestione, e continuato, la qual cosa ho potuto osservare da molti anni, e specialmente allorché, medico dell'ospedale di S. Giovanni guarii molti infelici travagliati da più mesi dalle mentovate febbri, nelle quali bastò spesso una buona alimentazione di alcuni giorni, onde impedirne la recidiva. Ma siccome molti non si recano a detto ospedale perché devono custodire la famiglia, ovvero per cause morali; così sperasi, che una bene ordinata carità troverà modo di prestare sempre maggiore aiuto a tante miserie con efficaci soccorsi a domicilio.

Vi è poi l'esposizione al freddo, dovuta alla carenza di vestiti e al tipo di lavoro svolto, l'alimentazione a base di frutta e verdura, che, per la totale assenza delle più elementari norme igieniche, sono causa di gastroenteriti specie d'estate, e l'intossicazione da gas acido carbonico "svolto da carbone acceso contenuto nei noti vasi di ferro, o di terra in camere basse, e strette, ove dormivan gl'infermi...Taccio della miseria, che aggrava le fin qui numerate cagioni".

A conclusioni simili giunge l'altro medico, Fenoglio, che definisce il Borgo di Dora "infelicissimo dal lato igienico", enumerando le cause:

1° vari canali d'acqua che lo percorrono; 2° varie concerie, tintorie, macinerie, filatoi ed altri stabilimenti (...); 3° il quotidiano mercato degli erbaggi

che si tiene nel Borgo di Dora vecchio, ed altre cause consimili d'immondizie che, per essere questo Borgo come isolato dalla città, non vi sono abbastanza curate; 4° l'esistenza di varii orti e prati, (...) i quali in estate vengono continuamente adacquati; 5° infine la miseria e poca pulizia degli abitanti

oltre naturalmente la presenza della Dora stessa: anche se la causa vera non era ancora nota era già chiaro a tutti che chi viveva in zone umide, con canali e acque stagnanti, correva un rischio maggiore di contrarre la malaria. E infatti Fenoglio su 317 pazienti rileva ben 99 casi di "febbri intermittenti", mentre Bertolotti ne riscontra solo 7 su 332.

Le osservazioni di Fenoglio, riguardanti tredici casi di tisi polmonare, ci forniscono informazioni utili a capire l'atteggiamento dei pazienti verso la medicina e l'assistenza sanitaria. Esaminiamone i vari aspetti.

Il primo è quello della diffidenza verso le cure mediche in genere, ben illustrato in tre casi.

Osservazione prima. Pametti Giacomo, d'anni 33, panattiere, ammogliato. (...) l'ammalato credesi guarito, e riprende le sue occupazioni: ma la tosse persiste, e più forte di quanto non lo fosse per lo addietro: poco per volta si risveglia la febbre vespertina, si manifestano i dolori notturni, le forze si infievoliscono, e l'infelice impossibilitato al lavoro mettesi di nuovo a letto; ivi passa circa due mesi senza verun soccorso dell'arte, durante i quali sopraggiunge la diarrea: sul principio di gennaio del 1846 mi fa chiamare, e lo trovo all'ultimo stadio della tisi polmonale; il 12 dello stesso mese cessa di vivere.

Osservazione nona. Troglia Giuseppe, d'anni 26, minusiere. Il 21 marzo del 1846 si sente molestato da un dolore al lato sinistro del petto con febbre e tosse piuttosto gagliarda: ma per paura di essere salassato, e quindi di far la triste fine di sua sorella, ama meglio curarsi da se stesso con semplici decozioni demulcenti, dieta ecc.; il male diminuisce, ma non cessa: sulla fine di maggio sono chiamato a visitarlo: lo riconosco affetto da tisi polmonale con tutti i segni caratteristici di tale malattia.

Osservazione decimaterza. N.N. d'anni 18, vellutiera (ometto il nome perché questa giovane è ancora in vita).

(...) la trovo in letto con tosse, febbre vespertina, difficoltà di respiro, sudori notturni e parziali, sputi purulenti, insomma con tutto il corredo della tisi

polmonale dichiarata: la consiglio a chiedere ricovero nello spedale di S. Luigi, ma essa si oppone, e verso la metà di dicembre sentendosi alquanto migliorata, ed in grado di scendere dal letto, ama meglio recarsi in patria a respirare l'aria natia (...)

Come si vede, anche un lavoratore padre di famiglia poteva attendere due mesi in stato di malattia prima di chiamare il medico: e non gli si può dare torto, visto che la terapia imperante anche in questi casi era il salasso. Ne dà ragione il caso del "minusiere", il quale aveva già visto morire la sorella, certamente a causa della tisi, ma indubbiamente "aiutata" dai numerosi salassi praticati: quando lo visita il dottor Fenoglio, non può far altro che richiederne il ricovero al S. Luigi, dove morrà il 24 settembre dello stesso anno. Chi sembra avere una sorte migliore è l'ultima paziente, che fugge nel paese natale e che risulterà essere ancora in vita a un anno dalla diagnosi: una sopravvivenza superiore alla media dei casi descritti.

Tuttavia alcuni si rivolgono dapprima ad altri, medici e non, per curarsi, e solo in seguito chiamano il medico di beneficenza:

...fatta chiamare una persona dell'arte si assoggetta al metodo di cura che gli viene prescritto, ma tutto indarno

...nell'inverno del 1846 si fa successivamente vedere da varii medici, dalle prescrizioni dei quali non ottiene che momentaneo sollievo

...però non si ristabilisce, che anzi di tanto in tanto ricade, ed è obbligata a nuove cure: verso la fine di novembre, stanca omai delle continue spese mi fa chiamare

La preferenza accordata a prestazioni a pagamento, lasciando per ultimo il medico dei poveri, gratuito, non può che spiegarsi con una diffidenza verso ciò che è elargito "a titolo di carità", e quindi ritenuto privo di garanzie di qualità: inoltre in parecchi casi egli viene chiamato con l'unico scopo di avere la "fede" per il ricovero al S. Luigi, che solo il medico di beneficenza poteva rilasciare, ponendo così le basi dello stereotipo del medico della mutua burocratizzato e di scarso valore professionale, capace solo di "smistare" i pazienti.

Eppure proprio in quegli anni si documenta una crescente presa di coscienza dei propri diritti da parte della popolazione, che si manifesta anche attraverso l'accesso al servizio sanitario dei poveri: è del 1842 l'affermazione sui verbali della Compagnia che la maggior spesa sostenuta e preventivata per tale servizio è dovuta alla "minore ripugnanza della classe laboriosa a farsi spedire fedi di povertà" (17). Segno che lo si considera sempre di più un diritto da far valere, piuttosto che una carità da invocare.

È possibile che a ciò sia dovuto il maggior ricorso al medico di beneficenza da parte degli assistiti della parrocchia del Carmine, dov'era il dottor Bertolotti: da descrizioni dell'epoca sembra che nessun quartiere di Torino fosse così degradato come il Borgo di Dora, se si eccettua il Moschino, situato sul lungo Po presso l'attuale piazza Vittorio Veneto.

ALTRE FIGURE SANITARIE: CHIRURGHI E LEVATRICI

Dai chirurghi non ci è giunto alcun documento scritto, ma la vicenda che riguarda il loro compito di applicare le mignatte (o sanguette, o sanguisughe) è esemplare per diversi aspetti.

Tutto inizia con il verbale del 23/12/1829:

Avendo osservato che la spesa delle mignatte, dapprima tenuissima, crebbe poi a dismisura, per modo che eccede ora annue £. 4000, e mancano i mezzi onde potervi supplire, pensarono esser più opportuno l'aumentare £. 150 annue allo stipendio di caduno de' Sig.ri Chirurghi de' poveri col l'obbligo di provvedere a proprie spese ed applicare gratuitamente le mignatte.

I chirurghi "a tal riguardo esplorati" hanno "unanimemente prestato la loro adesione".

Non c'è dubbio che la spesa lamentata avesse il suo peso su un bilancio complessivo che si aggirava intorno a £. 25.000 l'anno.

Con il provvedimento si otteneva un risparmio netto di £. 2350 e la spesa diventava fissa, non più soggetta a variazioni e “sforamenti” verso l’alto.

A ogni chirurgo si forniva un budget che poteva gestire come voleva, tenendo conto che ci rimetteva del suo se il costo delle mignatte oltrepassava la quota pagata: è fin troppo facile dedurre, almeno col senno di poi acquisito ai giorni nostri, che ognuno avrebbe rapidamente imparato a calcolare con la massima attenzione il rapporto costi-benefici di tale terapia, laddove però la riduzione dei costi delle mignatte corrispondeva ad un aumento dei benefici economici per i chirurghi.

È sorprendente la somiglianza, fatte le debite proporzioni, con il sistema del *fundholding*, introdotto in Inghilterra negli ultimi anni, e che continua a destare interesse, chiamandolo semplicemente budget, in Italia e in altri paesi d’Europa: con questo sistema viene data in gestione a un gruppo di medici di famiglia l’intera spesa sanitaria annuale programmata per ogni assistito. Con essa il gruppo acquista ogni tipo di prestazione da fornire ai propri pazienti scegliendo, se possibile, quelle che hanno un costo più vantaggioso, a parità di livello qualitativo. Gli eventuali risparmi ottenuti sulla spesa prevista comportano vantaggi finanziari di vario tipo per il gruppo stesso.

Con una differenza sostanziale: i “general practitioners” inglesi partono da un compenso di base assolutamente soddisfacente, mentre i chirurghi torinesi lavoravano con livelli economici non molto superiori a quelli dei loro assistiti. Con queste premesse non c’è da stupirsi dell’evoluzione successiva della vicenda.

Esattamente sedici anni dopo, infatti, gli Invigilatori delle Parrocchie rilevano che si effettuano pochissime

operazioni di mignatte (...) nonostante siano spesse volte suggerite dai bisogni dei poveri infermi, e sebbene lo stipendio assegnato a ciascun chirurgo sia per la concorrenza di £. 150 corrispettivo di siffatte operazioni

e pertanto

si impone ai medici di consegnare ogni mese (...) la nota delle operazioni di mignatte che avranno ordinate

e ai chirurghi

di rassegnare (...) la nota di quelle che avranno eseguite; le quali note dovranno contenere la precisa indicazione degli infermi, a cui favore venne prescritta, ed eseguita l'operazione, ed il numero delle mignatte per ciascuno d'essi (18).

Disposizione che viene subito ripresa nel nuovo regolamento dell'8/2/1846.

Come dobbiamo interpretare questi fatti: si facevano davvero troppe applicazioni di mignatte nel 1829, e se ne fanno troppo poche nel 1845? Ma soprattutto, servivano o no, queste mignatte? Bisogna premettere che ogni "vuoto terapeutico" cioè ogni malattia per la quale non esiste una terapia efficace, tende ad essere riempito da trattamenti che possono essere nella migliore delle ipotesi dei palliativi, quando non del tutto inutili e semplici placebo. Questo fenomeno viene alimentato sia dai sanitari che dai pazienti ed è comune a tutte le epoche, compresa la nostra. Dunque a quei tempi le patologie che provocano edemi, come lo scompenso cardiaco, le malattie renali, la cirrosi epatica, non avevano alcun trattamento che si potesse dire anche vagamente efficace; l'applicazione di sanguisughe poteva ridurre localmente l'accumulo di liquido sottocutaneo, ma l'efficacia era di breve durata e comunque la pura sottrazione di liquidi senza altri provvedimenti alla lunga diventava dannosa per altri aspetti. Ma l'illusorio sollievo che se ne poteva trarre giustificava da solo non tanto la prescrizione attiva dei sanitari quanto la richiesta esplicita dei pazienti, che con ogni probabilità erano i veri induttori della spesa "dapprima tenuissima" e poi cresciuta a dismisura: il che viene indirettamente dimostrato dal fatto che a segnalare la caduta delle prescrizioni siano gli invigilatori, che erano incaricati di controllare sul posto la qualità del servizio raccogliendo le eventuali lamentele dei pazienti.

In conclusione, quando in un servizio sanitario una data prestazione non viene più rimborsata, si innesca un processo di revisione del rapporto costo-beneficio che può portare all'estremo opposto al punto di partenza se l'efficacia dell'intervento non è adeguatamente provata. È quindi abbastanza patetico il tentativo di burocratizzare il controllo sulla prescrizione di mignatte messo in atto nel 1845; ed è difficile che abbia sortito effetti significativi (19).

I chirurghi avevano uno stipendio estremamente basso e le loro possibilità di carriera erano largamente inferiori a quelle dei medici: solo del chirurgo Bottero, "ispettore dei bendaggi", si sa che era anche dipendente dell'ospedale S. Luigi, e che tenne entrambi gli incarichi fino alla sua morte, avvenuta nel 1824 (20); dai verbali risulta poi che un solo chirurgo, Antonio Bianchetti, abbia dato le dimissioni per essere "stato promosso alla carica di sost.° Professore di Chirurgia, e Prefetto del Collegio delle Province" (21). Eppure la chirurgia allora, pur non potendo contare sui due pilastri dell'anestesia e dell'asepsi, in molti casi dava risposte più efficaci della medicina del tempo. La cura di ferite, fratture, raccolte ascessuali e altri piccoli interventi davano risultati visibili, l'uso dei bendaggi per erniosi e degli apparecchi ortopedici era un primo passo, anche se rudimentale, sulla strada della riabilitazione; anche l'attività oculistica di Sperino si serviva, come si è già detto, dell'intervento dei chirurghi. Chi, appena al di sopra della soglia di povertà, doveva pagare ogni prestazione sanitaria, spesso preferiva i chirurghi, dalle tariffe assai meno esose, pragmatici e comprensibili nelle loro decisioni, anche per problemi di pertinenza dei medici, spesso paludati di erudizione ed oscuri nelle loro prescrizioni, la cui efficacia era continuamente messa in discussione.

L'impegno di lavoro delle levatrici era molto variabile: abbiamo dati piuttosto precisi nel periodo in cui vengono pagate le cosiddette gratificazioni, che erano proporzionali alle assistenze eseguite. Alla chiusura dell'annata 1835 risulta che la levatrice di S. Tommaso assistette 30 casi, mentre le altre non altrettanti. I dati più completi sono del 1841, e riguardano quattordici ostetriche: in

quell'anno furono ben 75 le assistenze pagate all'ostetrica Marchisio, contro le 50 della Chiaudano e le 40 di Favario e Gastaldi, tutte le altre seguirono tra i 10 e i 20 parti. Ciò significa che in media un'ostetrica poteva assistere da uno a cinque parti al mese. Naturalmente, a norma di regolamento, doveva anche seguire per almeno quindici giorni lo stato di salute della puerpera e del neonato; inoltre l'assistenza a un parto poteva richiedere molte visite preliminari, visto che, in assenza di alcuna possibilità di intervento sul decorso del travaglio, quest'ultimo poteva durare anche giorni interi.

La decisione di portare a £. 2 la paga per ogni assistenza, eliminando le gratificazioni e riducendo così di fatto gli introiti di più di un terzo, deliberata in data 20/2/1842, non tarda a portare pesanti conseguenze. Due anni dopo, infatti, si lamenta

essere invalso un abuso per parte delle levatrici (...) per assistere le povere partorienti coll'obbligare queste ultime a corrispondere loro una mercede cedendo poi alle partorienti stesse il dritto di percevere dalla Compagnia il corrispettivo stabilito per siffatte assistenze.

Si delibera allora di assegnare il finanziamento previsto alla "Compagnia delle povere puerpere" purché "la Città consenta ad esonerare la Compagnia di San Paolo da tal parte del servizio dei poveri" (22). Il 28/2/1847 viene approvata la convenzione in prova per due anni con la Compagnia delle Puerpere mediante la quale viene affidata la gestione delle levatrici dei poveri dietro finanziamento di £. 1500 annue. Di tale organizzazione si sa che era nata nel 1732 per iniziativa della Regina Polissena Cristina d'Assia, moglie del Re Carlo Emanuele III, con lo scopo di soccorrere le puerpere a domicilio. Nel 1833 aveva aiutato 467 donne, mentre nel 1841 risultano essere state 373 le donne assistite dalle ostetriche dei poveri: questa differenza in difetto non deve stupire, perché all'epoca era ancora frequente l'assistenza ai parti da parte di donne non qualificate; anzi, è lecito pensare che non poche fossero le donne indigenti che non ricevevano né l'as-

sistenza ostetrica né i soccorsi della Compagnia (23).

Con la stipula della convenzione non si trovano più riferimenti alle levatrici sui verbali del San Paolo fino al termine della gestione.

APPENDICE

Lettera del dott. Carlo Quaranta allegata all'Ordinato 1/9/1820
ASSP, Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali, 1820-1824, vol. 17

Illustrissimi Eccellentissimi Signori Membri della Veneranda
Compagnia di San Paolo

Il Medico Carlo Quaranta, nato in Torino, d'età anni 34, figlio del fu Senatore Giuseppe, che ha avuto l'onore di essere dalle Signorie Loro Illustrissime ed Eccellentissime nominato nel 1815 Medico dei poveri della Parocchia del Carmine e San Dalmazzo; che ai 6 di Luglio 1816 ha domandato spontaneamente, e per pura delicatezza le sue dimissioni perché, per essere in allora impiegato in qualità di Medico Assistente del Venerando Spedale di San Giovanni, temeva di non potere abbastanza assistere i Poveri affidati a sua cura con tutta quella carità e zelo, che meritano; Avendo cessato, con tutto lo scorso anno 1819, di essere applicato all'Ospedale, siccome impiego temporario, ed essendo egli tuttora ansiosissimo di darsi all'assistenza e cura degli ammalati poveri, supplice ricorre alle Signorie Loro Illustrissime ed Eccellentissime affinché si degnino di rinominarlo Medico dei Poveri.

Che della grazia

Il Supplicante

Note

(1) GIOVANNI BATTISTA BERTELOTTI, *Cenni topografico-clinico-statistici sulle malattie curate nel distretto della Parrocchia della B.V. del Carmine di Torino dai 21 dicembre 1844 ai 21 dicembre 1845*, in "Giornale delle Scienze Mediche" 1846, IX, 27, pp. 266-298; BARTOLOMEO FENOGLIO, *Quadro numerico comparativo delle febbri...* cit.

(2) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1825-1829, vol. 18, "Ord. 6/2/1829".

(3) ACT, *Carte Sciolte* 4792, "Regolamento..." cit.

(4) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 8/2/1846, Istruzioni pei Sig. Medici e Chirurghi di Beneficienza".

(5) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 15/8/1841".

(6) GIAN MARIO BRAVO, *Torino operaia...* cit., p. 82-88.

(7) UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino...* cit., p. 222.

(8) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1820-1824, vol. 17, "Ord. 1/9/1820", lettera del dottor Quaranta.

(9) *ibidem*, 1810-1819, vol. 16, "Ord. 23/2/1815".

(10) *ibidem*, 1825-1829, vol. 18, "Ord. 2/6/1827".

(11) *ibidem*, 1830-1835, vol. 19, "Ord. 3/8/1834".

(12) *ibidem*, 1825-1829, vol. 18, "Ord. 31/1/1825".

(13) Nel frattempo era stato inserito il limite di sei anni oltre il quale, di norma, l'incarico non poteva più essere rinnovato; v. ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1836-1840, vol. 20, "Ord. 12/2/1837".

(14) *ibidem*, 1810-1819, vol. 16, "Ord. 30/11/1815, 24/2/1818", 1830-1835, vol. 19, "Ord. 27/12/1835".

(15) *ibidem*, 1830-1835, vol. 19, “Ord. 18/3/1830, 13/1/1833”.

(16) ACT, *Vicariato, Corrispondenza*, cart. 2, fasc. 4: lettera del cav. Calvi al Vicario, 6 agosto 1835. Citato da UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino...* cit.

(17) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1841-1846, vol. 22, “Ord. 30/1/1842”.

(18) *ibidem*, “Ord. 25/12/1845”.

(19) Con 150 £. annue erano ben pochi i pazienti curabili, se si seguivano le usanze terapeutiche del tempo: da un documento conservato all'Archivio Comunale di Torino (*Carte Sciolte*, 4798 “Operazioni di sanguette fatte da sig.ri cerusici agli infermi poveri nell'annata 1792”) risulta che venivano applicate in media 10 sanguisughe per ogni operazione e che ogni paziente subiva in media 6 operazioni, con un consumo totale di 60 sanguisughe al costo di £. 0,50 l'una, che porta al costo di £. 30 a paziente; ciò significa che i dodici chirurghi potevano trattare complessivamente, senza rimetterci, sessanta pazienti l'anno, mentre il costo di £. 4000 lamentato all'inizio corrispondeva a circa 130 pazienti.

(20) BENEDETTO TROMPEO, *Cenni storico-statistici...* cit.

(21) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1825-1829, vol. 18, “Ord. 6/2/1829”.

(22) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, “Ord. 23/6/1844”.

(23) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino* cit., pp. 168-169.

PROBLEMI ECONOMICI ED ORGANIZZATIVI

Inutile dire che la questione finanziaria era quella che più frequentemente si scontrava con le esigenze del servizio: i tentativi di aumentare e diversificare le prestazioni erano spesso bloccati dall'esaurirsi dei fondi, costringendo a una gestione di costante incertezza, che diventa evidente con il passare degli anni. Un primo segno lo troviamo nel 1820, quando si delibera di vaccinare gli indigenti confidando nella Reale Munificenza per coprire eventuali buchi di bilancio, come dire che non era prevedibile l'entità dell'impegno economico necessario. Nel 1829 vi è la disposizione relativa all'applicazione delle mignatte, di cui si è già parlato, sintomatica di un certo clima che si stava creando. Nel 1834 si attinge dall'avanzo di £. 500 sul fondo della Farmacia per il pagamento di macchine ortopediche, ma nel 1840, al contrario, si utilizzano i fondi per macchine ortopediche e bendaggi per pagare il credito della spezieria sui medicinali dell'ultimo quadrimestre 1839, e nello stesso anno si richiedono finanziamenti ulteriori a Sua Maestà, gli attuali non essendo "sufficienti per provvedere agli urgenti bisogni degli infermi"; l'anno successivo la situazione non è migliorata ed a farne le spese sono di nuovo bendaggi e apparecchi ortopedici, poiché "le somme stanziare (...) appena bastavano per quattro mesi l'anno", benché tali sussidi

formano una parte essenzialissima dei soccorsi imperiosamente richiesti da un genere d'infermità comune a gran numero di persone specialmente della classe povera. (1)

E l'inizio del 1842 vede una situazione di passivo che costringe a sospenderne la fornitura. Una temporanea soluzione a questo problema si trova nel 1844, quando si registra l'introito di £. 2000 provenienti

da Sovrana Largizione per bendaggi e macchine ortopediche in occasione dei festeggiamenti per la nascita di S.A.R. il Principe di Piemonte. (2)

In seguito non sono segnalati altri problemi riguardo a queste forniture, ma nel frattempo si è evidenziato l'altro punto dolente che è la spesa farmaceutica: i medicinali gratuiti sono appetiti da molti e il primo impegno della Compagnia è quello di non allargare troppo la cerchia degli utenti.

La prima richiesta giunge dal Monastero del SS.mo Rosario, che ospita "zitelle in pericolo non men della miseria che dell'onestà", a cui si decide di assegnare le medicine con pagamento parziale. (3)

Vengono invece concesse le medicine gratuite ai Padri minori del Convento di S. Lazzaro, ma si incarica l'economista della spezieria di "prescrivere le cautele necessarie, a cui per ottenere tal favore, dovranno quei RR.PP. adattarsi", mentre lo Spedale Cottolengo, da poco fondato, dovrà accontentarsi di un ribasso del 75% della tariffa "con riserva di determinare poi in seguito, visto il risultato di questi sei mesi"; sulla concessione dei farmaci richiesta dagli invalidi della Cittadella, si incarica il Rettore della Compagnia di raccogliere ulteriori informazioni "per evitare ogni introduzione d'abuso" (4). Evidentemente però molti ci provano lo stesso, visto che nella riunione del 17/3/1839 i Confratelli "mandano diffidarsi l'Economista delle Farmacie di non somministrare rimedi gratuiti a persone estranee a quelle negli stessi regolamenti indicate".

Fermiamoci ora su un verbale di poco successivo:

(...) Deliberano non potersi annuire alla domanda sporta dal sig. Musy proprietario del filatoio di Dora presso i Molini della città all'oggetto che gli operaj infermi in esso abitanti siano ammessi a godere dei medicinali della Farmacia dei Poveri, e della gratuita assistenza del medico, e chirurgo di beneficenza, inquantoché la tenuità dei fondi destinati pei poveri infermi della città e l'ognor crescente quantità di questi non permettono, ecc.

Verrebbe da lodare questo imprenditore illuminato che si preoccupa di fornire assistenza sanitaria ai propri dipendenti, ma non era certo un grande sforzo chiedere quella, gratuita, della Compa-

gnia; la quale, più opportunamente, avrebbe potuto rispondergli che se la voleva doveva pagarsela, anche se forse i tempi non erano ancora maturi...

Non sarebbe stato comunque un gran peso: nel 1834 la spesa complessiva per i medicinali si aggirava intorno alle 6000 lire annue, corrispondente a circa £. 500 per parrocchia, ma per tanti che fossero i suoi dipendenti non raggiungevano certo le migliaia di poveri assistiti in ogni parrocchia, quindi la spesa farmaceutica sarebbe stata assai più leggera. Quanto al medico e al chirurgo, se anche li avesse voluti tutti per sé, li avrebbe pagati più o meno come i propri operai: infatti è documentato che in quell'epoca gli uomini impiegati nelle filature venivano pagati da £. 1 a £. 1,35 al giorno, che, moltiplicato per i 290-300 giorni lavorativi annuali dell'epoca significa 290-400 lire (5). Insomma, per risparmiare poco più della paga di due operai il signor Musy ha perso l'occasione di passare alla storia come il primo padrone in Italia (e forse nel mondo) che abbia istituito una mutua aziendale.

Tornando all'elenco dei postulanti, troviamo l'ospedaletto dei poveri fanciulli infermi, a cui viene accordata la fornitura gratuita dei medicinali e successivamente revocata poiché la spesa "ascese in soli nove mesi alla considerevol somma di lire cinquecento" (6). Particolarmente significativa è la delibera del 24/2/1849:

Sulla domanda rassegnata dall'Amm.ne Israelitica di Beneficienza li sig.ri Congr.ti non dissentono che i medicinali soliti provvedersi ai poveri coi fondi di beneficenza provenienti dalla Civica Amm.ne siano pure somministrati ai poveri Israeliti di questa città muniti del certificato di povertà spedito dal loro Rabbino, con che i medesimi si adattino a tutte le condizioni portate dai reg.ti dell'opera per la distribuzione di detti medicinali.

Questo è l'unico ma significativo segno lasciato sui verbali del servizio sanitario del "passaggio" del 1848: i tempi stanno finalmente cambiando.

Mentre cerca di arginare e regolamentare la richiesta di farmaci gratuiti da parte di soggetti diversi, l'amministrazione della Com-

pagnia deve fare i conti con altri fattori che fanno lievitare la spesa farmaceutica.

Nell' esporre il bilancio dell' Istituto di Beneficienza nel 1839 si afferma che la maggior spesa per i medicinali è dovuta all' inserimento di molte nuove medicine "altamente reclamate dai medici di tutte le Parrocchie" e che non è più comprimibile, pur "dopo aver raccomandato, e vegliato che non si prescrivano senza vero bisogno". La pressione da parte dei medici sembra essere stata determinante, perché viene ribadita più volte:

(...) la vera cagione della maggiore spesa essere perciò la nuova farmacopea pei poveri, onde por termine ai continui richiami che si avevano da tutti li medici

e poi ancora

Quanto ai cambiamenti seguiti nella farmacopea, essere bastevole il rammentare le continue universali lagnanze dei medici della Beneficienza che dichiaravano affatto insufficiente, e non consentanea ai progressi della scienza l' antica farmacopea (7).

Oltre a ciò vi è "il numero dei poveri che va ogni giorno aumentando" e che richiede con sempre maggior frequenza la fede di povertà, evento

affatto indipendente dall' Amministrazione la quale non può parimenti impedire gran fatto la moltiplicazione delle fedi di povertà sapendosi come i parroci difficilmente si trovino nel caso di negarle a chi si decide a farne domanda, non avendo la Compagnia, salvo in ben pochi casi, il mezzo di riconoscere il maggiore, o minor bisogno degli ammalati.

Spunta quindi l' idea di far ricadere sui medici l' impegno di contenere la spesa:

Si potrebbe anche raccomandare ai medici maggior attenzione nello spedire le sole ricette che riconoscessero essenzialmente influenti alla guarigione degl' ammalati (8)

Nel 1844 si passa ad azioni più incisive. Innanzitutto viene istituita per alcuni medicinali la “prescrivibilità previa autorizzazione”:

Che d’or innanzi non si possa senza una speciale approvazione della Compagnia divenire alla spedizione di quei medicinali di maggior costo che possono essere suppliti con succedanei, e dei quali viene formata da due medici una nota che verrà a seguito del presente inserta.

Poco dopo vengono aggregati alla Compagnia come controllori della Farmacia il dottore collegiato in Medicina Bonino, e il professore di Chimica Lavini; successivamente agli stessi viene dato l’incarico di preparare una farmacopea speciale “e meno onerosa” salvo

autorizzare l’Economo della Farmacia a provvedere una discreta quantità de’ medicinali che non saranno compresi nella Farmacopea de’ Poveri, e che si giudicheranno necessari per servizio degli occorrenti mediante pagamento.

Nell’arco di dieci giorni i due esperti portano all’adozione del Codice Farmaceutico Militare con l’aggiunta di un apposito elenco di rimedi “diretti a soccorrere alle malattie delle donne e dei ragazzi”. E con ciò si concludono le iniziative volte a contenere la spesa farmaceutica. Dal commento del dottor Bertolotti più sopra riportato si direbbe che siano state recepite abbastanza bene dai medici, i quali non hanno poi espresso “lagnanze” ulteriori; d’altronde, che la salsapariglia o l’estratto di menta non fossero più prescrittibili non può aver influito minimamente sulla salute degli assistiti (9).

Nel pieno del dibattito sulla spesa farmaceutica, si inserisce un episodio per certi versi sorprendente, e certamente anacronistico anche in rapporto a quell’epoca. Nei verbali troviamo una “Deliberazione sulla proposta di Maria Riso ritentrica d’un secreto per le donne non mestruate”; di questa Maria Riso si dice solo che avrebbe ricevuto il “secreto” dalla madre, e che ora propone di

cederlo irrevocabilmente a questa Compagnia con che venga distribuito gratuitamente alle persone inferme, e sia a favore di essa proponente e pendente la di lei vita e dopo il suo decesso a favore de' di lei eredi in perpetuo, corrisposta annualmente la metà del prodotto che si ricaverà dalla vendita di quel rimedio alle persone facoltose, restando l'altra metà a beneficio della Compagnia

a condizione però che la sua composizione rimanga, appunto, un "segreto". La proposta viene accolta con la sola motivazione che essa non è in alcun modo "onerosa" alla Compagnia. Segue poi un sussulto di razionalità:

All'oggetto poi di ottenere dal Magistrato del Protomedicato l'opportuna autorizzazione per lo smercio di quel rimedio, pregano, e deputano il sig.r confratello Professore Lavini a ricorrere al medesimo (...), pregando lo stesso sig.r Professore a volersi incaricare della manipolazione di tale rimedio nella Farmacia dei Poveri in modo però che nessuno possa essere consapevole delle più efficaci sostanze che lo compongono. (10)

Insomma, detto in termini moderni, la signora voleva delle royalties sul brevetto, e la garanzia che non sarebbe stato sfruttato commercialmente da altri. Ma nel complesso la storia ci fa compiere un bel balzo indietro, in pieno *ancien régime*, per diversi aspetti. Innanzitutto il fatto che chiunque potesse proporre e chiedere di smerciare un preparato medicinale, senza dover presentare alcuna credenziale che qualifichi una qualche competenza: la Rizzo non si preoccupa di dare una spiegazione razionale dell'origine del farmaco, se non che è stato usato e le è stato tramandato dai suoi antenati, caratteristica tipica dei preparati detti appunto "secreti" nei secoli precedenti. Sono documentati casi in cui il composto fu tramandato per intere generazioni di guaritori (e di Protomedicati che l'autorizzavano): come quello riportato da Gianna Pomata, il "salutifero composito contro veleni vivi, e morti" di Martino Grimaldi Napolitano, la cui vendita fu autorizzata per la prima volta a Bologna nel 1617 e che veniva ancora rinnovata tal quale ad un suo discendente, Giuseppe Moreschi, nel 1755 (11).

Il mistero sulla sua composizione era un elemento essenziale per dargli un'aura di potere taumaturgico su cui vivevano ogni sorta di guaritori fin dalla notte dei tempi. Non che tale figura fosse scomparsa nel 1844 (non lo è neppure al giorno d'oggi!); ma sorprende il fatto che in un'epoca in cui era ormai in atto da circa mezzo secolo un processo di revisione e di rinnovamento delle scienze mediche, soprattutto attraverso la critica delle posizioni dogmatiche del passato, la circolazione delle conoscenze e delle idee, la riqualifica degli studi universitari, una struttura sanitaria accettasse per buono un rimedio senza neppure subordinare la decisione a una verifica preventiva della sua efficacia. Anche la preoccupazione di garantire il segreto sulla composizione è ormai in totale contrasto con il principio che si andava affermando di un libero e aperto confronto su ogni proposta terapeutica da parte della comunità scientifica. Ci sembra anche grottesco immaginare il professor Lavini, intabarrato in una notte d'inverno, intrufolarsi nella Farmacia dei Poveri, lontano dagli occhi indiscreti dei garzoni della spezieria, per esaminare tra storte e alambicchi il "segreto per le donne non mestruate"...

Certo i degni Confratelli non avevano pensato a tutto questo, sia per la mancanza di una competenza scientifica, sia perché più direttamente coinvolti nella gestione di altri tipi di problemi.

Infatti, oltre alla questione finanziaria, occorre adeguare la struttura organizzativa in modo che fosse il più possibile rispondente alle esigenze del servizio, non dimenticando comunque mai, naturalmente, la necessità di evitare spese superflue.

Come si è detto, nel 1815 la città viene ripartita in undici parrocchie, e cioè:

S. Giovanni

Corpus Domini e Santi Martiri

S. Carlo

Borgo di Dora

S. Maria e S. Teresa

Borgo di Po

S. Tommaso
B.V. del Carmine e S. Dalmazzo
S. Francesco di Paola
S. Filippo e S. Croce
S. Agostino

Il primo adeguamento riguarda il Borgo di Dora, che nel 1829 viene sdoppiato, per l'aumento della sua popolazione, invitando i due medici e i due chirurghi assegnati "di concertare fra di loro la divisione dell'esercizio delle loro nuove funzioni in detto Borgo". Nel 1834 però diventa chiara l'esigenza di ridisegnare e aumentare le circoscrizioni della città, esigenza esposta ripetutamente da medici e chirurghi: la popolazione raggiunge ormai i 120.000 abitanti, ed è quasi raddoppiata rispetto all'epoca in cui furono stabilite le suddivisioni e gli stipendi, ma il provvedervi "dipende unicamente dall'aver fondi disponibili" per alleviare le cresciute fatiche. Fortunatamente, proprio sul finire dello stesso anno, con un Regio Biglietto del 20/12/1834, viene aumentata la rendita a £. 33.000, e si può procedere alla riorganizzazione. Gli ambiti parrocchiali diventano diciassette:

S. Giovanni
Corpus Domini
S. Carlo
Borgo di Dora lato destro
Borgo di Dora lato sinistro
S. Maria di Piazza e S. Rocco
S. Teresa
S. Tommaso
B.V. del Carmine
S. Dalmazzo
S. Francesco di Paola
S. Filippo
S. Agostino
SS.ma Annunziata
Madonna degli Angeli

S. Lazzaro
Gran Madre di Dio

Ad ognuno viene assegnato un medico, un chirurgo e una levatrice, con i “soliti” stipendi, è vero, ma con un alleggerimento significativo del carico di lavoro; di conseguenza si raccomanda di “raddoppiare di zelo e di attenzione nel servizio” appena ristrutturato (12). L’impegno rimaneva comunque rispettabile: documenti dell’epoca calcolano la presenza di circa 30.000 poveri nella città, che corrisponde a una media di circa 1800 assistibili per ogni circoscrizione (13).

Vi sono poi le sostituzioni temporanee di zone rimaste carenti, in cui la Compagnia si dimostra irremovibile nella sua politica di “economia fino all’osso”.

Quando muore il medico della parrocchia del Carmine e S. Dalmazzo si nominano due sostituti “col solito stipendio divisibile fra li medesimi” e “con riserva di farne la riunione sotto la condotta d’un sol medico” entro dicembre. Poco dopo, in una situazione analoga, viene assegnata provvisoriamente la parrocchia di S. Carlo al chirurgo Ferrua, già in servizio ad altra parrocchia, “senz’assegnamento di stipendio, e col solo pagamento per le operazioni delle sanguette”, operazioni che con ogni probabilità in quel periodo avranno raggiunto il loro minimo storico. Anni dopo, viene sdoppiata la parrocchia della SS. ma Annunziata, e il territorio oltre il viale di S. Massimo è assegnato al chirurgo Marchiandi Pietro con la doppia funzione di medico-chirurgo, ma con la sola paga di chirurgo (le “solite” £. 350).

Anche l’esecuzione di prestazioni non dovute ma fatte in buona fede cade sotto la scure del risparmio. Al medico Mulateri e al chirurgo Musso, della parrocchia degli Angeli, si nega un’indennità richiesta per aver curato poveri infermi residenti “oltre li pennoncelli” (cioè oltre la cinta daziaria), pur appartenenti alla stessa parrocchia, in quanto la Compagnia provvede solo ai poveri entro la cinta (14).

L’unica figura che non sembra aver subito decurtazioni di stipen-

dio è l'economista della spezieria, che già nel 1823 guadagnava £.1000 l'anno. Anzi, abbiamo già rilevato che nel 1849 la relazione positiva della Commissione di verifica dell'andamento delle Farmacie dei Poveri, istituita sei mesi prima, fa sì che ai due economisti venga aumentato l'aggio sulle vendite.

Solo nell'ultimo anno di gestione si registra il diniego di concedere un assegno di buonuscita all'economista dimissionario, sig. Cauda, ma la Compagnia aggiunge come motivazione, non si sa se con rammarico o con sollievo, "tanto più che con tutto il corrente anno cessa in lei l'amministrazione dell'Istituto di Beneficenza" (15).

Note

- (1) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1830-1835, vol. 19, "Ord. 6/7/1834", 1836-1840, vol. 20, "Ord. 26/1/1840, 30/8/1840", 1841-1846, vol. 22, "Ord. 15/8/1841".
- (2) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 30/1/1842, 14/7/1844".
- (3) *ibidem*, 1820-1824, vol. 17, "Ord. 27/2/1824".
- (4) *ibidem*, 1830-1835, vol. 19, "Ord. 23/9/32, 16/12/32, 30/12/32, 23/6/1933".
- (5) GIAN MARIO BRAVO, *Torino operaia...* cit., pp. 82-83.
- (6) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 19/3/1843, 14/1/1844".
- (7) *ibidem*, 1836-1840, vol. 20, "Ord. 25/8/1839, 15/3/1840", 1841-1846, vol. 22, "Ord. 30/1/1842".
- (8) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 30/1/1842".
- (9) *ibidem*, 1841-1846, vol. 22, "Ord. 19/5/1844, 30/6/1844, 15/12/1844, 25/12/1844".
- (10) *ibidem*, "Ord. 15/12/1844".
- (11) GIANNA POMATA, *La promessa di guarigione...* cit., p.172.
- (12) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1825-1829, vol. 18, "Ord. 6/2/1829", 1830-1835, vol. 19, "Ord. 6/7/1834, 28/12/1834, 4/1/1835".
- (13) UMBERTO LEVRA, *L'altro volto di Torino...* cit., p. 164.
- (14) ASSP, *Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali*, 1830-1835, vol. 19, "Ord. 11/7/1831, 1/7/1832", 1847-1852, vol.23, "Ord. 11/4/1847", 1836-1840, vol. 20, "Ord. 24/1/1836".
- (15) *ibidem*, 1820-1824, vol. 17, "Ord. 5/12/1823", 1847-1852, vol.23, "Ord. 17/12/1848, 20/5/1849, 24/5/1851".

CONCLUSIONI

BILANCIO DELL'ESPERIENZA

La gestione da parte della Compagnia di San Paolo dell'assistenza sanitaria ai poveri di Torino si configura come assai più simile alle moderne Casse Mutue piuttosto che alle semplici condotte comunali. Infatti in queste ultime venivano garantite solo le cure mediche di base, mancando non solo un'assistenza integrativa (tipo i bendaggi e le macchine ortopediche) ma, il più delle volte, anche l'assistenza farmaceutica.

Situazioni analoghe potevano riscontrarsi solo nelle grandi città, per ovvi motivi economici, ed è in una di queste, Milano, che troviamo un'esperienza simile con la quale è possibile fare interessanti confronti: si tratta delle condotte mediche dell'Opera Pia S. Corona, che le gestì fin dai primi anni della sua fondazione, alla fine del XV secolo, e la cui storia è stata analizzata e raccontata da Adolfo Ferrari Sacco e Tommaso Oliaro (1).

Fondata nel 1497, tale istituzione deliberò infatti di occuparsi dell'assistenza sanitaria dei poveri già nel 1499, e la mantenne ininterrottamente per quattro secoli, fino al 1902. In questo modo Milano, che aveva iniziato con grande ritardo rispetto ad altre città questo tipo di assistenza, divenne un esempio di continuità e di efficienza: nel '700, inoltre, tutta la Lombardia aveva una rete di condotte che per organizzazione e diffusione era all'avanguardia rispetto al resto della penisola (2).

La struttura organizzativa si definì abbastanza rapidamente nel corso del Cinquecento. La città era suddivisa in quartieri che prendevano il nome dalle rispettive Porte, e che inizialmente erano sei: Porta Orientale, Porta Romana, Porta Ticinese, Porta Vercellina, Porta Comasina e Porta Nuova. Naturalmente con l'espansione urbanistica aumentarono: divennero dodici nel corso del XVIII secolo ed erano ventidue nel 1864. Ad ogni quartiere erano assegnati un medico, un chirurgo, un barbiere (o chirurgo

minore o flebotomo) che, a partire dal Seicento, furono affiancati da un litotomo o norcino, e da una levatrice. Il norcino era un chirurgo esperto negli interventi del “mal della pietra” (calcoli urinari) e di ernia, il cui nome deriva dalla città di Norcia, dove pare che questa specialità fosse praticata da diverse famiglie, trasmettendosi di padre in figlio le relative tecniche operatorie. Tecniche sulle quali cercavano anche di mantenere il segreto, secondo una consuetudine diffusa all’epoca, come si è già detto a proposito dei preparati medicinali. Il barbiere era incaricato, su ordinazione del medico, di praticare i salassi e di applicare le sanguisughe, dette *cizzasangue*.

Vediamo dunque gli aspetti salienti, e più interessanti, del servizio. Fin dall’inizio i medici non effettuavano solo visite domiciliari, ma anche ambulatoriali, nei primissimi tempi in casa propria, e in seguito presso la sede centrale dell’Opera Pia. Tutte le mattine dovevano attendere i pazienti fino al suonare del *campanone grosso* del Duomo, e intanto ricevevano le chiamate a domicilio, che erano tenuti a fare in giornata. Le prescrizioni venivano scritte su appositi moduli a stampa e non erano soggette a precise limitazioni. Solo nel regolamento del 1856 compaiono due disposizioni in questo senso:

§13. Ai malati gravi non sarà lecito di prescrivere maggior quantità di medicina di quello che prudenzialmente si può credere che sia per essere consumata nell’intervallo tra l’una e l’altra visita.

§14. Ai soli malati cronici si potrà prescrivere con una sola ricetta, da essere spedita dallo Speciale una sola volta, maggior dose di medicinali, sempre che si possa ordinarli in forma tale che non possano degenerare, e che altronde non vi sia da temere che gli ammalati ne facciano cattivo uso.

Le retribuzioni dei medici ebbero fasi alterne: dapprima ricevevano uno stipendio annuo fisso, ma già nel 1551 viene rilevata la “negligenza” nel visitare gli ammalati e si delibera un piccolo aumento di stipendio. Nel 1570 si passa a un sistema misto, con una retribuzione fissa di base che corrispondeva alla *residenza*, cioè le visite ambulatoriali, e all’obbligo di effettuare un numero

prestabilito di visite a domicilio (da 62 a 100, a seconda del quartiere); le visite in più sarebbero state pagate proporzionalmente, in ragione del loro numero. Il risultato fu che nel 1590, a fronte di 512 visite gratuite si erano effettuate 10.687 visite pagate a notula. Un tentativo di ritornare allo stipendio fisso durò solo due anni, poi si tornò al pagamento misto che rimase sostanzialmente immutato anche nei secoli successivi; un sistema analogo valeva per i chirurghi e i litotomi.

I barbieri, invece, erano pagati esclusivamente a prestazione, che dovevano documentare facendola controfirmare dal paziente. Purtroppo nel 1648 si scoprì che alcuni barbieri acquistavano per poco prezzo dai pazienti ricevute false per ottenere il rimborso di prestazioni mai eseguite: per tale motivo si deliberò che si procedesse al pagamento dei barbieri solo dopo che avessero solennemente giurato che le operazioni dichiarate erano state effettivamente eseguite (*beati pauperes spiritu...*). D'altronde fin dal 1578 erano state messe a carico dei barbieri le sanguisughe, con ogni probabilità per evitare abusi, proprio come verrà deliberato, duecentocinquanta anni dopo, per i chirurghi di Torino.

I pagamenti a prestazione comportarono inevitabilmente la proliferazione di adempimenti burocratici. Già nel 1570 i sanitari dovevano compilare annualmente due tipi di bollettini: uno, con impresso un sigillo del S. Corona, in cui riportavano le visite domiciliari gratuite, ed un secondo, con due sigilli, dove annotare le visite supplementari pagate a notula. Successivamente i bollettini si fecero giornalieri e particolareggiati, come recita una Ordinanza Capitolare del 26 maggio 1781:

Lo stesso Capitolo è venuto nella considerazione d'ingiongere l'obbligo preciso a ciascun Medico, e Chirurgo P.L. di annotare giornalmente le Visite, che si faranno col Nome, Cognome e Professione dell'Ammalato, colla Parrocchia sotto cui abita, e coll'indicazione se il male sia, o nò grave, e se sian-si, o nò ordinati li SS. Sacramenti, dovendo ciascun Medico, e Chirurgo consegnare ogni mattina nell'ora della residenza al Cavaliere Deputato, oppure al Maestro di Casa la Nota del giorno antecedente firmata rispettivamente dal Medico, o Chirurgo portante le suddette specifiche indicazioni, secon-

do la formola, che si è perciò fatta stampare.

Ciò dovrà immancabilmente eseguirsi, altrimenti si prenderanno quelle determinazioni, che il Capitolo crederà convenire.

Nella storia del S. Corona, si verifica poi un evento particolare, probabilmente unico nella storia degli ospedali e delle condotte. Il 1789 vede infatti la fusione dell'Ospedale Maggiore di Milano con il Pio Istituto in un'unica Amministrazione, che ebbe come conseguenza di parificare le carriere di tutti i medici: pertanto, spiega Ferrari Sacco, "sola differenza essenziale - rispetto ai precedenti regolamenti - i criteri di scelta del personale sanitario addetto alle condotte che poteva provenire, per semplice promozione, dal corpo medico dell'Ospedale, mentre inversamente i titolari delle condotte potevano passare, dal loro servizio, in mansioni ospedaliere di grado superiore". Dal punto di vista della medicina primaria vi era anche un'altra differenza essenziale: il "servizio di residenza" cioè l'ambulatorio, non era più in carico ai medici esterni, ma veniva svolto da due medici soprannumerari dell'Ospedale Maggiore, rompendo così il criterio di continuità dell'assistenza che era ed è un elemento qualificante fondamentale della medicina di primo livello.

Il servizio farmaceutico, invece, non subì significative variazioni. In particolare, vi fu sempre una sola Farmacia, anche se fin dal 1771 venne esaminata la proposta di attivare farmacie succursali nei vari quartieri o, in alternativa, di appaltare la vendita di medicinali gratuiti per i poveri a farmacie private. Entrambi i progetti furono accantonati, e definitivamente respinti quando vennero riproposti nel 1842, per l'aggravio di spesa necessario e per il timore di non poter controllare efficacemente il servizio.

Una vicenda così lunga ha fatto sì che giungessero a noi anche numerose testimonianze della conflittualità tra sanitari e pazienti, attraverso i verbali delle disposizioni disciplinari: ci imbattiamo così in medici e chirurghi autoritari e sprezzanti, superficiali e assenteisti, e perfino un chirurgo affetto da ubriachezza abituale che pretendeva che i pazienti gli pagassero da bere a ogni visita;

troviamo anche medici insultati, scacciati, aggrediti e pestati dagli assistiti. Ma assai eloquenti sono le considerazioni dell'Amministratore in carica nel 1822, sempre citate da Ferrari Sacco:

Non possiamo ignorare che sul servizio di S. Corona vi sono sussurri e clamori; si dice che gli ammalati vengono trascurati, che ben di raro o non mai anche in casi assai gravi si replichi la visita nel giorno, che le visite si fanno assai tardi, o quando i poveri malati non sono più in tempo a mandar a prendere i medicinali, che si facciano visite in fretta in fretta, senza quelle interpellazioni intorno ai sintomi che sono pur tanto necessarie, che si facciano visite stando in corte, che salassi anche urgenti si fanno dopo molto tempo dalla ordinazione, che si usino modi aspri e duri.

Il confronto tra l'esperienza del S. Corona e quella del San Paolo, permette di evidenziare alcuni aspetti su cui riflettere, in parte comuni, in parte peculiari.

Dal punto di vista organizzativo è da rimarcare l'impegno a fornire un'assistenza sanitaria il più completa possibile. Se nel '600 a Milano ciò significava rendere disponibili le prestazioni di un "norcino", nell'Ottocento a Torino ci si preoccupava di poter fornire le "macchine ortopediche", tanto per fare due esempi; la presenza del servizio farmaceutico gratuito era una prerogativa delle grandi città, come si è visto, e questa differenza rispetto ai comuni rurali si protrarrà fino al nostro secolo in molte parti d'Italia.

Ugualmente analoga è la presenza in ogni quartiere o parrocchia di figure peculiari in rappresentanza dell'Amministrazione, con una funzione prevalentemente di controllo: sono gli Invigilatori del San Paolo e i Sacerdoti Visitatori del Santa Corona, ma assimilabili ad esse sono anche gli *Oficiali* del Comune di Torino citati nelle *Istruzioni* del 1710, come pure gli Elemosinieri del San Luigi. Erano dei veri referenti per tutti i sanitari, i quali non entravano mai negli organismi direttivi: il parere dei medici era sempre esclusivamente tecnico, mentre le decisioni di politica e di economia sanitaria non li vedevano mai coinvolti.

Ma l'elemento che emerge con maggior evidenza in entrambe le gestioni è il ricorrere di un clima di sospetto tra amministratori e

sanitari relativamente a comportamenti di questi ultimi che determinano un onere ritenuto eccessivo dai primi. Se a Milano ci si scontra con l'ipernotulazione, ritenuta per giunta responsabile di uno scadimento delle prestazioni, a Torino si combatte, con regolamenti e disposizioni *ad hoc*, contro una asserita iperprescrizione di farmaci o altro (vedi la vicenda delle mignatte).

Dal punto di vista dell'amministrazione, come contestare la pretesa di controllare il modo di spendere il denaro disponibile? La limitazione delle risorse era particolarmente evidente nella gestione del San Paolo: nel 1815 i finanziamenti ammontavano a £. 25.000, saliti a £. 33.000 nel 1834 e a £. 51.500 nel 1838. Ma proprio nel 1838 le rendite dell'ospedale di S. Giovanni erano £. 229.405, quelle del S. Luigi erano £. 315.939, quelle del manicomio £. 228.282 e quelle dell'ospedale della maternità £. 66.179 (3): e ci limitiamo a queste sole strutture perché erano quelle che assistevano in stragrande maggioranza lo stesso tipo di pazienti delle condotte, cioè i poveri. Ciò significa che i finanziamenti per la medicina di base erano poco più di un ventesimo di quelli destinati agli ospedali, una proporzione inaccettabile anche a quell'epoca. Eppure era già chiara l'importanza della medicina primaria, soprattutto ai medici. A questo proposito è esemplare la posizione del dottor Bertolotti che da un lato è ben conscio della necessità di evitare gli sprechi, ma dall'altra auspica "che una bene ordinata carità troverà modo di prestare sempre maggiore aiuto a tante miserie con efficaci soccorsi a domicilio". Purtroppo la "Munificenza Sovrana" concedeva solo le briciole: e pur mantenendo un'organizzazione territoriale di base che negli anni a venire diventerà sempre più importante e che costituirà l'elemento qualificante della prima riforma sanitaria italiana, promulgata nel 1888, si continua e si continuerà a credere, o a far finta di credere, che debba avere un costo irrisorio rispetto al bilancio globale per la sanità, poggiando interamente sulla buona volontà e la coscienza professionale dei medici.

I quali medici, peraltro, in un regime di "terzo pagante" che è poi attualmente la regola in tutte le società avanzate (sia essa sotto

forma di assistenza pubblica o di assicurazione privata), non possono illudersi di avere carta bianca senza alcun tipo di controllo. Ed è quindi inevitabile un certo livello di burocratizzazione, come insegnano le vicende che abbiamo esaminato.

Un'altra caratteristica comune a tutte le condotte mediche era la precarietà dell'incarico. A Torino le *Istruzioni* del 1710 stabilivano che la sua durata era di un solo anno, rinnovabile a discrezione degli Amministratori. Il *Regolamento* del 1780 precisava che

non stimando la Città di accordare ad uno, o più de' sig. Medici la conferma annuale suddetta non si dovrà da ciò indurre cosa pregiudiziale all'estimazione di quello, o quelli, che verranno così a cessare dall'esercizio del loro impiego, mentre la Città intende tenersi in piena libertà di praticare tali mutazioni, e variazione di Soggetti anche con chi avrà servito con puntualità, e zelo, e ciò affine di dar luogo agli altri deputandi d'esercitare la loro carità, ecc.

Invece a Milano, con analoghe motivazioni, fin dal 1593 l'incarico era triennale, come la maggior parte delle condotte rurali. Tale situazione diventerà la regola generale dopo l'Unità d'Italia, trasformando la scadenza del triennio in una vera spada di Damocle sui medici, che si trovavano spesso in balia degli umori e simpatie (o antipatie) degli amministratori locali, tenendoli in perenne stato di soggezione al potere politico. Solo con la riforma del 1888, pur mantenendo il contratto triennale, si rimedierà richiedendo una motivazione adeguata ai comuni in caso di non conferma, alla quale comunque il medico si potrà appellare in sede provinciale. Dal punto di vista della carriera, un caso unico si crea a Milano con la fusione tra il Pio Istituto di Santa Corona e l'Ospedale Maggiore. In questo modo i medici, tutti dipendenti della stessa amministrazione, diventano per così dire intercambiabili: infatti i condotti potevano passare all'ospedale con un semplice cambio di ruolo, mentre gli ospedalieri potevano essere assegnati al servizio in condotta. Era così possibile fare esperienza dei diversi aspetti del servizio sanitario, un'opportunità che potrebbe essere molto positiva anche oggi, inserendola però nella fase formativa del

medico. Purtroppo, attualmente, mentre il medico che intende inserirsi nella medicina di famiglia durante il tirocinio obbligatorio frequenta un po' tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, lo stesso non avviene per tutti gli altri che accedono a una branca specialistica, mentre una maggior conoscenza dei problemi e delle peculiarità della medicina primaria contribuirebbe a migliorare la comprensione e la collaborazione reciproca.

Di particolare importanza è la richiesta di requisiti per l'assunzione che caratterizza le condotte di Torino. Abbiamo visto che il Regolamento del 1780 inserisce l'obbligo di "aver fatta pratica per il corso d'anni sei dopo la laurea con uno de' signori Medici della più accreditati della presente Città"; nel 1846 la norma viene modificata, richiedendo semplicemente che i medici debbano

essere dotati della necessaria capacità e saviezza ed essere stati ammessi da cinque anni al libero esercizio dell'arte salutare

anche se viene posto come titolo di merito l'aver fatto pratica per almeno due anni consecutivi sotto la direzione di un medico o chirurgo ordinario di un ospedale della città. Si tratta di un segnale negativo, che porterà ben presto a eliminare ogni requisito obbligatorio per l'assunzione trasformando il lavoro di medico condotto in un incarico accessibile a chiunque sia in possesso dell'abilitazione a esercitare: anche questo contribuirà poco alla volta a sminuire la medicina primaria, definendola "generica" in contrapposizione con quella "specialistica", che nasceva proprio allora, destinata a riempire di sé l'immaginario collettivo sulla medicina fino ai giorni nostri, nel bene e nel male.

Nel bene, ovviamente, perché grazie ad essa la possibilità di essere curati e guariti da una malattia o un trauma è aumentata enormemente: e proprio le storie che rievocano la situazione sanitaria dei tempi passati dovrebbero farci riflettere sulla buona sorte che ci ha fatto nascere adesso; ma anche nel male, perché tutto ciò ha portato troppo spesso a curare la malattia e non il malato, a spersonalizzare il rapporto con il paziente, a dimenti-

care il lato umano nell'esercizio della medicina.

La capacità del medico di essere egli stesso una "medicina" spiega perché nel corso dei millenni, pur somministrando ai pazienti le più ignobili pozioni o sottoponendoli alle più terribili torture, i medici siano sempre stati richiesti, anche nei momenti in cui la loro immagine e la loro attività venivano, spesso giustamente, ferocemente criticate e messe alla berlina.

EPILOGO

Il 1848 è un anno rivoluzionario sotto molti punti di vista, che dà il via a cambiamenti sociali e politici per i quali la società era pronta già da tempo. Anche la storia della medicina può considerarlo come l'anno di nascita di un nuovo modo di concepire l'assistenza sanitaria ai cittadini, che diventa, da beneficenza paternalistica qual era, un diritto individuale che lo Stato deve promuovere e la popolazione conquistare. Come si avvii questo processo, lo si può cogliere da quanto avviene nel Piemonte Sabauda negli anni che precedono l'Unità.

Tutto nasce dall'articolo 32, primo comma, dello Statuto Albertino, che recita:

È riconosciuto il diritto di adunarsi pacificamente e senz' armi, uniformandosi alle leggi che possono regolarne l'esercizio nell'interesse della cosa pubblica.

Ciò significava che le associazioni non erano più soggette ad approvazione della polizia, che avrebbe guardato con diffidenza quelle che potessero dar voce a rivendicazioni sociali o, peggio, politiche, rendendone impossibile la nascita o determinandone la chiusura ai primi sospetti. Tali potevano essere le società di mutuo soccorso tra lavoratori, che, pur già sporadicamente esistenti in Italia e in Europa, ebbero uno straordinario impulso negli anni successivi.

La loro nascita modifica radicalmente sia il modo di concepire e

affrontare la malattia che il rapporto tra medici e pazienti. Lo scopo per cui nacquero le società era quello di erogare sussidi giornalieri durante la malattia dei soci, nonché un'indennità o pensione di inabilità e vecchiaia; ma, appena possibile finanziariamente, si forniva l'assistenza di un medico stipendiato, i medicinali e altre prestazioni sanitarie.

Quando l'assistenza sanitaria ai poveri dalla Compagnia di San Paolo passa nuovamente all'Amministrazione Comunale, alla fine del 1851, a Torino sono già nate due società di mutuo soccorso: la Società degli Operai di Torino nel 1850, e la Società delle Operaie di Torino nel 1851 (4). Nel 1852 la Società degli Operai chiede al Consiglio Comunale che vengano concessi gratuitamente da parte delle farmacie di beneficenza, ai soci poveri, i medicinali prescritti dai medici della Società. Domanda esaminata nella seduta del 7 giugno 1852 e che viene respinta con queste motivazioni:

Il Consiglio delegato cui fu da prima comunicata la domanda, considerando che non tutti i membri appartenenti a quell'associazione sono poveri, e che quelli ai quali mancano dei mezzi necessari possono, come gli altri cittadini, giovare del servizio sanitario di beneficenza, fu di avviso che non si potesse aderire alla fatta domanda (5).

Si creava così una situazione del tutto nuova. Infatti i soci interessati, ammalandosi, dovevano obbligatoriamente chiamare il medico della società per avere il certificato di malattia, le cui prescrizioni, però, erano interamente a carico dell'assistito; poiché quelle del medico di beneficenza erano gratuite, prima o poi a qualcuno sarà venuto in mente di rivolgersi a lui non già per una nuova visita, ma semplicemente per trascrivere sui ricettari "della mutua" le medicine prescritte dal primo medico. Si ponevano così le basi di una nuova conflittualità tra medici, che riesploderà nel nostro secolo con la diffusione delle casse mutue, quando i medici "della mutua", appunto, si sentiranno ridotti spesso al ruolo di puri burocrati e trascrittori di medicine ed esami ordinati da altri. Anche sul versante delle condotte le cose si stanno muovendo.

Nel 1849 la Regia Accademia Medico-Chirurgica propone un progetto di legge per la loro riorganizzazione e per una nuova definizione dei ruoli del medico condotto. In esso si prevede l'obbligatorietà della presenza di queste figure professionali nei Comuni, in numero adeguato alla popolazione, con un congruo stipendio, e il cui incarico deve essere illimitato: solo per giustificati motivi le Amministrazioni possono chiederne l'allontanamento al Consiglio Provinciale di Sanità, che dà parere vincolante. È prevista l'istituzione di una Cassa pensioni (dette *giubilazioni*) e anche un sussidio ai superstiti.

Sotto il titolo "Doveri dei medici condotti" troviamo tutti gli elementi che caratterizzano l'attività della medicina sul territorio. Al di là dell'assistenza gratuita agli indigenti, il medico dovrà occuparsi attivamente delle vaccinazioni, studiare le malattie endemiche, segnalare le malattie epidemiche e contagiose promuovendo i mezzi per prevenirle, vigilare sull'igiene delle acque e degli alimenti, sulle comunità, sul rispetto delle disposizioni di polizia mortuaria. Un progetto che il Ministro dell'Interno approvò con parole entusiastiche, ma che di fatto non arrivò mai all'esame del Parlamento e venne archiviato (6).

Si era comunque creato un punto di riferimento per la futura riforma sanitaria, che, per quanto riguarda le condotte, riprenderà e renderà operative quasi tutte le proposte presentate dall'Accademia, con quarant'anni di anticipo.

Nel frattempo i problemi di tutti i giorni nell'assistenza sanitaria continuavano a presentarsi immutati. È del 19 agosto 1853 la pubblicazione da parte del Consiglio Superiore di Sanità, di un nuovo "Elenco" di sostanze medicinali che potrebbero essere eliminate dalle prescrizioni e sostituite da altri medicinali "di uguale efficacia, e notabilmente meno costosi" (7).

Note

(1) ADOLFO FERRARI SACCO - TOMMASO OLIARO, *L'Opera Pia di S. Corona in Milano e la sua importanza nell'origine delle moderne condotte mediche*, in "Minerva Medica", 1 settembre 1961, vol. 52, n.70, pp. 2935-2964.

(2) ELENA BRAMBILLA, *La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica*. Cap. 14: Dalla medicina povera alla pubblica sanità: il piano delle condotte mediche lombarde, in *Storia d'Italia, Annali*, vol. 7, Torino, Einaudi, 1984, pp. 133-147.

(3) DAVIDE BERTOLOTTI, *Descrizione di Torino* cit., pp. 148-167 (*passim*).

(4) EMILIO R. PAPA, *Origini delle società operaie in Piemonte. Da Carlo Alberto all'Unità*, Milano, 1976.

(5) *ibidem*, citazione della delibera in nota a p. 106.

(6) *Relazione della Commissione incaricata dalla Regia Accademia Medico-Chirurgica di Torino, per preparare un progetto di condotte medico-chirurgiche*, in "Giornale della Regia Accademia Medico-Chirurgica di Torino", 10 agosto 1849, II, 4, pp. 449-483.

(7) Manifesto a stampa (collezione privata).

APPENDICE

Istruzioni allegate all'Ordinato dell'8/2/1846.

ASSP, Compagnia di San Paolo, Ordinati-verbali, 1841-1846, vol. 22.

Istruzioni pei Sig.^{ri} Medici e Chirurghi di Beneficenza

Art. 1^{mo}

Doveri ed incumbenze del Personale Sanitario

§ 1. Ad ognuno dei sig.^{ri} Medici e Chirurghi della Beneficenza corre l'obbligo di curare ed assistere personalmente, ciascheduno d'essi per la parte che lo riguarda, e nei rispettivi loro distretti, con tutta carità, puntualità, zelo ed attenzione, gli infermi poveri del distretto statogli assegnato, ai quali infermi la Compagnia di San Paolo fa distribuire gratuitamente i medicinali, mediante un certificato comprovante la loro povertà, scritto e sottoscritto dal loro rispettivo parroco, o da chi ne farà le veci.

§ 2. Per un tal fine (§ preced.^o) ed in seguito all'avviso delli poveri del rispettivo distretto, muniti del certificato sopradetto, i sig.^{ri} Medici e Chirurghi sono tenuti di recarsi il più prontamente possibile all'abitazione degli infermi per ivi visitarli e prestar loro la necessaria assistenza così di giorno come di notte, se occorra durante la malattia, in ciaschedun giorno, ed anche più volte nell'istesso giorno, quando così vogliano le circostanze.

§ 3. Queste norme (§ preced.^o) riguardano specialmente alle malattie acute. Sebbene poi nei morbi fattisi cronici tornino meno necessarie la frequente assistenza delle persone dell'arte, e la con-

tinuata prescrizione di medicinali agli infermi che ne sono affetti, è tuttavia raccomandato ai sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di non tralasciare di visitarli di quando in quando, onde procurare di sollevarli nel miglior modo possibile sia con qualche prescrizione addattata al caso, e sia anche coll'effetto morale della loro presenza.

§ 4. In nessuna circostanza gli infermi poveri saranno tenuti di recarsi personalmente alle case dei sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi per farvisi curare dei loro malori, salvo in quei casi la cui natura possa loro permettere di ciò fare senza averne a temere il menomo pregiudizio nella salute. Anche in questi casi, però, i sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi dovranno recarsi all'abitazione degli infermi stessi, qualora per circostanze particolari così credano conveniente i sig.ⁿⁱ Invigilatori delle Parrocchie.

§ 5. Per quelli infermi poi, i quali non astretti a tenere il letto, possano senza inconveniente uscire di casa, sarà cura dei sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di assegnare un'ora fissa in cui quelli individui possano quotidianamente convenire nella propria abitazione di essi sig.ⁿⁱ Medici o Chirurghi, per farvisi visitare e curare delle loro infermità; a meno, però, che a fare diversamente siano essi autorizzati dai sig.ⁿⁱ Deputati per le Farmacie.

§ 6. In ogni altro caso, onde assicurare agli infermi poveri un pronto ed esatto servizio sanitario, oltre all'obbligo che incumbe ai sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi, di ricevere al loro domicilio gli avvisi che loro verranno recati per le visite degli infermi istessi, debbono essi recarsi due volte il giorno, vale a dire ad un'ora fissa al mattino, ed alla sera, alla rispettiva farmacia dell'Istituto di Beneficenza, onde riconoscere le richieste che di essi loro fossero state fatte, e per quelle comunicazioni che la Compagnia di San Paolo per mezzo de' suoi Deputati per le Farmacie ravvisasse opportuno di loro fare.

§ 7. Occorrendo che qualche infermo povero fosse stato visitato nella sua malattia da altro Medico o Chirurgo, il quale poi cessasse dalla cura, dovrà questa poi essere continuata dal Medico o dal Chirurgo della Parrocchia, previa la presentazione del certificato di povertà ed anche dietro semplice invito per iscritto dei signori

Invigilatori o Deputati per le Farmacie.

§ 8. In nessun caso però saranno i sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi tenuti all'assistenza degli infermi reputati poveri, i quali si facessero contemporaneamente visitare da altra persona dell'arte, tranne dai sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi consulenti e non potranno rilasciare ricette di medicinali da spedirsi dalle farmacie de' poveri, i quali medicinali fossero stati da altro medico o chirurgo estranei all'Istituto di S. Paolo ordinati; salvo a ciò fare i sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi de' poveri fossero espressamente dai sig.ri Invigilatori ovvero da Deputati delle Farmacie invitati od autorizzati per iscritto.

Art. 2°

Consultazioni gratuite

§ 9. Nei casi di morbo difficile e grave, soprattutto se vi abbia pericolo della vita dell'infermo, i sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi dei poveri sono invitati a ricercare ed a giovarsi del parere e della generosa cooperazione dei sig.ⁿⁱ Medici e sig.ⁿⁱ Chirurghi Consulenti di Beneficenza, massimamente se il consulto sia desiderato dall'infermo stesso, o chiesto dai parenti di esso, ovvero proposto dal sig.^r Invigilatore della Parrocchia.

Lo stesso dicasi delle Levatrici, ogni volta che si tratti di casi gravi di ostetricia ricorrenti nelle Partorienti povere da esse loro assistite; nei quali casi troveranno esse utili consigli ed operosa assistenza nei sig.ri Chirurghi consulenti specialmente addetti a questo ramo essenzialissimo dell'arte salutare.

Art. 3

Incumbenze particolari dei sig.ⁿⁱ Chirurghi

§ 10. Allorquando si tratterà di malattia per la cura della quale sia necessaria l'assistenza medica propriamente detta dovranno i sig.ⁿⁱ Chirurghi eseguire colla massima celerità e precisione quelle ope-

razioni che verranno dai rispettivi sig.ⁿⁱ Medici ordinate, ai quali ultimi però è caldamente raccomandato di fare le loro visite, quelle in specie del mattino, per tempo, sinché possa anche il servizio chirurgico essere disimpegnato per tempo preso gli infermi di medica pertinenza. Al quale proposito giovi il ricordare ai sig.ⁿⁱ Chirurghi l'obbligo che loro incumbe di praticare personalmente ogni cavata di sangue anche nei casi in cui non occorra di tagliare di nuovo la vena; potendo, anche in questi ultimi casi, l'inesperienza degli estranei all'arte dar luogo a gravissimi inconvenienti.

§ 11. Sono pure tenuti i sig.ⁿⁱ Chirurghi dei poveri di eseguire le operazioni di chirurgia così detta minore, le quali dal sig. Chirurgo Oculista de' poveri, in tale sola sua qualità, ai poveri istessi venissero prescritte.

§ 12. Per ultimo è fatto particolare carico ai sig.ⁿⁱ Chirurghi de' poveri di provvedere, e di applicare, nella quantità, e nel modo che loro verrà prescritto, le mignatte, senza pretesa d'indennità veruna, essendosi a ciò anche curato riguardo nello stabilire l'annuo loro assegnamento.

§ 13. Mentre però la Compagnia di S. Paolo si riserva di provvedere pel seguito in quell'altro mezzo che reputasse migliore a questa parte del Servizio Chirurgico, a mente della relativa circolare 30 Dicembre 1845, è fatto carico ai sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di trasmettere al fine d'ogni mese, ai sig.ⁿⁱ Invigilatori delle Parrocchie, ed ai sig.ⁿⁱ Deputati per le farmacie una nota esatta di tutte le operazioni di mignatte per essi loro prescritte ed eseguite in tale spazio di tempo, per gli infermi poveri della rispettiva Parrocchia.

Art. 4.

Prescrizioni medicinali; Codice Farmaceutico

§ 14. I sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi dei poveri nelle loro ordinazioni non prescriveranno per ciaschedun infermo che quelle sole medicine che si crederanno indispensabili giusta la svariata qualità del morbo. Sul quale proposito avvertiranno essi di uniformarsi esat-

tamente al Codice Farmaceutico militare, in un coll'aggiunto elenco di alcuni rimedi particolarmente diretti a soccorrere alle malattie delle donne e dei ragazzi, attualmente in vigore per i poveri di questa Città, una copia dei quali Codice ed elenco, stati approvati dalla Ven.^{da} Compagnia di San Paolo con suo ordinato del 25 Dicembre 1844. Sarà per un tal fine dalla med.^{ma} rimessa a ciascheduno dei sig.^{ri} Medici e Chirurghi di Beneficenza, con carico ai med.^{mi} di restituzione al cessare delle loro funzioni presso l'Istituto di Beneficenza.

§ 15. Sebbene il Codice Farmaceutico ora detto, in un con l'apposita appendice, sia fornito di tutti i compensi terapeutici necessari per la cura delle svariate infermità, tuttavia ove in qualche straordinaria, epperò rarissima circostanza, i sig.^{ri} Medici e Chirurghi reputassero indispensabile di adoperare qualche farmaco di provata virtù, non contemplato nel Codice istesso, potranno essi ciò fare indirizzandone ogni volta per iscritto la formale ragionata domanda ai sig.^{ri} Deputati per le Farmacie, i quali quando ravvisino opportuno di autorizzare la spedizione del proposto rimedio, ne sottoscriveranno la ricetta.

§ 16. Medesimamente è fatto espresso carico ai sig.^{ri} Medici e Chirurghi dei poveri di avere presenti nelle loro ordinazioni farmaceutiche le seguenti avvertenze, vale a dire

1° Di non prescrivere medicinali in continuazione oltre i quattro giorni, scaduti i quali, ed ove ne corra tuttavia il bisogno, dovranno eglino rinnovarne la prescrizione.

2° Di attenersi, per quanto sia possibile, alle formule proposte nel codice e ciò non solo nell'interesse della maggior economia, ma eziandio ed essenzialmente nello scopo di rendere più spedito ad un tempo, e più esatto il servizio delle farmacie.

3° Che s'intenda assolutamente proibita la prescrizione in natura, e che non si possano ordinare senza una speciale autorizzazione le sostanze medicinali enumerate nei due elenchi approvati dalla Ven.^{da} Compagnia di S. Paolo con suo ordinato del primo gennaio 1845, l'estratto del quale ordinato sarà reso ostensivo ai sig.^{ri} Medici e Chirurghi nella Farmacia dell'Istituto.

§ 17. La prima ricetta dovrà essere scritta sul certificato istesso del Parroco, attestante la povertà dell'infermo; le successive saranno distese sugli appositi stampati per continuazione, che verranno somministrati dalle farmacie dell'Istituto.

§ 18. Tutte le ricette indistintamente dovranno essere scritte e sottoscritte di proprio pugno dai sig.^{ri} Medici e Chirurghi effettivi o supplenti che le avranno rilasciate ed ognuna di esse dovrà indicare il vero nome e cognome, non che l'abitazione dell'infermo in favore del quale sarà stato spedito il certificato di povertà. Non faranno essi ordinazioni dietro relazione che loro venisse fatta dello stato degli infermi per mezzo di terza persona, ed invigileranno affinché i medicinali cedano unicamente in uso delle persone per cui furono prescritte; riferendone in caso contrario, ai sig.^{ri} Invigilatori delle Parrocchie, ovvero ai deputati per le farmacie.

§ 19. Qualora i sig.^{ri} Medici e Chirurghi osservassero non concorrere negli infermi i requisiti di povertà allegati nel relativo certificato, o che per qualche altro motivo non fossero quegli infermi degni del caritatevole soccorso, non sarà tuttavia lecito ad essi sig.^{ri} Medici e Chirurghi di sospendere, o di cessare la loro assistenza, ma sono bensì pregati di farne relazione, siccome la Compagnia di S. Paolo si ripromette dal ben inteso loro zelo, ai sig.^{ri} Invigilatori delle Parrocchie, dai quali loro verrà significata la regola da osservarsi in simile frangente. Lo stesso praticeranno qualora sapessero in modo certo che qualcuno degli infermi da essi visitato fosse accettato in un pubblico ospedale, e ricusasse di andarvi.

Art. 5

Surrogazione in caso di malattia o di altro legittimo impedimento

§ 20. Non è fatta facoltà ai sig.^{ri} Medici e Chirurghi effettivi di esimersi in nessun modo e per verun motivo dal prestare la personale loro assistenza agli infermi poveri tranne nei casi di malattia o di legittimo impedimento. I quali casi dovranno essere per tempo

notificati ad uno dei sig.^{ri} Deputati per le farmacie, affinché venga tosto da questo interinalmente provveduto al servizio degli infermi per mezzo dei sig.^{ri} Medici, e Chirurghi supplenti.

§ 21. Che se nessuno fra i Medici e Chirurghi supplenti si trovasse per avventura disponibile, in tale caso sarà a carico del medico o chirurgo impedito la cura di affidare per a tempo ad altra persona dell'arte rispettivamente, e di preferenza ad altro medico o chirurgo in attualità di servizio in una vicina parrocchia, l'assistenza degli infermi poveri; con dichiarazione però che la scelta del surrogante dovrà essere prima comunicata ed approvata da uno dei sig.^{ri} Deputati per le farmacie, e che la Compagnia di S. Paolo non intende di accordare ad esso surrogante verun corrispettivo o gratificazione a tale riguardo.

§ 22. In ogni caso di impedimento o cessazione dal servizio dei sig.^{ri} Medici e Chirurghi dovranno trasmettere, nel primo caso ad uno dei sig.^{ri} Deputati per le farmacie e nel secondo alle farmacie di Beneficenza un elenco nominativo dei malati in corso di cura, nel quale siano specificati, oltre il nome cognome, e la dimora, il genere del morbo di cadun infermo, e le cose più essenziali già praticatesi pel trattamento di ciascheduna malattia.

§ 23. Per ciò però che spetta ai sig.^{ri} Medici e Chirurghi supplenti d'ufficio, stati nominati dalla Compagnia istessa, sarà a carico dei surrogati il corrisponder loro, ove lo richiedano una gratificazione proporzionata al proprio stipendio, e ciò sempre quando la durata della malattia oltrepassi il mese, o si protragga oltre il quindicesimo giorno l'allegato impedimento.

Art. 6

Disposizione generale

§ 24. È assolutamente vietato ai sig.^{ri} Medici e Chirurghi di Beneficenza di accettare o di ricevere direttamente od indirettamente, ovvero di permettere che dai loro famigliari o dipendenti o da altri per essi loro si riceva dagli infermi poveri alcuna benché

menoma cosa, sotto qualsiasi titolo, eziandio di donativo o di spontanea remunerazione.

Art. 7 Statistica Medica

§ 25. Qualora la Ven.da Compagnia di S. Paolo nell'interesse della scienza e della sanità generale, ravvisasse opportuno di addivenire alla compilazione di una statistica medica di questa Città e suoi Borghi, nella parte che può aver tratto al Servizio Sanitario dei poveri a domicilio, i sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi di Beneficenza saranno compiacenti di raccogliere li opportuni materiali, e di disporli nella forma che loro verrà indicata, sopra particolari registri a stampa che loro verranno per un tal fine dalla Compagnia stessa somministrati.

§ 26. Frattanto torneranno sommamente gradite le notizie che ai sig.ⁿⁱ Medici e Chirurghi piacesse di raccogliere fin d'ora e di comunicare poi al fine d'ogni anno alla Prefata Compagnia, intorno alle condizioni igieniche dei varii distretti o Parrocchie, e degli abitatori poveri delle medesime, alla natura, ed alla causa delle malattie predominanti nelle varie stagioni, giusta le varie età, sesso, condizione domestica, professione etc.; siccome pure saranno avuti nel debito conto i suggerimenti loro intorno ai miglioramenti di che l'esperienza avesse loro per avventura mostrato suscettivo il Servizio Sanitario dei poveri alla loro cura commesso.

Art. 8 Onorarj - Preferenze

§ 27. Mediante l'esatta osservanza di tutto quanto sopra la Compagnia di S. Paolo fa corrispondere ai sig.ⁿⁱ Medici e ai sig.^{ri} Chirurghi effettivi, ed a quartieri maturati, la retribuzione rispettivamente per ora stabilita dal relativo regolamento.

§ 28. Gli uffizii dei sig.^{ri} Medici e dei sig.^{ri} Chirurghi consulenti sono gratuiti e meramente onorarj.

Sono pure gratuiti i servizii dei sig.^{ri} Medici e Chirurghi supplenti, tranne nelle circostanze facoltative ricordate nel § 23 della presente istruzione.

§ 29. I sig.^{ri} Medici e Chirurghi, i quali nel corso del sesennio avessero in particolar modo meritato bene del servizio e dell'amministrazione, avranno titolo di preferenza al conseguimento dei relativi impieghi vacanti negli stabilimenti dalla veneranda Compagnia di S. Paolo amministrati.

§ 30. La Ven.^{da} Compagnia di S. Paolo pienamente confidente nello zelo caritatevole e nella operosa volontà dei sig.^{ri} Medici e dei sig.^{ri} Chirurghi sì effettivi che supplenti verso gli infermi poveri alle loro cure commessi, nutre la giusta fiducia di vedere per essi esattamente eseguito quanto viene prescritto nelle presenti istruzioni, di cui sarà loro rimesso esemplare in istampa, con obbligo di restituzione alla Compagnia all'epoca della cessazione del rispettivo servizio.

