

Recensioni/*Essay Reviews*

ARMOCIDA G., RIGO G. S., *Dove mi ammalavo. La geografia medica nel pensiero scientifico del XIX secolo*. Milano-Udine, Mimesis editore, 2014.

“Dove mi ammalavo” è il titolo più opportuno per un libro di geografia medica visto nella cultura specialistica della medicina. Con le etichette inequivocabili di *Topografia* e *Geografia Medica* o anche di *Geografia patologica* si era sviluppata e consolidata nel XIX secolo una identità di settore all’interno della cultura scientifica di età pre-batterologica. All’inizio del Novecento si sarebbero poi imposti altri aggiornati ambiti specialistici, governati dalla forza dei successi della teoria microbica e i medici si sarebbero riconosciuti sempre meno in una cultura geografica, mentre cresceva l’importanza dell’Igiene che si rinnovava. Nella impostazione dottrinale avanzavano le competenze teoriche e pratiche della Medicina coloniale, della Medicina tropicale e della Batteriologia che diventavano nuovi campi di specializzazioni. I medici si entusiasmarono per le scoperte che trasformavano il loro modo di pensare la malattia e calò il silenzio sul nome stesso della geografia medica che uscì presto sostanzialmente di scena. Quel campo di studi, oramai ignorato nell’affollato mondo delle specializzazioni mediche, ha trovato accoglienza tra le discipline geografiche, a dimostrare come la medicina possa ancora farsi davvero “ponte” tra diverse culture. Questo volume ci mostra uno sguardo su capitoli ancora trascurati dalla storia della medicina italiana nella loro complessità e ci invita a riprenderne in esame certi aspetti ancora poco studiati, ma pure di aggiornato interesse. Il secolo nel quale siamo entrati sembra infatti intenzionato a riconsiderare qualcuno di quei tradizionali ammaestramenti ed è utile delineare una storia assai complessa, a partire dai primi documenti di età moderna, per riprendere in considerazione le forme remote e studiarle

in chiave aggiornata, interessati soprattutto a capire le loro intersezioni con le altre discipline dominanti nell'istruzione e nella professione del medico. La geografia medica aveva iniziato ad affermare la sua esistenza quando alla interpretazione degli insegnamenti classici si erano aggiunte le conoscenze che venivano dalle esplorazioni geografiche e poi dalla espansione di nazioni che si spingevano sulle rotte delle penetrazioni coloniali e dei commerci extraeuropei. Anche i medici dovevano prepararsi a conoscere la molteplicità dei fatti osservabili, per proporsi a quanti viaggiavano con dottrine credibili e per aiutare a difendersi dalle malattie. Le patologie infettive ancora non si distinguevano tra le altre e gli elementi dell'ambiente naturale e sociale giustificavano il tratteggiare una distribuzione topografica variabile anche all'interno di confini ristretti. Ciascuna regione del mondo presentava malattie che sembravano proprie e si cercava nelle caratteristiche dei luoghi la causa di certe dominanti patologiche che, se trasportate in altri paesi, si estinguevano o si alteravano significativamente. La geografia medica istruiva e spiegava le caratteristiche fisiche dei luoghi e pure le diversità degli uomini in differenti condizioni climatologiche. Non era facile scoprire i diversi fattori potenzialmente determinanti il rischio di ammalarsi al variare dei luoghi, al di là del generico appello al clima e alle sue evidenti azioni. In paesi lontani si trovavano patologie sconosciute, ma pure malattie che si trasformavano e sembravano diverse. Si valutavano le caratteristiche, in rapporto con le rilevanze atmosferiche, con le abitudini degli abitanti e con le istituzioni della società e per farlo ci si riconduceva ancora dentro le orme segnate dal magistero della trilogia ippocratica di arie, acque e luoghi. Nei climi temperati il correre delle stagioni influiva sulla salute e di ciò si occupava la meteorologia medica, ma anche la mineralogia non era estranea alla cultura del medico se si intendeva che la configurazione del suolo, dei terreni e dei sottosuoli permeabili o impermeabili potessero agire sull'organizzazione della vita umana. I deserti, le steppe, le savane, le prate-

rie, le terre attraversate da grandi fiumi, le alte montagne offrivano varietà consistenti di manifestazioni patologiche sull'uomo. Molte idee della geografia medica ottocentesca si presentavano con un'indole scientifica non perfettamente formata. Nel leggere i fattori climatici e i correlati dell'influenza sulla salute correavano tante suggestioni e si confrontavano posizioni spesso discordanti. Le formulazioni dottrinarie organizzate abbracciavano decisamente l'ipotesi localistica delle malattie e questo volume spiega come la geografia medica apparisse molto differenziata nei suoi elementi, ma al fondo con la dominante esigenza di capire quando e perché uomini sani in certi luoghi si ammalavano e viceversa di ricercare un nesso di causa valido non in un solo caso, ma in tutti quelli simili ed omogenei. Occorreva esaminare i rapporti fra cause ed effetti, separando i fenomeni più comuni da quelli che avevano forma distinta e specificità, relativamente alle predisposizioni individuali, alle varietà di luoghi e climi. Le malattie ubiquitarie potevano esse stesse assumere forme speciali in climi diversi e sul solco di una patologia storico-geografica, i medici imparavano la distribuzione spazio-temporale delle patologie. Se certe patologie mostravano di svilupparsi sotto l'influenza di cause locali e appartenevano per frequenza a un paese piuttosto che a un altro, ci si doveva occupare anche delle differenti maniere di trattarle. Nella diversa temperie del cielo e dei climi o nell'indole dei luoghi, ma pure nella natura dei cibi, si riconosceva una forza capace di agire sugli uomini, sulla loro salute e addirittura sui sistemi di governo. Gli autori, interrogando la vasta letteratura d'epoca, ci mostrano il panorama delle idee che si avevano tra Settecento ed Ottocento sulla salubrità o l'insalubrità di molte città italiane e di intere regioni, nonché una rassegna anche degli itinerari ottocenteschi alla ricerca della salute. Esplorando dunque un territorio sostanzialmente sfuggito agli studi italiani di storia della medicina e proponendo uno sguardo alla dimensione dei fattori geografici all'origine di uno speciale pensiero medico, si intrattengono nel delineare le

caratteristiche speciali e le tappe di sviluppo di questa disciplina, anche all'intersezione con il percorso di aggiornamento della Polizia medica e dell'Igiene. Offrono infatti una rassegna della letteratura di topografia medica settecentesca di città italiane e un'antologia di brani che si leggono nelle memorie di medici viaggiatori nell'età moderna. Si tratta di argomenti la cui conoscenza serve ad entrare poi direttamente dentro i termini di dottrina che alimentavano la geografia medica ottocentesca. Troviamo così la riscoperta di lemmi dei quali oggi si è persa quasi memoria, come il *Cosmotellurismo*, non sempre facile da comprendere perché si deve risalire ad un concetto che in sé ne racchiudeva altri. Nella cosmologia ottocentesca si intrecciavano branche distinte del sapere, i capitoli del magnetismo animale e dell'elettricismo in una fisiologia e in una antropologia che ancora riflettevano le corrispondenze dell'antichità tra macrocosmo e microcosmo. La configurazione del suolo è differente nelle differenti regioni, dai monti alle pianure alle foreste a i deserti, ed era facile intendere che potesse agire morbosamente sull'uomo per caratteristiche geomorfologiche. Più immediatamente comprensibile è invece il concetto di *Clima* che le visioni medico ottocentesche definivano raggruppando l'osservazione delle alterazioni che potevano essere prodotte sulla salute umana dall'aria, dalle acque, dai venti, dalla temperatura, dall'umidità, nonché dalle differenze delle altitudini dei luoghi e delle stagioni nei diversi paesi. Gli autori ci ricordano che la parola clima durante l'Ottocento correva sulla bocca di tutti senza che tutti sapessero spiegarla esaurientemente. Del clima si era sempre scritto e ancora si scriveva per dimostrarne l'influenza sulla salute dell'uomo, ma la scienza medica non aveva compito facile nell'indagarne le diversità. Ci ricordano anche che il concetto maggiormente ingombrante nel pensiero geografico medico ottocentesco era quello del *Paludismo*. Quando era chiaro che paludi, lagune, stagni ed anche l'agricoltura delle risaie erano sorgenti di febbri e di altri accidenti per la salute. Queste basi dottrinarie vengono mes-

se a confronto nel libro con la realtà italiana e con gli autori che lasciarono pagine e pagine descrittive delle differenze di salubrità e di insalubrità tra regioni e luoghi diversi. Lungo tutto il Novecento l'espansione straordinaria delle tecnologie ed i progressi delle conoscenze scientifiche biomediche hanno determinato nel dominio delle scienze della vita un ulteriore rinnovamento, ancora più profondo, ma gli studi di una geografia della morbilità e della mortalità non sono mai usciti dagli interessi della clinica e da qualche tempo si coglie un certo rinnovarsi di attenzione, come questo interessante volume ci spiega e documenta.

Marta Licata

CAPASSO L., *Trattato di antropologia*. Roma, Società Editrice Universo, 2015.

Il volume, edito dalla Società Editrice Universo nel 2015, rappresenta un punto di riferimento non solo per gli studenti, ma per tutta la comunità antropologica nazionale ed europea; a ricordarlo è, nell'introduzione, il Prof. Bottella, ordinario di antropologia nella facoltà medica dell'Università di Granada. Lo stesso accademico iberico lo descrive con queste parole: "rappresenta una pietra miliare nella storia della nostra disciplina. Infatti, il trattato del professore dimostra una impostazione ed una struttura che codifica la disciplina antropologica fisica a livello di una delle materie basilari del sapere medico moderno, offrendo lo strumento più moderno ed aggiornato per la conoscenza della variabilità umana attuale". Tema che lo stesso autore, Prof. Luigi Capasso (Ordinario di Antropologia presso l'Università "G. d'Annunzio" di Chieti) riprende connotando la disciplina nel più ampio contesto del sapere medico: "Il ruolo del medico non è quello di ricondurre i singoli al modello, ma di controllare che ciascun singolo non sia o non divenga patologico, preservando e valorizzando

le diversità rispetto al modello e le differenze fra le singole persone, contribuendo con ciò a mantenere anche la diversità nella popolazione, in quanto la variabilità è una componente della salute umana. Per questo il ruolo dell'Antropologia medica è quello di studiare la biodiversità umana tracciando i limiti fra normale e patologico”.

Il tomo è diviso in tre parti, una prima di generalità, una seconda dedicata all'antropologia generale ed una terza che affronta l'antropologia applicata.

Nelle generalità è definita la disciplina e ne sono tratteggiati i limiti, viene fatta una breve descrizione storica del divenire delle conoscenze antropologiche, è introdotto il concetto di modello e la relazione fra l'uomo e le altre specie animali, in particolare i primati viventi. Sempre in questa prima parte compare un interessante approfondimento circa l'etica in antropologia, tema quanto mai importante in Europa ed ancor più in Italia e non solo in chiave storica. L'autore affronta il tema della razza umana e quello dell'interpretazione ed utilizzazione dei caratteri variabili fra normalità e patologia, con riferimento specifico all'eugenetica ed alla frenologia criminale.

La seconda parte, di antropologia generale descrive le varianti, prima in generale e poi scendendo nel particolare di quelle anatomiche (metriche e morfologiche), quelle funzionali, quelle tissutali, citologiche, biochimiche e molecolari ed anche quelle psichiche (descritte con la collaborazione della psichiatra Rita Santacroce). La dissertazione è completa ed esaustiva alla descrizione delle misure e delle tecniche antropometriche; segue la disamina delle varianti distinte per organo ed apparato (corredata da una ricca e chiara iconografia) ed infine, sul livello isto-cito-molecolare, vengono analizzati i polimorfismi eritro e leucocitari, nonché i sistemi siero-proteici e gli iso ed alloenzimi.

La terza parte affronta l'antropologia applicata descrivendola lungo due assi, il primo sincronico ed il secondo diacronico. Vengono trattate l'auxologia e l'invecchiamento, alla luce delle più moder-

ne teorie, nonché le variabilità legate al sesso. Infine questa parte è conclusa da considerazioni relative agli effetti antropologici delle migrazioni, di patologia popolazionistica e di medicina razziale, con un forte riferimento ad i farmaci razza-specifici od addirittura persona-specifici. L'autore individua proprio questo campo, infatti, come la nuova frontiera non solo dell'antropologia, ma anche della terapia medica.

L'importanza dell'antropologia nel contesto delle scienze di base in medicina, nonché la sua esclusione dai curricula di studio per motivi storico- politici, hanno portato ad una lacuna culturale nel nostro Paese. Questo trattato, assieme al progressivo rientro nella formazione del medico italiano, giocherà sicuramente un ruolo di primo piano nel colmare tale lacuna, a beneficio non solo degli studenti, ma dei futuri medici e, in ultima analisi, della popolazione italiana.

Silvia Iorio

GARZONIO A., *Partorire a Bali. Un viaggio attraverso diversi concetti di nascita*. Firenze, S.E.A.O., 2015.

Il testo nato dalle riflessioni di A. Garzonio durante una ricerca etnografica sviluppata nel villaggio di Amed situato sulla costa Est dell'isola di Bali (in Indonesia) si presenta come un interessante contributo al dibattito che ruota intorno alla nascita e al parto. Primariamente l'autrice pone, quale presupposto dell'analisi, l'impossibilità di iscrivere i fenomeni in questione entro un'ottica puramente biologica: l'evento della venuta al mondo viene osservato come un evento bio-sociale, ovvero declinato nello specifico assetto culturale nel quale esso avviene. In particolar modo l'autrice rileva, entro le maglie di una ben delimitata letteratura scientifica, la messa in atto di una prospettiva dualistica e di un semplicistico parallelismo fra società a bassa tecnologia, associate al cosiddetto modello naturali-

stico e società ad alta tecnologia biomedica, connesse a un modello tecnocratico. Il testo sviluppa molto chiaramente il capovolgimento di prospettiva che l'autrice ha vissuto durante la sua ricerca sul campo, osservando come nei fatti venisse messa in atto una totale presa di controllo del corpo della partoriente in barba ai modelli olistici sopra citati: "Se durante il travaglio la donna resta ferma, in posizione supina, sul lettino, ma libera da costrizioni fisiche, durante la fase espulsiva coloro che assumeranno il controllo della nuova vita che sta facendo il suo ingresso nel mondo, esercitano il loro potere sul corpo della madre. Immobilizzata e silenziosa viene vissuta come mero canale di trasporto, anonimo e insignificante, di un nuovo anatenato facente parte della discendenza paterna" (p. 63). In senso più generale, facendo però astrazione delle variazioni particolari che influiscono sulla complessità formale di ciò che concerne i processi di nascita e di parto e connettendosi a una prospettiva strutturale, va ricordato quanto, nella simbologia di società anche molto diverse, la prerogativa riproduttiva ha imbrigliato il ruolo della donna all'interno delle funzione biologica impedendone un pieno sviluppo come soggetto politico. Dunque, dopo una complessa analisi di come il posizionamento d'inferiorità, subordinazione e dominio del femminile all'interno della società patriarcale balinese possa essere letto e interpretato anche entro le scene dei parti, l'autrice giunge a smentire l'assunto iniziale e si chiede se non sia necessario rendere meno netta la dicotomia fra sistemi a bassa e alta tecnologia partendo dal presupposto che, in entrambi, è possibile rintracciare le istituzioni sociali che determinano i rapporti di forza fra individui. In ultima istanza, l'autrice giunge a inserire la nascita e il parto entro i fenomeni di naturalizzazione del dominio e del controllo che legittimano la subordinazione e la disuguaglianza fra generi trasformandole in condizioni ovvie, naturali, scontate, inevitabili, attraverso dinamiche e relazioni di potere differenti all'interno di ogni gruppo sociale. Da queste sue riflessioni si apre, dunque, una prospettiva volta

a sondare il campo della nascita sgomberandolo dalle visioni che tentano di dipingere i sistemi “altri”, “esotici”, “naturali” come privi di tensioni, giochi di potere e gerarchie. In sintesi la legittimazione dell’agentività femminile rappresenta, dunque, il pilastro a cui giunge la recente analisi dell’autrice. Da questo spunto può proseguire la riflessione che inquadra la risignificazione del corpo e delle facoltà riproduttive tra i due poli foucaultiani attribuiti alla parola “soggetto”: da soggetto a qualcuno, a soggetto in sé e per sé.

Silvia Iorio

TISCI C., *Lo scudo contro il vaiolo. Antonio Miglietta e la profilassi nel Regno di Napoli (1801-1826)*. Lecce, Edizioni Grifo, 2015.

La figura di Antonio Miglietta è stata spesso portata all’attenzione degli storici della medicina soprattutto considerando il ruolo che egli ebbe nella diffusione del vaccino jenneriano nelle regioni meridionali della Penisola. Il suo nome, nel ruolo di apostolo della vaccinazione, sembra secondo soltanto a quello del forse più celebre Luigi Sacco, il medico lombardo che primeggia anche in ragione del potere organizzativo che ebbe come direttore della vaccinazione nel Regno Italico. Se davvero Onofrio Scassi fu il primo a inoculare a Genova il vaccino in Italia, i veri protagonisti della vaccinazione furono Luigi Sacco e Antonio Miglietta, ciascuno nelle aree di propria influenza. Nel 2004, i tre volumi curati da Tagarelli, Piro e Pasini (*Il vaiolo e la vaccinazione in Italia*) per il Consiglio Nazionale delle Ricerche, avevano finalmente aperto la documentata conoscenza di un articolato panorama della storia del vaccino nell’Italia meridionale, laddove campeggiava autorevolmente il medico pugliese Antonio Miglietta. Il vaiolo costituiva una minaccia funesta contro la quale il governo napoletano si era mosso già fin dal 1801 per cercare di diffondere la protezione preventiva. Pochi medici e tra loro Antonio Miglietta, Michele Troja e

Domenico Cotugno si erano affermati sulla scena napoletana. Il professionista Miglietta, in particolare, era stato il protagonista principale nell'applicazione del nuovo metodo attraverso gli stabilimenti pubblici di inoculazione vaccinica a Napoli. Non erano sfuggite a Caterina Tisci in un lavoro precedente (*La vaccinazione antivaiolosa nel Regno di Napoli (1801-1809): il ruolo del clero*, in "Medicina & Storia", 5, 2003) le iniziative del governo napoletano che agiva sul clero della città e delle province per convincere gli uomini della chiesa ad aderire all'opera di diffusione del vaccino, considerando che molti di loro sembravano condividere e rafforzare i pregiudizi popolari contrari a quella novità scientifica. Ora la stessa studiosa, riprendendo anche alcuni suoi successivi contributi sulla conoscenza del profilo scientifico di Antonio Miglietta, ripropone un ampio ed esauriente saggio monografico che, costituendo il primo studio organico dedicato a questa interessante figura di medico, riprende la trattazione portandola a spiegare capitoli assai significativi della storia anche sociale della medicina di primo Ottocento nel meridione d'Italia. Tisci ci informa, in una decina di pagine dense di citazioni, della letteratura esistente da lei consultata, ma il suo lavoro si arricchisce soprattutto con le informazioni che ha potuto trarre da ancora inedite fonti documentarie esplo- rate negli archivi di Stato di Napoli, di Bari, di Lecce nonché in alcuni archivi diocesani pugliesi. Ci ricorda che non era mancata nemmeno in Napoli, nel 1806, una edizione dell'*Omelia sopra il Vangelo* recitata dal vescovo di Goldstat, opera prodotta da Luigi Sacco e diffusa per ottenere la collaborazione dei parroci nella campagna di inoculazione del vaiolo vaccino. Antonio Miglietta, pubblicando nel 1806 una propria memoria utile a muovere i medici verso la pratica vaccinica, in una appendice al suo scritto volle rendere nota l'*Omelia* che era conosciuta anche dall'arcidiacono di Cosenza, Vincenzo Maria Greco, il quale senza sospettare l'inganno di Luigi Sacco si era fatto emulatore del vescovo di Goldstat, con una propria lettera a stampa diffusa ai parroci della diocesi per istruirli affinché persuadessero le loro comu-

nità alla vaccinazione. Il volume della Tisci ricorda la politica centralistica napoletana che, nel biennio 1806-1808, aveva messo sotto il controllo del Ministero dell'Interno la direzione e la vigilanza su tutta l'amministrazione provinciale e comunale, con competenza anche per l'igiene pubblica. L'amministrazione della monarchia rinnovata trovava nel Ministero delle Finanze l'elemento fondamentale nel laborioso compito di affrontare le spese di progetti speciali. Il re, tra le diverse riforme, aveva riorganizzato anche l'Università ampliandola nelle facoltà scientifiche e aveva istituito un Consiglio di Salute Pubblica. Tuttavia, quel che si organizzava in Napoli arrivava con difficoltà nelle province più lontane dove la gran parte dei medici non era stimolata dalla penetrazione di novità scientifiche. Anche Miglietta si trovò a confronto con i difetti strutturali di quella società che vedeva tanto distante la realtà di una capitale sensibile all'ammodernamento rispetto a tutto il resto del Regno. Il governo francese di Napoli nel quale operò Miglietta non poteva non ispirarsi alle idee che venivano da Parigi. Sul piano delle competenze politico amministrative emergevano distintamente gli interessi di prevenzione igienico sanitaria e l'intersezione con quelli della politica economica e della politica sociale. Sappiamo che, nonostante gli sforzi governativi, la vaccinazione nella grande estensione territoriale delle Due Sicilie, di qua e di là dal faro, nei primi decenni del XIX secolo raggiungeva una minima percentuale della popolazione, nonostante l'opera per la diffusione fosse continuata anche nella politica sanitaria del Borbone tornato al potere. Molto opportunamente il volume dell'autrice Tisci, che si apre con una presentazione di Mario Spedicato e una prefazione di Bernardino Fantini, in un primo capitolo rinnova i passi storici iniziali della prevenzione contro il vaiolo, dalla variolizzazione alla vaccinazione. Come abbiamo detto, comunque, in questo lavoro si allarga lo sguardo agli aspetti politici e sociali della vaccinazione, considerando l'opera svolta dal governo napoletano sia sotto i Francesi sia nella restaurazione del Borbone. Tra le caratteristiche del breve regnare di Giuseppe Bonaparte, come

pure in quello successivo di Murat, si erano delineati gli interventi di innovazione con il delicato sforzo di conciliare con la modernità anche gli interessi e le visioni degli elementi di conservazione. La politica del regime era stata dimostrativa di come ci si poteva riconoscere su un compromesso tra le posizioni dei francesi aperte alle novità e quelle dei napoletani che sembravano più prudenti, subendo le influenze ancora dominanti nel centro e soprattutto nelle periferie del Regno. Sappiamo che un rapporto di reciproco consenso tra le gerarchie della chiesa e i governanti aiutò la diffusione del vaccino e il dubbio storico che legittimamente si era posto era quello della provenienza del vaccino in uso nella campagne meridionali. Questo argomento è stato affrontato dalla Tisci nel quarto capitolo nel quale vengono spiegate le tecniche dell'inoculazione e i mezzi di conservazione e trasmissione del vaccino. Con i regolamenti del 1822 il re Borbone, tornato al potere, confermava le precedenti disposizioni del governo francese e ribadiva l'obbligo della pratica vaccinica per i medici e i chirurghi che operavano nei comuni della provincia. Il capitolo terzo del volume della Tisci è espressamente dedicato alle figure sanitarie impegnate nella vaccinazione. È chiaro che in questa opera, delineando l'opera scientifica di Antonio Miglietta e riflettendo organicamente sui molti aspetti della profilassi antivaiole nel Regno di Napoli, si congiungono le visioni interne della storia scientifica con quelle sociali e politiche che non possono certamente essere considerate estranee alla storia della medicina.

Marta Licata

MAIERON M. A., ARMOCIDA G., *Storia, Cronaca, Personaggi della psichiatria varesina*. Milano, Mimesis, 2015, pp.300.

Il volume ripercorre la storia e la cronaca e presenta i personaggi della psichiatria in un territorio apparentemente di provincia, quello di Varese,

ma in realtà emblematico nel panorama medico e psichiatrico italiano. Uno studio completo, denso d'informazioni, di dati, di spunti critici che si pone l'obiettivo di dare una visione articolata della psichiatria varesina, affrontando il tema da diverse angolature e coprendo un ampio arco temporale: dalle origini - peraltro relativamente recenti - fino ai giorni nostri. Oltre a Mario Augusto Maieron e Giuseppe Armocida, autori di numerosi volumi sulla storia della psichiatria, il libro si completa con i contributi di Chiara Ambrosoli, Marco Bellini, Fabrizia Bianchi, Lisetta Buzzi Reschini, Pasquale Campajola, Rita Campiotti, Clara Cantarelli, Isidoro Cioffi, Marco Goglio, Elena Gualandi, Morena Grignani, Giuliana Iannella, Teodoro Maranesi, Alberto Mascetti, Franca Molteni, Carlo Pellegrini e Quirino Quisi. Ogni autore affronta temi specifici, come, ad esempio, psichiatria e politica.

La storia della psichiatria varesina identifica come linea di demarcazione l'apertura dell'Ospedale Neuro Psichiatrico di Varese (a Bizzozero) nel 1939, che è il frutto del positivismo psichiatrico italiano, in linea con le teorie d'avanguardia delle concezioni neurobiologiche.

Vi è quindi – come ben evidenziato da Armocida – una “preistoria” (pre nosocomio), in cui da un lato si distinguono le figure di Alessandro Caccialuppi, Paolo Maspero, Angelo de Vincenti, Eugenio Medea e Ottorino Rossi; dall'altro si ricorda la storia del cronicario di Cantello, edificio industriale adattato all'accoglienza dei ricoverati, attivato nel 1928 come colonia agricola succursale dell'ospedale psichiatrico milanese di Mombello.

Il cronicario non assorbiva però la domanda di cura della provincia di Varese, che doveva – per carenza di posti – confrontarsi con il problema dei “ricoverati in esilio”.

La soluzione – in linea anche con la politica architettonica fascista – poteva essere solo la costruzione di un nuovo edificio.

Con la nascita dell'Ospedale, l'ultimo, ma anche il più moderno degli ospedali psichiatrici italiani, Varese entra nella storia della psichiatria italiana. La struttura a padiglioni rispondeva alla volontà

politica orientata a “qualificare l’ospedale con una elevata qualità assistenziale e curativa, a dimostrazione che gli antichi oppressivi istituti manicomiali potevano essere trasformati per farne luoghi nei quali operare non per custodire i malati, ma per aiutarli a guarire”. Fondamentale in questo processo fu la figura di Adamo Mario Fiamberti, che ne seguì la costruzione e ne definì i modelli scientifici e terapeutici di riferimento: in parte legati alla tradizione, ma in cui cominciavano a distinguersi i bagliori del nuovo con la cosiddetta “psicoterapia d’ambiente”. Il nome di Fiamberti assunse fama internazionale per la sua tecnica di lobotomia transorbitaria, ripresa e perfezionata anche da Walter Freeman.

Nel 1965 succedette a Fiamberti un altro grande protagonista, che si distinse nel panorama della psichiatria nell’ambito del rinnovamento a livello nazionale: Edoardo Balduzzi, alfiere della “psichiatria di settore”, che prevedeva il coinvolgimento nell’assistenza al paziente anche delle componenti sociali nelle loro varie interazioni. Con Balduzzi, Varese divenne un modello nazionale di prospettive d’intervento.

La seconda parte del volume ci porta fino agli anni più recenti. Nelle sue pagine gli autori affrontano la cronaca di quello che avvenne negli anni Settanta, gli anni della legge 431 prima e della legge 180 poi, quando comparve sulla scena la figura di Carlo Romerio, tra contestazioni, potenziamento e declino del Centro Neurologico.

Gli anni Ottanta videro l’applicazione della Legge Basaglia e si caratterizzarono per l’organizzazione policentrica diffusa nel territorio, fatti descritti da Mario Augusto Maieron con l’occhio del protagonista, oltre che del testimone.

Cosa accadde dopo la legge 180? Quali furono i cambiamenti negli anni 1978-1983? Il volume ne ricostruisce le vicende. La volontà di storicizzare, di dare memoria di questi momenti è certo uno degli aspetti di maggiore interesse del libro.

La cronaca contempla, a questo punto, il formarsi, il costituirsi e il procedere dei vari centri operativi, affidando la parola ai protagonisti

per dare conto di un panorama di iniziative e di attività complesse e capillari, anche se con caratterizzazioni diverse, ma che hanno il comune riferimento di una psichiatria di comunità, che può essere vista come espressione di una continuità con l'ideologia di settore.

È una ricognizione puntuale, preziosa e coraggiosa, perché racconta come si sono modificate singole realtà, anche piccole, come ad esempio il Verbano e Busto Arsizio in un passato recente.

Negli Anni Novanta la psichiatria varesina diventa universitaria: nascono, con la Legge 31, i Dipartimenti di Salute Mentale e le Unità Operative universitarie. Nascono le nuove Unità Operative di Saronno e di Gallarate. Anche in questo la psichiatria varesina si distingue come modello di eccellenza nell'ambito del contesto universitario.

La rete assistenziale cresce, si estende e viene a sostituire l'Ospedale, che viene chiuso nel 1999. "In modo simbolico – osserva Filippo Maria Ferro nella presentazione – gli istituti universitari occupano gli antichi padiglioni di degenza. La sede della sapienza e della cultura prende lo spazio della follia".

Il nuovo millennio si apre con la Psichiatria di Comunità: la nuova residenzialità, i gruppi di autoaiuto, le associazioni di volontariato. L'assistenza al malato è cambiata, è diventata con il tempo un fatto corale, radicato nella società civile.

Il volume aggiunge un tassello importante agli studi sulla psichiatria italiana. Se pur rivolto a un'area specifica come quella varesina, propone un approccio e una griglia di lavoro che contemplano anche una riflessione storiografica sugli ultimi quaranta anni di storia, periodo denso e problematico dal punto di vista scientifico, politico e organizzativo. Un metodo di ricerca che coinvolge anche testimoni e protagonisti, e che potrebbe essere in futuro esteso allo studio di altre realtà italiane.

Francesca Monza

D’ALESSANDRO D., CAPOLONGO S., *Ambiente costruito e salute. Linee d’indirizzo di igiene e sicurezza in ambito residenziale*. Milano, Franco Angeli, 2015, pp. 250.

Il volume affronta il tema dell’impatto sulla salute umana dell’ambiente confinato, in particolare di quello abitativo. Pur trattando di una tematica igienistica, che potremmo definire storica, l’opera va a colmare un sostanziale vuoto editoriale nel panorama nazionale, che all’avanzare delle conoscenze e al rafforzarsi delle evidenze nella letteratura scientifica internazionale, non ha visto corrispondere una parallela attività editoriale. Il volume affronta in maniera completa, organica ed esaustiva, tutte le moderne implicazioni dell’abitare alla luce degli stravolgimenti demografici, epidemiologici, sociali, economici, ma anche tecnico-costruttivi avvenuti nel mondo contemporaneo.

È articolato in tre parti: una prima di inquadramento del tema; una seconda composta da schede analitiche su specifiche questioni di qualità, sicurezza e comfort dell’ambiente abitativo; una terza che consta in un decalogo proposto dalla Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità Pubblica (SIItI). È necessario evidenziare che il testo è il frutto del lavoro triennale del gruppo di lavoro “Igiene dell’ambiente costruito” - istituito proprio dalla SIItI - e composto da esperti di diverse estrazioni (docenti universitari, operatori di sanità pubblica, progettisti) e formazione (medici igienisti, architetti, ingegneri e chimici). Grazie all’approccio multidisciplinare è nata un’opera completa che si rivolge sia agli operatori di sanità pubblica, agli amministratori locali, ai progettisti, sia al più ampio pubblico di studenti e di operatori sanitari in senso lato.

La prima parte - “Inquadramento del tema” - tratta nello specifico le principali problematiche per la salute umana in ambito abitativo, descrivendo gli aspetti sanitari che lo riguardano (contesto di vita, rumore urbano, qualità dell’aria, accessibilità, sicurezza) delineando

le criticità del contesto italiano sia da un punto di vista socio-economico, che normativo.

Nella seconda parte - “La salute nell’ambiente abitato: qualità, comfort, sicurezza e tutela delle risorse. Schede analitiche” – un insieme di schede analitiche, di supporto alla fase di progettazione degli edifici residenziali, prendono in considerazione, in maniera snella e operativa, le diverse problematiche secondo lo schema: descrizione, effetti salute, obiettivi prestazionali. Le schede forniscono strumenti pratici per la progettazione non limitandosi ai dettami normativi, ma affrontando il tema con attenzione alla massima tutela possibile della salute umana, contemperando anche le esigenze di sostenibilità e risparmio energetico. Fra i temi trattati: il sito e il contesto, il comfort e l’energia, la riduzione dell’inquinamento, la gestione di acqua e suolo, i rischi nel contesto abitativo, la gestione, manutenzione e ciclo di vita dell’edificio. Tante sono le problematiche emergenti in questi ambiti, come gli effetti dei cambiamenti climatici, il riutilizzo dei materiali da costruzione, l’efficienza energetica, la gestione dei rifiuti solidi urbani, al fianco di tematiche più classiche quali il comfort termoigrometrico, la ventilazione, l’inquinamento acustico. La terza parte – “Decalogo SItI per una casa sana e sicura e linee di indirizzo per la programmazione” – rappresenta una guida, breve, ma puntuale, sugli aspetti salienti per la tutela della salute in ambiente residenziale con specifiche indicazioni da parte degli esperti della SItI, sintetizzate in tredici punti. Il volume però non è solo un manuale, chiaro e completo, ma è anche un saggio propositivo, che indica le linee di indirizzo che andrebbero seguite in Italia per il futuro. Gli autori pongono, infatti, l’accento sul ruolo delle politiche per la salubrità degli ambienti domestici, indicando alle istituzioni competenti le azioni che andrebbero intraprese: aggiornamento delle normative nazionali, regionali e locali in materia di requisiti igienico-sanitari, programmazione e realizzazione di bonifiche degli edifici esistenti e manutenzione di quelli nuovi o comunque in regola,

sostegno alla fasce di popolazione economicamente più svantaggiate per garantire l'accesso a un'abitazione salubre.

Un piano così strutturato – se messo in pratica – permetterebbe un'azione preventiva efficace, riducendo le diseguaglianze di salute generate dal disagio abitativo e dall'occupazione di alloggi igienicamente incongrui, con un conseguente risparmio e un'ottimizzazione delle risorse economiche da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Francesca Monza

*Formazione e accesso al lavoro. Innovare per garantire il futuro della professione medica.* La Professione, XVI, 2, Atti del convegno Bari 13-14 giugno 2014, Roma, FNMOCeO, 2015, pp. 216.

Il volume monografico de La Professione raccoglie alcune delle più significative relazioni presentate all'omonimo convegno, svoltosi a Bari il 13 e il 14 giugno del 2014 organizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNMOCeO).

I contributi si snodano attorno a tre assi portanti: programmazione e fabbisogno di medici specialisti e di medicina generale; riforma dei percorsi *pre e post lauream*; problematiche specifiche della professione odontoiatrica.

La Federazione, con questo volume, si interroga sulle criticità del percorso formativo, che deve permettere ai futuri medici di operare in funzione dei nuovi bisogni di salute. Si mette quindi in discussione l'attuale corso di studi universitari, che andrebbe rivisto alla luce dei nuovi bisogni e delle nuove competenze, richieste per assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari.

Fra le tematiche trattate: il fabbisogno e il problema stesso della determinazione, precisa ed esaustiva, del fabbisogno medesimo; le difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro; il fenomeno dell'emigrazione medica.

Per ciò che attiene la formazione, sono esposte le criticità riscontrate nel sistema attuale e vengono avanzate proposte di riforma e di funzionalizzazione. Tra queste emerge - come sottolinea Maurizio Benato - il maggior peso da riservare alle attività di pratica clinica professionalizzante (allineandosi a quanto avviene nel resto dei paesi europei), nonché allo studio delle scienze umane (diritto, filosofia della scienza, psicologia, sociologia, etica e storia della medicina). In generale gli autori concordano nell'investire maggiormente, in tutte le fasi della formazione medica, sul "saper fare" e sul "saper essere", oltre che sulle sole conoscenze scientifiche. Per ciò che attiene la fase *post lauream*, gli autori propongono la riforma dell'esame di Stato, delle scuole di specializzazione e dei corsi regionali di formazione specifica in medicina generale. L'esame di abilitazione viene sempre considerato - come ribadisce Luigi Conte - necessario, ma potrebbe utilmente essere anticipato il tirocinio valutativo trimestrale al periodo *pre lauream*, al fine di velocizzare l'intero processo formativo del medico; viene proposto altresì il cambio della commissione giudicante, al fine di garantire maggiore terzietà, affiancando ai delegati degli Ordini Provinciali dei Medici e ai docenti universitari, anche professionisti designati dal Ministero della Salute e dagli Assessorati Regionali alla Sanità.

Per ciò che attiene i corsi regionali, Roberto Stella sottolinea la necessità di una maggiore omogeneità sul territorio nazionale dei *curriculum* formativi e di un maggiore spazio per le attività pratiche professionalizzanti nell'ambito degli studi di medicina generale. Non viene trascurata nemmeno la necessità di andare verso un'equiparazione del titolo di studio alla specializzazione e di consentire lo svolgimento di tesi di laurea in medicina generale, soluzioni che potrebbero facilitare l'ingresso al corso medesimo in analogia a quanto già avviene per le scuole di specializzazione.

Per ciò che attiene la formazione specialistica, Lorenzo Capasso - commentando i dati emersi dalle ricerche svolte dall'Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCeO - evidenzia la profonda

sperequazione fra numero di laureati e posti disponibili per la formazione specialistica o specifica in medicina generale.

Sempre su questo tema gli autori richiedono chiarezza e biunivocità nella sovrapposizione dei corsi di specializzazione di area sanitaria e quelli di dottorato di ricerca, non solo al fine di non disperdere vocazioni, ma anche di arricchire il profilo professionale trasferendo rapidamente e con naturalezza i risultati della ricerca al paziente, grazie a una formazione volta alla multidisciplinarietà, all'integrazione con le discipline di base e al collegamento con l'industria. Tale sovrapposizione, prevista ex legge 240/10 (Riforma Gelmini), sarebbe utile anche per l'abbattimento dei tempi morti, problematica ricordata da Antonio Velluto per ciò che attiene l'esame di abilitazione e il corso di formazione specifica in medicina generale.

Per l'ambito specificamente odontoiatrico, il testo tratta i problemi della formazione; dell'accesso al lavoro; della sottoccupazione odontoiatrica e della "plethora odontoiatrica" – come la definisce Tiziana Palma – presentando gli attuali, gravi dati in materia.

Il volume si conclude con due appendici, che riassumono il lavoro triennale di due gruppi istituiti dal Comitato Centrale della FNOMCeO. Nella prima "Professione medica nel terzo millennio. Quale modello formativo", redatta dal Centro Studi FNOMCeO, si delineano le criticità della formazione medica e si formulano delle linee di indirizzo di riforma. Nella seconda "Documento di riflessione e proposta sul sistema formativo medico italiano e sulla programmazione del fabbisogno di professionisti", curata dall'Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCeO, si espongono sia i dati delle ricerche svolte dall'Osservatorio presso gli Ordini e la Federazione, sia quelli raccolti con indagini specifiche, proponendo – alla luce dei risultati - delle strategie per superare le criticità rilevate.

Il volume ha il merito di affrontare la problematica della formazione e dell'accesso al lavoro in tutti i suoi aspetti in seguito a una puntuale analisi delle criticità e sulla base di una ricca e articolata raccolta di dati.

Ne emerge una situazione preoccupante, in cui - nell'attuale condizione generale della medicina italiana - sono sicuramente i più giovani a pagare il prezzo del mancato ricambio generazionale e delle restrizioni economiche al Sistema Sanitario Nazionale. Essi pagano inoltre l'arretratezza e la staticità del sistema formativo universitario e regionale. Tutto ciò, è ben espresso nei dati presentati nel volume, ne citiamo uno per tutti: gli oltre mille medici e cento odontoiatri (dato in probabile crescita) che annualmente abbandonano l'Italia alla volta di paesi stranieri.

Il volume lancia quindi un allarme, accompagnato però da diverse proposte concrete, al fine di arginare questa emorragia e, tramite un investimento sull'innovazione, di garantire un futuro ai giovani che vogliono intraprendere la professione medica.

Francesca Monza

