



CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN
CULTURA, EDUCAZIONE, COMUNICAZIONE
Curriculum Apprendimento Permanente

XXXI CICLO

Il medico condotto nella Capitanata della seconda metà del Novecento.
La storia, il vissuto, il racconto

Dottoranda: Dott.ssa Cristina Romano

Docente Guida/Tutor: Prof. Luigi Traetta

Coordinatore: Prof. Lorenzo Cantatore

Indice

Introduzione	p. 5
Primo capitolo. <i>Quando il medico era condotto. Per un profilo storico, sociale e culturale della condotta medica in Italia</i>	p. 11
1.1. La condotta prima della condotta	p. 11
1.2. La Legge Crispi-Pagliani n. 5849/1888	p. 17
1.3. Dopo il 1888: i primi passi dell'assistenza sanitaria pubblica in Italia	p. 22
1.4. Le leggi fasciste in tema di sanità e di condotta medica	p. 25
1.5. La fine della condotta: le Leggi n. 132/1968 e n. 833/1978	p. 27
1.6. Medici, pazienti ed istituzioni sanitarie nella provincia di Foggia: un quadro storico	p. 33
1.7. Pasquale Trecca: un medico foggiano alla direzione dell'Associazione nazionale dei medici condotti	p. 43
1.8. Vita da condotto: un medico che può dirsi "sociale"	p. 46
1.9. Storie di medici condotti	p. 53
1.10. Una retrospettiva letteraria: medici condotti e medici di campagna tra le pagine di racconti e romanzi	p. 79
1.11. Il presente della ricerca sulla medicina condotta e il contributo di Monica Simeoni agli studi storico-sociali sull'argomento	p. 93
1.12. Oltre i confini nazionali: la <i>rural family medicine</i>	p. 96
Secondo capitolo. <i>Parola ai medici condotti: le interviste</i>	p. 107
2.1. Dallo stato dell'arte al disegno di ricerca	p. 107

2.2. L'intervista, fonte e strumento di ricerca storica	p. 112
2.3. La predisposizione dell'intervista e dei materiali a corredo	p. 120
2.4. "Fare" l'intervista: l'individuazione del campione e la raccolta dei dati	p. 123
2.5. "Fare" l'intervista: la raccolta dei dati	p. 126
2.6. L'analisi dei dati: alcune riflessioni preliminari	p. 131
2.7. A ciascun medico, la sua storia di condotta	p. 135
2.7.1. <i>Il dottor Pietro Calabrese: "eravamo responsabili di tutto"</i>	p. 135
2.7.2. <i>Il dottor Pietro Trombetta: "io ho avuto sempre l'hobby di scrivere"</i>	p. 136
2.7.3. <i>Il dottor Matteo Potenza: "i pazienti andavano visitati tutti quanti"</i>	p. 138
2.7.4. <i>Il dottor Antonio Lepore: "ho fatto tutti i tipi di esperienze"</i>	p. 139
2.7.5. <i>Il dottor Amilcare Spinapolice: "io sono fautore della medicina delle parole"</i>	p. 142
2.7.6. <i>Il dottor Achille Cocuzzi: "non esisteva una giornata 'normale'"</i>	p. 143
2.7.7. <i>Il dottor Valter Gentile: "seguivo intere famiglie, dal bambino all'anziano"</i>	p. 144
2.8. Dall'analisi delle interviste alla delineazione del ritratto professionale del medico condotto	p. 145
2.8.1. <i>Diventare medico condotto</i>	p. 146
2.8.2. <i>Essere medico condotto</i>	p. 148
2.8.3. <i>Relazionarsi con i pazienti</i>	p. 161
2.8.4. <i>Raccontare e testimoniare l'esperienza professionale</i>	p. 166
2.9. <i>A latere</i> : la documentazione fotografica delle interviste	p. 175
Terzo capitolo. <i>Scrivere da condotto: i diari</i>	p. 177
3.1. Quando il medico condotto si fa scrittore	p. 177
3.2. Il diario del dottor Pietro Trombetta: il gusto degli "aneddoti e dei fatti curiosi"	p. 180

3.3. Il diario del dottor Angelo Aulisa: l'immediatezza delle "note disordinate" p. 185

3.4. Il diario del dottor Pasquale Trecca: la lungimiranza delle "memorie dal futuro" p. 194

Quarto capitolo. *Le fonti d'archivio in tema di medicina condotta. Il caso di Celle San Vito* p. 204

4.1. Finalità e metodi della ricerca su fonti d'archivio p. 204

4.2. Il decennio 1951-1960 p. 211

4.3. Il decennio 1961-1970 p. 222

4.4. Il decennio 1971-1980 p. 230

Conclusioni p. 233

Ringraziamenti p. 240

Allegato n. 1. Intervista ai medici ex condotti p. 241

Allegato n. 2. Informativa per i medici intervistati p. 243

Allegato n. 3. Modulo di partecipazione p. 245

Allegato n. 4. Intervista al dottor Pietro Calabrese p. 246

Allegato n. 5. Intervista al dottor Pietro Trombetta p. 252

Allegato n. 6. Intervista al dottor Matteo Potenza p. 256

Allegato n. 7. Intervista al dottor Antonio Lepore p. 260

Allegato n. 8. Intervista al dottor Amilcare Spinapolice p. 264

Allegato n. 9. Intervista al dottor Achille Cocuzzi p. 268

Allegato n. 10. Intervista al dottor Valter Gentile p. 273

Allegato n. 11. Documentazione fotografica p. 280

Bibliografia p. 293

Introduzione

Salute, medicina e sanità: tre nuclei concettuali, tre ambiti tematici strettamente correlati tra loro, nelle differenti sfumature di significato che caratterizzano ciascuna delle parole. La definizione di salute a firma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella sua carta fondativa del 1948 – da intendersi come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, [ch]e non consiste solo in un'assenza di malattia o di infermità”¹ – nel corso degli anni ha subito aggiustamenti e aggiornamenti, che ne hanno meglio definito l'ampiezza e la complessità del senso. Quanto alla medicina, essa si è sostanziata, nel suo evolversi storico, come pratica quotidiana nella vita delle persone, saldamente connessa alle condizioni sociali, economiche, culturali e tecnologiche del contesto di riferimento. Infine, la sanità, ovvero il volto istituzionale, pubblico e privato, della cura, la risposta concretamente operativa che ciascun luogo (un comune, una regione, una nazione) ha dato e dà alla domanda di assistenza terapeutica che proviene dai cittadini.

La figura del medico condotto rappresenta uno dei primi tentativi di raccordo tra le tre dimensioni, intensamente interagenti tra loro, della salute, della medicina e della sanità. Istituzionalizzata con la Legge Crispi-Pagliani n. 5849 del 1888, la professione di medico condotto ha visto il proprio *terminus ad quem* nel 1978 con la Legge n. 833 ed ha attraversato quasi un secolo di storia della medicina e della sanità italiana. Non è esagerato affermare che la condotta medica abbia

¹ La definizione è nella premessa al documento di costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, firmato a New York il 22 luglio 1946 ed entrato in vigore il 7 aprile 1948 [URL: www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf - consultato in data 30/09/2018].

rappresentato, per alcuni versi, l'atto di inizio della medicina sociale nella nostra nazione, cercando "con l'aiuto delle autorità costituite, di tutelare la salute pubblica, prevenendo contagi, pestilenze e, negli anni del Dopoguerra del Novecento, situazioni nocive per le persone, soprattutto per le più bisognose"² e prefigurando un positivo modello di relazione tra medico e paziente improntato alla fiducia, alla disponibilità e al contatto costante.

Lo studio delle notevoli trasformazioni che nel corso dei secoli hanno investito tanto il ruolo del medico quanto la figura del paziente fa da inquadramento, storico e sociale³, per una riflessione sulle evidenti ripercussioni che tale evoluzione ha determinato sullo statuto della relazione tra i due soggetti in questione.

In piena temperie positivista, infatti, lo sviluppo dei laboratori chimico-farmaceutici e dei mezzi diagnostici e chirurgici modernizzava rapidamente la medicina, connotandola di attributi sempre più specialistici e tecnologici. Se da un lato, dunque, l'aggiornarsi delle strumentazioni e l'innovarsi delle tecniche amplificavano il sapere e l'agire del medico, permettendo diagnosi e terapie sempre più efficienti ed efficaci, su un altro fronte tale allargamento di vedute conduceva la medicina a quella che è stata definita come una deriva iatrotecnica e ipertecnicista⁴ e guardava alla patologia come ad un danneggiamento, un guasto da riparare, contravvenendo all'originaria vocazione di stampo ippocratico ad un approccio olistico al malato e alla malattia.

Sul finire del secolo scorso, il modello "paternalista", che nel paziente non vedeva che accondiscendenza e silenzio e considerava il medico autorevole e sapiente, assimilandolo non di rado ad una figura eroica, dai contorni quasi mitici, lasciava il posto ad una relazione paritaria, molto più *patient centered*, nella quale la comunicazione tra medico e paziente riveste (o dovrebbe rivestire) un ruolo centrale.

² M. Simeoni, *Un medico condotto in Italia, il passato presente. Un'analisi qualitativa*, FrancoAngeli, Milano 2009, p. 17.

³ Un racconto dettagliato delle trasformazioni che hanno interessato le figure del medico e del paziente è in: G. Armocida, B. Zanobio, *Storia della medicina*, Elsevier, Milano 2002.

⁴ Sull'argomento si faccia riferimento al paragrafo "I mutamenti degli anni '70-'80" in: P. Marano, *Crisi della medicina accademica. Condivisione, cambiamento e innovazione, corresponsabilità*, FrancoAngeli, Milano 2006, pp. 22-24.

È proprio al modello “paternalista” che può essere ascritta, nell’immaginario collettivo della gente comune, la figura del medico condotto. Esso ha incarnato, nei decenni nei quali è stato in vigore, il perfetto ritratto di professionista sanitario che dell’esperienza e della saggezza (da intendersi come “la capacità di formulare giudizi, spesso in condizioni non facili, e di prendere decisioni, spesso in condizioni difficili”⁵) ha fatto il proprio tratto distintivo, unitamente ad una pronta e costante disponibilità al contatto con i pazienti e a doti di spiccata e diretta relazionalità con i malati e i loro familiari. Lo scenario dell’attività professionale, in piccoli comuni rurali, spesso montani, contribuiva ad ammantare il medico condotto di quel velo di “eroismo”, fuori dall’ordinaria amministrazione della sanità, cui precedentemente si faceva cenno: un “medico residente tra le gente, e con la povera gente in particolare”⁶. Al medico condotto era riconosciuto il merito di garantire alla popolazione un’assistenza a tutto campo, spesso in sostituzione del ricorso all’ospedale, che oltre ad essere lontano e difficilmente raggiungibile, era anche un servizio a pagamento, prima che l’istituzione dell’assistenza mutualistica ne garantisse la gratuità per i cittadini.

Il presente lavoro di ricerca intende dunque investigare la figura del medico condotto nel contesto territoriale della Capitanata della seconda metà del Novecento, nei decenni compresi tra il 1950 e il 1978, anno di emissione della già citata Legge n. 833, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale e di fatto liberava i singoli comuni dalle mansioni di gestione della salute e della cura medica dei cittadini. Da qui il proposito di dare “voce” a chi della condotta medica è stato protagonista principale, ovvero il medico, condotto appunto, di cui raccogliere la testimonianza, il racconto, il ricordo. Ecco, dunque, l’idea di una ricerca che percorra due strade, l’approccio storico e l’approccio biografico, reso possibile, quest’ultimo, dalla vicinanza cronologica degli anni indagati, che vedono ancora in vita una discreta parte dei soggetti coinvolti nell’indagine, ovvero coloro che

⁵ La citazione è tratta da un volume a firma di Giorgio Cosmacini, che delinea le principali tappe della storia medico-sanitaria focalizzando sul territorio nazionale (G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Laterza Editore, Roma-Bari 2005, p. 560).

⁶ Dalla prefazione a cura di D. Morini in P. Trecca, *Noi condotti. Trent’anni di storia in presa diretta*, Palmisano Edizioni, Foggia 2005, p. 8.

furono medici condotti nella Capitanata degli anni compresi tra il secondo Dopoguerra e il 1980.

Attraverso la somministrazione di un'intervista a medici ex-condotti, molti dei quali ormai in pensione, e il reperimento e l'analisi di scritti a firma di medici, quali diari, studi di caso, appunti (materiali non ancora indagati, spesso non pubblicati o, al limite, stampati dall'autore o dai suoi discendenti ad esclusivo uso privato), il progetto si pone l'obiettivo di procedere ad una mappatura dello stato di salute dei piccoli centri abitati della Provincia di Foggia e ad una ricognizione sulla pratica medica e sulle malattie più ricorrenti e diffuse sul territorio negli anni che costituiscono il riferimento cronologico della ricerca, con particolare attenzione all'evolversi della relazione terapeutica con il paziente.

Parte integrante del lavoro è anche l'individuazione e l'analisi dei dati provenienti da documenti conservati presso l'Archivio Storico Comunale del paese di Celle San Vito, materiali sottoposti per la prima volta ad un'operazione di lettura e di studio, con lo scopo di rintracciare informazioni relative alla condotta medica e ad eventi connessi con la sanità locale.

Il lavoro di ricerca ha avuto durata triennale ed è stato svolto tra il novembre 2015 e l'ottobre 2018 presso il Dipartimento di Studi umanistici dell'Università di Foggia, nell'ambito del XXXI ciclo di formazione dottorale (Dottorato di ricerca in Cultura, educazione e comunicazione, curriculum Apprendimento permanente, in convenzione con l'Università di Roma Tre).

L'indagine ha mosso i suoi passi dalla volontà di comprendere quali fossero le modalità (i luoghi, i tempi, le azioni, gli strumenti, i soggetti coinvolti) dell'attività del medico condotto nei piccoli centri abitati della Capitanata nella seconda metà del Novecento; come si caratterizzasse la relazione medico-paziente nel passato della pratica della condotta; quale possa essere, ai nostri giorni, l'utilità del ricordo e della testimonianza di eventi e contesti appartenenti alla storia, seppur recente, della medicina, sia per coloro che del racconto sono le voci narranti, sia per i tanti che intendono approcciarsi o già vivono l'ambito professionale della medicina generale, che della condotta medica è la naturale prosecuzione.

Gli obiettivi della ricerca possono dunque così essere riassunti:

- ricostruire la storia della condotta medica in Italia, analizzandone le fasi, i passaggi normativi e i diversi aspetti sociali e culturali;
- mappare lo stato di salute di alcuni tra i piccoli comuni della provincia di Foggia nella seconda metà del Novecento, con riferimento all'attività sul territorio del medico condotto o dei medici condotti in servizio negli anni in oggetto;
- analizzare la pratica quotidiana della condotta medica nei luoghi e nei tempi di riferimento della ricerca, con particolare attenzione allo strutturarsi della relazione tra medico condotto e paziente;
- riflettere sull'evoluzione dell'attuale medicina generale, connessa al territorio, e sull'utilità del recupero e della salvaguardia di fonti storiche inerenti la condotta medica.

La ricerca, lo studio e l'analisi di dati di stampo prettamente storico quali le fonti archivistiche va dunque ad affiancarsi alla raccolta e all'analisi di fonti orali dirette e di fonti scritte a carattere memorialistico o diaristico, per meglio delineare lo scenario dell'agire professionale del medico condotto.

Delle attività di ricerca si offre in questa sede un resoconto in forma scritta, che si propone di raccontare nel dettaglio l'ideazione e la progettazione dell'indagine, lo studio dello stato dell'arte e del contesto di riferimento, la raccolta e l'analisi dei dati.

Nel primo capitolo si delineano i contorni storici, geografici e socio-culturali degli argomenti oggetto di investigazione. Ci si sofferma dunque sull'istituto della condotta medica, che viene esplorato nelle fasi che ne hanno caratterizzato la storia normativa, e sull'attenzione riservata alla figura professionale del medico condotto nella letteratura scientifica nazionale o, nel panorama più ampio della ricerca all'estero, a figure assimilabili, attive anch'esse nella medicina del territorio in piccoli centri abitati o in contesti rurali. Del medico condotto si cercherà di fornire un ritratto a tutto tondo, che tenga conto anche della sua presenza nella produzione letteraria del tempo, senza trascurare l'editoria periodica di tipo specialistico, il cui panorama era già piuttosto ricco nell'Ottocento per quel che riguardava l'ambito sanitario. Il capitolo si propone anche di mettere a fuoco il contesto locale della

provincia di Foggia nella seconda metà del Novecento, di cui si analizza il vissuto sociale ed economico, con particolare attenzione alle questioni sanitarie e al legame con l'Ordine dei Medici di Foggia, istituito nel 1944.

Nei capitoli successivi si entra nel vivo dell'operatività del lavoro di ricerca, dando spazio alle tre "azioni", ai tre strumenti di indagine cui si è fatto ricorso. Il secondo e il terzo capitolo ospitano dunque le testimonianze e le memorie di medici condotti, raccolte per mezzo delle interviste e della lettura degli scritti diaristici a loro firma. Il quarto capitolo ha invece il compito di censire i documenti inerenti questioni medico-sanitarie, reperiti presso l'archivio di uno dei paesi sedi di lavoro dei medici coinvolti dall'indagine.

Le possibili e positive ricadute d'uso della ricerca in iniziative di formazione per i medici di medicina generale, diretti "eredi" del medico condotto, rappresentano la prospettiva di prosecuzione a lungo termine dell'indagine e la dimostrazione di come la storia della salute – nel senso ampio del termine, e dunque anche della medicina e della sanità – rientri a pieno diritto in una dimensione interpersonale della collettività⁷.

⁷ Si veda il concetto di "storia della salute" come "storia fra scienza e coscienza" in B. Fantini, *Introduzione*, in: G. Berlinguer, *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, Giunti Editore, Firenze 2011, pp. 5-10.

PRIMO CAPITOLO

Quando il medico era condotto.

Per un profilo storico, sociale e culturale della condotta medica in Italia

1.1. La condotta prima della condotta

La malattia appartiene alla storia, dichiarava solennemente Jacques Le Goff nella prefazione al volume *Per una storia della malattia*. Si lega saldamente alla “storia visibile dei progressi scientifici e tecnologici, ma anche a quella, più profonda, delle pratiche e dei saperi legati alle strutture sociali, alle istituzioni, all’immaginario e alle mentalità”¹. C’è dunque una storia della malattia e al contempo una storia, le tante storie, dei diversi e tutti terribili mali del corpo e della mente, che si sono avvicinati e sovrapposti nello scorrere dei secoli, una storia “drammatica che di epoca in epoca disegna il quadro di una malattia emblematica, che unisce l’orrore dei sintomi alle angosce di un senso di colpa individuale e collettivo”², e prefigura il tempo della lebbra, quello della peste, l’epoca della sifilide, e poi del colera, della tisi, la lunga era del cancro, la breve ma dirompente stagione dell’Aids.

¹ J. Le Goff, “Una storia drammatica”, in: J. Le Goff, J. C. Sournia (a cura di), *Per una storia delle malattie*, trad. it. N. Coviello, R. Licinio, C. Petrocelli, F. Porsia, Edizioni Dedalo, Bari 1986, p. 9. Il volume si inserisce nel quadro dell’idea “annalistica” di una storia da raccontare nella sua quotidianità, nel normale svolgersi della vita ordinaria di uomini comuni, e si propone di assegnare alla malattia un posto preciso nello studio della storia dell’umanità. Nelle quattro parti di cui è composto, il testo indaga con il suggestivo contributo di saggi a più voci la nascita della medicina moderna, le patologie più temibili e diffuse che hanno attanagliato l’uomo del passato, il punto di vista del malato nel suo rapportarsi con le malattie e i luoghi di cura, le pratiche terapeutiche in voga nei secoli scorsi, molte delle quali superate nel presente.

² Ivi, p. 10.

Sullo sfondo, altre storie, altri fili della fitta trama di racconti che testimoniano lo svolgersi della medicina nei secoli: il diverso vivere storico dei malati e della loro sofferenza, la geografia dei luoghi deputati alla cura (la casa, l'ospizio, il sanatorio, il laboratorio, l'ospedale, l'ambulatorio), le innovazioni che hanno coinvolto strumenti, tecniche e pratiche di diagnosi e di terapia. In ultimo, la storia delle professioni sanitarie, il loro evolversi dall'età antica, intrisa di magia e di credenze, passando per la svolta razionale ippocratica e il profilarsi della medicina moderna, fino ai nostri giorni e al loro ampio repertorio di iperspecializzazioni e multitecnicismi.

È nella microstoria delle professioni sanitarie che si iscrive una storia ancora più piccola e localizzata, quella della condotta medica, una storia tutta italiana che ha inizio regolamentato sul finire dell'Ottocento, ma i cui primi capitoli sono ambientati molto tempo prima che di condotta si potesse parlare in maniera statutaria e formalizzata. La storia della condotta medica in Italia passa infatti attraverso alcuni importanti snodi che ne hanno segnato per secoli la diffusione nell'uso e nelle norme dei territori che costituivano la variegata mappa geografica e politica della penisola, fino al 1888, quando uno stato italiano ancora giovanissimo procedeva a dare formale istituzione alla figura del medico condotto. Raccontare la condotta prima della condotta significa dunque individuarne le diverse manifestazioni, nei lunghi anni che la videro effettiva realtà dei comuni italici, prima che il legislatore la accogliesse ufficialmente e ne regolasse la pratica.

Che significato hanno il sostantivo “condotta” e l'aggettivo “condotto” nella lingua italiana, nello specifico riferirsi alla classe medica? Può essere interessante riportare la definizione dei due termini secondo il vocabolario etimologico di Pietro Ottorino Pianigiani, nella sua prima edizione datata 1907. La parola “condotta” sarebbe dunque derivata dal verbo “condurre”, “dal latino *conducere* nei suoi vari sensi” e tra i vari significati sta ad indicare “il compromesso fra un medico ed un Comune, per cui il primo si obbliga a curare gli abitanti di un dato circondario, e il secondo di corrispondergli un compenso in danari”. E “condotto” è traduzione fedele del latino *conductus*, a sua volta da *conducere*, condurre, “e

siccome *conducere* significò pure prendere a prezzo l'opera di persona, così la voce 'condotto' è divenuta nell'uso comune Attributo del medico che ha impegnato con patto di mercede l'opera sua per la cura dei malati di un Comune"³. Medico, malati e amministrazione comunale impersonano dunque per definizione i ruoli fondanti dell'istituzione della condotta, che si alternano e si confrontano sullo scenario dell'assistenza sanitaria degli ultimi secoli di storia nazionale, in città come in campagna.

La realtà italiana delle condotte medico-chirurgiche ha origini piuttosto lontane nel tempo. Diversi comuni delle aree centrali e settentrionali della penisola si erano dotati già dal XIII secolo dell'ausilio di medici e chirurghi stipendiati a spese della città, per garantire l'assistenza sanitaria gratuitamente ai più poveri e invece ai ceti più abbienti dietro pagamento in natura⁴. L'uso del termine "condotto" è storicamente attestato a partire però da una data, il 4 agosto 1594 e lo scenario geografico è quello della città di Milano, dunque in quella Lombardia che tanta parte avrà nella storia della condotta medica⁵. In quella giornata fu firmato un atto tra i molti che regolavano l'amministrazione di una delle più antiche realtà deputate all'assistenza medica nella città, il Pio Istituto Santa Corona, fondato nel 1497 e che dal 1786 sarebbe confluito nell'Ospedale Maggiore: in una deliberazione capitolare comparve per la prima volta il termine "condotta medica", come sottolineato da Pietro Canetta, archivista ottocentesco dell'Ospedale e autore di studi sulla storia delle istituzioni assistenziali del Ducato di Milano. Così scrive Canetta:

³ La prima edizione del *Vocabolario etimologico della lingua italiana* a cura del magistrato e cultore di linguistica italiana Pietro Ottorino Pianigiani (1845-1926) fu pubblicata a Roma nel 1907 in due volumi per un totale di 1559 pagine, per i tipi della Società editrice Dante Alighieri di Albrighi, Segati e C.. Le voci "condotta" e "condotto" sono estratte dalla versione digitalizzata del Dizionario [URL: www.etimo.it - consultato in data 30/09/2018].

⁴ Cfr. le notizie sulle origini della condotta contenute nel capitolo "La condotta" in A. Pazzini, *Storia della medicina. Dalle origini al XVI secolo*, Società Editrice Libreria, Milano 1947, pp. 585-588; inoltre: A. Castiglioni, *Storia della medicina*, Unitas, Milano 1927, p. 389.

⁵ La letteratura sul tema fa in più luoghi riferimento alle condotte del Lombardo-Veneto come ad una realtà nel complesso bene organizzata e di livello avanzato, tanto da essere presa a modello nel successivo riordinamento sanitario dell'Italia unificata per l'estensione all'intera penisola. Si veda, a titolo esemplificativo, G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 342.

La insistenza, colla quale i medici dimessi avevano cercato di far constare che il loro ufficio era stabile, indusse il Capitolo a determinare che la durata del servizio dei medici fosse temporanea e limitata ad un triennio, riservandosi al Capitolo la facoltà di confermarli alla scadenza, oppure, allorché ciò era opportuno, di licenziarli anche durante il primo triennio. Notiamo *en passant* come in questa deliberazione capitolare occorra per la prima volta il nome di *Condotta medica*: “*Ordinatum fuit conductionem phisicorum, etc.*”. Più tardi dissesti anche: “*Phisicorum conductorum*”.⁶

All’inizio del Settecento, l’istituzione delle condotte sanitarie era già disciplinata in Piemonte e in Toscana⁷ e nel corso della seconda metà del secolo, ebbe modo di diffondersi e trovare riscontro pratico anche nel resto della penisola, in particolare, come già accennato, nella Lombardia della dominazione austriaca.

Per quanto concerne il Regno delle due Sicilie, un interessante riferimento bibliografico è lo studio di Rosamaria Alibrandi dedicato alle leggi sanitarie borboniche, che passa in rassegna gli atti normativi del Regno in tema di sanità. L’autrice fa ad esempio menzione della Legge organica sull’amministrazione civile del 12 dicembre 1816, con la quale ai sindaci vennero attribuite e dettagliatamente precisate numerose competenze in tema di igiene e sanità, tra cui “il compito di controllare la vendita dei generi alimentari e delle medicine, l’attività di medici, cerusici e levatrici”⁸. Alibrandi si sofferma poi sul Protomedicato generale del Regno, una magistratura sanitaria istituita nel 1397 e da allora in vigore in Sicilia, con l’incarico di esercitare “la vigilanza su tutti gli esercenti le arti sanitarie, inclusi i farmacisti, e nella giurisdizione su medici, chirurghi, speciali, aromatarari e levatrici”⁹, e sottoposta a diverse discipline da leggi e decreti che ne regolamentarono i ruoli fino al 1847, anno di istituzione del

⁶ P. Canetta, *Storia del Pio Istituto di Santa Corona di Milano*, Tipografia Cogliati, Milano 1883, p. 73.

⁷ Cfr. B. Grassi, “I progressi della biologia e delle sue applicazioni pratiche, conseguiti in Italia nell’ultimo cinquantennio”, in A.A.V.V., *Cinquant’anni di storia italiana. 1860-1910*, Hoepli, Milano 1911, vol. III, p. 296. La citazione è riportata anche in G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 341.

⁸ R. Alibrandi, *In salute e in malattia. Le leggi sanitarie borboniche fra Settecento e Ottocento*, FrancoAngeli, Milano 2012, p. 51.

⁹ Ivi, p. 58.

Ministero della pubblica istruzione, cui spetterà la vigilanza sulle professioni sanitarie nell'ultimo quindicennio di vita del Regno delle due Sicilie.

Sempre nel quadro dell'impegno legislativo borbonico in tema di assistenza sanitaria, è il caso di citare i due provvedimenti¹⁰ del 1831 presi dal re Ferdinando II a favore dei malati delle campagne: uno che sanciva la possibilità che i sindaci avessero la facoltà di indirizzare i concittadini indigenti bisognosi di cure continuative all'ospedale napoletano degli Incurabili, e l'altro che prevedeva che il comune si accollasse le spese per l'acquisto di farmaci necessari ai malati poveri, dietro presentazione di prescrizione con doppia firma del medico comunale e del parroco del paese che attestassero entrambe le necessità, di assistenza sanitaria ed economico-sociale.

Nel saggio *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*¹¹, Franco Della Peruta compie una attenta disamina dello stato di salute dell'Italia postunitaria e dei ritardi del paese in fatto di infrastrutture igieniche e di azione preventiva nei confronti delle malattie infettive, ritardi che resero necessario una complessa opera di riordino legislativo in tema di sanità. Il saggio dedica spazio anche all'istituto della condotta medica, di cui si chiarisce la larga diffusione nel Granducato di Toscana e soprattutto nel Ducato di Milano. Chiusa la breve parentesi del regno napoleonico, che cercò tra l'altro di estendere la condotta in tutte le sue province, nella stagione politica successiva, quella della Restaurazione, il governo austroungarico pose sempre la condotta alla base dell'ordinamento sanitario del Lombardo-Veneto¹² con i "capitoli normali" del 30 aprile 1834:

La forma adottata era quella della condotta "di servizio caritativa" che prevedeva, a differenza di quella "piena", le cure del medico per i soli poveri iscritti nel "ruolo" apposito compilato annualmente dalle amministrazioni locali con il concorso dei parroci; la nomina del condotto spettava, sulla base

¹⁰ Cfr. G. Botti, "Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico", in: A. Massafra (a cura di), *Il Mezzogiorno preunitario: economia, società, istituzioni*, Dedalo Edizioni, Bari 1988, p. 1224 (1222-1230); A. Forti Messina, "I medici condotti nell'Ottocento preunitario. Il caso della provincia di Napoli", in: G. Politi, M. Rosa, F. Della Peruta (a cura di), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna, atti del convegno "Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani"*, Cremona 1982, p. 449.

¹¹ F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in "Studi Storici", anno 21, n. 4 (ott./dic. 1980), pp. 713-759.

¹² Ivi, p. 741.

di un concorso, ai consigli o ai convocati comunali, che avviavano con il sanitario un rapporto contrattuale della durata di un triennio, rinnovabile via via per successivi trienni. [...] L'ordinamento sanitario sanzionato nel 1834 aveva un difetto centrale, la posizione subalterna e precaria cui il medico condotto era lasciato di fronte all'amministrazione comunale, soprattutto nei comuni rurali, dove nomina e conferma erano competenza del "convocato", l'assemblea degli "estimati".¹³

La qualifica di "condotta piena" era da riferirsi al numero di pazienti in carico al medico rispetto al totale degli abitanti del comune di pertinenza: la condotta era dunque piena quando l'assistenza sanitaria era garantita al totale degli abitanti, e non più limitatamente ai cittadini in difficoltà economiche segnalati dal curato o, in tempi più recenti, dal sindaco con appositi elenchi formali. Molte condotte del milanese, ad esempio, già nella prima metà dell'Ottocento avevano modificato l'originaria vocazione caritatevole e assistenzialista per volgersi all'espletamento di un più generalizzato servizio sanitario ai cittadini¹⁴.

Le crescenti proteste della categoria portarono all'emanazione di uno statuto, nel 1858 a firma dell'arciduca Ferdinando Massimiliano, che aumentava a sei il numero di anni di prova e fissava alcune migliorie economiche per quel che riguardava il diritto ad una pensione e lo stipendio annuo minimo di 400 fiorini¹⁵.

Dal 20 marzo 1861 l'Italia poté considerarsi, in buona parte, unificata. Tra le molteplici questioni da affrontare perché l'unità potesse essere reale e concreta, e non solo politica, c'era quella sanitaria. "Il paese reale è un paese malato: a parte le cicliche pandemie di colera, tisi, scrofola, rachitide, pellagra, malaria, sifilide, difterite, vaiolo, ed una mortalità infantile elevatissima compongono un quadro ancora d'Antico Regime"¹⁶.

¹³ Ivi, p. 742.

¹⁴ Sulle caratteristiche delle condotte mediche lombarde, "presidi sanitari validi e vitali" e ben organizzati, si veda il caso-simbolo del paese di Cuggiono in G. Galliani Cavenago, *Quando il paesano rifiutò il pendizio. Il ruolo della cooperazione nella trasformazione del contado di Cuggiono*, FrancoAngeli, Milano 1999, pp. 71-72.

¹⁵ F. Della Peruta, *Op. cit.*, p. 743.

¹⁶ R. Alibrandi, *Op. cit.*, p. 152.

Tra gli eventi normativi all'indomani dell'unità d'Italia, si ricorda la legge del 20 marzo 1865 sull'Unificazione amministrativa dello stato, con l'allegato C relativo alla sanità che imponeva ai comuni l'onere finanziario del servizio sanitario. Il passo successivo fu la pubblicazione del regolamento esecutivo dell'8 giugno 1865, poi sostituito da quello del 6 settembre 1874, la cui novità principale era l'istituzione delle commissioni municipali di sanità, che avevano per segretario un medico condotto e che assistevano il sindaco nella gestione di questioni legate all'assistenza sanitaria e alla tutela dell'igiene pubblica, senza però chiare e precise indicazioni sul da farsi e senza il crisma dell'obbligatorietà per la maggior parte delle pratiche.

Altro momento politico saliente fu nel 1873 l'approvazione in Senato dei 14 titoli del cosiddetto "codice Lanza", dal nome del medico e deputato Giovanni che ne fu il promulgatore. Le principali novità del codice furono l'istituzione dei consigli sanitari municipali, l'obbligo per i comuni di provvedere al servizio medico e ostetrico e l'attribuzione al medico condotto della qualifica di "ufficiale governativo"¹⁷. Il codice Lanza, al pari del di poco successivo progetto di legge presentato nel 1876 da Nicotera, restò bloccato al Senato e non giunse mai alla Camera¹⁸.

Di lì a qualche anno, sul finire del 1888, la legge n. 5849 avrebbe sancito l'atto formale di nascita, il riconoscimento ufficiale, da parte del giovane Stato italiano, della secolare realtà della condotta medica.

1.2. La Legge Crispi-Pagliani n. 5849/1888

Con la già ricordata legge n. 5849 del 22 dicembre 1888 (Serie 3a, "Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno"¹⁹), su approvazione del Senato e della Camera dei deputati e su promulgamento del

¹⁷ F. Della Peruta, *Op. it.*, p. 752.

¹⁸ Sull'argomento si veda anche R. Alibrandi, *Op. it.*, pp. 150-154.

¹⁹ Il testo esteso della Legge è riportato nella Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 301 del 24 dicembre 1888 (pp. 5799-5803), con firma del Guardasigilli Zanardelli.

Re Umberto I di Savoia, il giovane Stato italiano si dotò di “nuove norme per affrontare più efficacemente i problemi della sanità e dell’igiene pubblica, soprattutto dei poveri, con azioni preventive, interagendo con i privati o sostituendo la loro azione”²⁰.

Guardando alle fasi e alle persone che con il loro operato spianarono la strada alla Legge n. 5849 e alla nuova stagione di riforma dell’ordinamento sanitario da essa inaugurata, merita di essere menzionato un importante retroscena ideologico della Legge, ovvero l’incarico affidato nel 1880 dall’allora capo del governo e ministro dell’interno Agostino Depretis al medico milanese Agostino Bertani di elaborare un nuovo schema di codice che riuscisse là dove avevano fallito i precedenti a cura di Lanza e di Nicotera. Bertani suggeriva che il medico condotto avesse la qualifica di autorità sanitaria del comune, inamovibile dopo tre anni di prova²¹ e insistette su un punto in particolare, ovvero che la tutela della pubblica igiene fosse per i comuni non una mera raccomandazione, ma un dovere: “L’igiene pubblica deve essere comandata. I fatti non ci consentono di affidarci alla iniziativa privata non sempre provvida, né illuminata, né disinteressata in ogni luogo; [...] deve adunque la suprema e ordinata azione dello Stato procurare l’adempimento delle indeclinabili prescrizioni”²².

La morte di Depretis nel luglio 1887 lasciò al suo successore Francesco Crispi il delicato compito di portare a compimento la riforma sanitaria: con la collaborazione dell’igienista Luigi Pagliani, a capo della Direzione generale della sanità pubblica di recentissima fondazione, fu presentato un nuovo Disegno di legge nel novembre dello stesso anno al Senato e poi nel maggio del 1888 alla Camera, che divenne Legge qualche mese dopo, il 22 dicembre.

La Legge consta di 71 articoli, suddivisi in sei Titoli, alcuni dei quali articolati in Capi, così come di seguito dettagliato:

²⁰ L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata dalle origini ai giorni nostri*, Andrea Pacilli Editore, Manfredonia 2017, p. 162. Sullo stesso argomento si legga il capitolo “La storia dei malati” (in: P. Sorcinelli, *Viaggio nella storia sociale*, Mondadori, Milano 2009), nel quale l’autore ripercorre le principali tappe della legislazione sanitaria nazionale e i differenti “tagli” tematici della storiografia sull’argomento.

²¹ F. Della Peruta, *Op. cit.*, p. 755.

²² Il titolo completo della relazione è *Sullo schema del codice per la pubblica igiene compilato e proposto dal deputato Agostino Bertani: relazione all'onorevole ministro dell'Interno Agostino Depretis*, stampata in 26 pagine a Milano nel 1884 a cura della Tipografia L. F. Cogliati.

- Titolo I: “Ordinamento dell’amministrazione e dell’assistenza sanitaria in Italia” (Capo I: “Degli uffici sanitari”; Capo II: “Del Consiglio superiore di sanità”; Capo III: “Del Consiglio provinciale di sanità”; Capo IV: “Del medico provinciale”; Capo V: “Dell’ufficiale sanitario comunale”; Capo VI: “Dell’assistenza medica, chirurgica ed ostetrica nei comuni”; Capo VII: “Della sanità marittima”; Capo VIII: “Dell’assistenza e vigilanza zoiatrica”);

- Titolo II: “Esercizio delle professioni sanitarie ed affini”;

- Titolo III: “Dell’igiene del suolo e dell’abitato”;

- Titolo IV (Capo I: “Dell’igiene delle bevande e degli alimenti”; Capo II: “Misure contro la diffusione delle malattie infettive dell’uomo e degli animali”; Capo III: “Della polizia mortuaria”);

- Titolo V: “Dei regolamenti locali di igiene”;

- Titolo VI: “Disposizioni generali”.

Veniva così prefigurata una struttura piramidale con alla sommità la Direzione generale di sanità pubblica, che assegnava al governo centrale l’amministrazione delle questioni sanitarie, per lungo tempo affidata alle locali Opere pie di carità. In affiancamento alla Direzione generale, vennero istituiti il Consiglio generale di Sanità e, sul territorio, i consigli provinciali, i medici provinciali, gli ufficiali sanitari e i professionisti della “condotta”, medico chirurgo e levatrice.

I tre articoli facenti parte del Capo VI “Dell’assistenza medica, chirurgica ed ostetrica nei comuni” del Titolo I, nei quali si parla in maniera diffusa ed esplicita di condotta medica “gratuita per i poveri”, così pronunciano:

Art. 14. – L’assistenza medica, chirurgica ed ostetrica, dove non risiedano medici e levatrici liberamente esercenti, è fatta almeno da un medico chirurgo condotto e da una levatrice residenti nel comune e da esso stipendiati coll’obbligo della cura gratuita dei poveri.

Dove risiedano più medici o più levatrici liberamente esercenti, il comune stipendierà uno o più medici e chirurghi, una o più levatrici secondo l’importanza della popolazione, per l’assistenza dei poveri.

Però, dove esistano Opere pie od altre fondazioni che provvedono in tutto o in parte all'assistenza gratuita dei poveri, i municipi ne saranno esonerati e saranno soltanto obbligati a completarla.

Art. 15. – I comuni che, per le loro condizioni economiche, per la loro speciale posizione topografica e per il numero esiguo di abitanti, non sono in grado di provvedersi di un proprio medico chirurgo o di una levatrice, sono obbligati a stipendarli uniti in consorzio con altri comuni, secondo convenzioni da approvarsi dal prefetto, udito il Consiglio provinciale sanitario.

Nei comuni ove manchi una farmacia e quelle dei comuni limitrofi sieno molto distanti e di difficile accesso, potrà il prefetto, sentito il Consiglio provinciale sanitario, concedere autorizzazione al medico condotto di tenere presso di sé un armadio farmaceutico.

Art. 16 – La nomina dei medici e chirurghi stipendiati dai comuni fatta dal Consiglio comunale dopo tre anni di prova acquista carattere di stabilità.

Il triennio per i medici condotti che sono in attività di servizio decorre dal giorno di promulgazione della legge.

Compiuto il triennio, il comune non può licenziarli se non per motivi giustificati colla approvazione del prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Contro la deliberazione del prefetto è ammesso il ricorso al Ministro dell'interno, salva l'azione giudiziaria nei casi in cui è ammessa dalla legge.²³

Di condotta medica la Legge n. 5849 torna poi a parlare altrove. All'art. 9, nel Capo III del Titolo I, ad esempio, elencando le mansioni di competenza del Consiglio provinciale di sanità, viene esplicitato che il parere di quest'ultimo sarà richiesto “sui consorzi comunali per il servizio medico-ostetrico e veterinario”²⁴; nel Capo IV dello stesso Titolo, che ha per oggetto il medico provinciale, all'art. 11 si sottolinea che a lui spetta il compito di dare “voto sulle deliberazioni dei consorzi e sui capitolati relativi per i servizi medico, chirurgico ed ostetrico”²⁵; sempre nel Titolo I, nel Capo V, all'art. 12 si specifica che “sarà ufficiale sanitario

²³ Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 301, 24 dicembre 1888, p. 5799.

²⁴ Ivi, p. 5978.

²⁵ *Ibidem*.

comunale il medico condotto ove non risiedano altri medici”²⁶. Più avanti, l’art. 25 del Titolo II stabilisce che “Gli esercenti la professione di medico [quindi anche i medici condotti] sono obbligati ad informare il medico provinciale dei fatti e delle circostanze che possono interessare la pubblica salute. Essi dovranno in ogni caso di morte denunciare al sindaco la malattia che ne è stata la causa”²⁷, pena l’applicazione di sanzioni pecuniarie comprese tra 5 e 25 lire. Ancora, esprimendosi nel Capo II del Titolo IV sulle misure per arginare la diffusione di malattie infettive, la Legge specifica che qualunque medico abbia osservato un caso di malattia infettiva pericolosa o sospetta tale, deve farne denuncia al sindaco e mettersi a disposizione “nella esecuzione delle prime urgenti disposizioni ordinate per impedire la diffusione della malattia” e inoltre a tutti i medici, compresi quelli condotti, esercenti nel comune in cui si sia manifestata una malattia infettiva a carattere epidemico, viene fatto obbligo di mettersi al servizio dello stesso comune per le urgenze del caso²⁸ e, in caso di inadempienza a tale dovere, la pena è non solo pecuniaria (estensibile a lire 500), ma nei casi più gravi anche detentiva o di sospensione dall’esercizio della professione.

Nel Titolo VI incentrato sulle Disposizioni generali, all’art. 62 si ribadisce che, tra le spese a carico dei comuni, vi sono quelle “per l’ufficiale sanitario comunale e per tutto l’altro personale addetto alla vigilanza sanitaria ed alla cura dei poveri del comune”, compresi dunque medico e levatrice condotti, spese definite “obbligatorie” al successivo art. 63²⁹.

Con l’attuazione della legge, dunque, il medico condotto ebbe il pregio del riconoscimento giuridico e divenne realtà in quasi tutti i centri abitati, compresi i comuni più grandi per numero di abitanti, che contemplarono la presenza di più medici nelle diverse zone e quartieri. Inoltre, la legge ebbe il merito di regolamentare il più volte lamentato problema dell’avvicinarsi dei medici condotti, il cui incarico aveva, fino alla legge del 1888, durata di tre anni, ed il rinnovo o la revoca del mandato era di esclusiva competenza del sindaco e di chi

²⁶ Ivi, p. 5799.

²⁷ Ivi, p. 5800.

²⁸ Ivi, p. 5802.

²⁹ Ivi, p. 5803.

gli stava accanto, creando condizionamenti negativi che spesso si ripercuotevano sull'autonomia e sulla dignità professionale del medico³⁰.

1.3. Dopo il 1888: i primi passi dell'assistenza sanitaria pubblica in Italia

Alla Legge n. 5849 del 1888 fece immediata eco il regolamento, approvato con Regio Decreto n. 6442 del 9 ottobre 1889, per l'applicazione delle norme e l'esecuzione delle singole materie.

Il determinante contributo di Pagliani, medico e insieme politico, alla "causa" della questione nazionale sanitaria fece da modello, sul finire del XIX secolo, per diversi altri casi di riuscito connubio tra professione medica e attività politica, nelle persone ad esempio di Stanislao Cannizzaro, Guido Baccelli, Antonio Cardarelli e Giacinto Pacchiotti, per fare qualche nome tra i tanti ricordati da Pasquale Trecca nel riferire di quella produttiva stagione di

continuità operativa in tema di legislazione sanitaria, nel cui contesto si ricordano quella sulla prevenzione e cura della pellagra, sull'assistenza e vigilanza sanitaria nei Comuni, sulla malaria, sulla legge per i veterinari municipali, sulla interdizione del fosforo bianco, sulla prima legge contro gli stupefacenti, sulla istituzione della Cassa di Maternità e sulla Cassa pensioni per i medici condotti.³¹

Una feconda attività legislativa e normativa, che dimostrò, sempre a detta di Trecca, "come la loro azione sociale fosse inscindibile dalla convinzione professionale e come fosse piena la coerenza tra la medicina sociale e l'impegno politico"³².

La necessità di un pronunciamento legislativo sull'assistenza sanitaria italiana e su questioni legate all'igiene era da leggersi nel quadro più ampio di una

³⁰ G. Galliani Cavenago, *Op. cit.*, p. 72.

³¹ P. Trecca, *Noi condotti*, cit., pp. 11-12.

³² *Ivi*, p. 12.

nazione che, all'indomani dell'unità e dell'indipendenza politica, prendeva consapevolezza di un "radicato e diffuso malessere sanitario"³³, di cui sono attestazione gli alti livelli di mortalità, che sarebbero significativamente scesi solo sul finire dell'Ottocento. Franco Della Peruta descrive una "situazione complessiva della 'salute pubblica' ancora di vecchio modello, in cui la morbosità a carattere acuto ed infettivo prevaleva largamente sulle odierne patologie 'degenerative', con etiologia multifattoriale ed andamento cronico"³⁴, riportando i risultati di un'indagine compiuta nel quadriennio 1881-1884, che vedeva al primo posto nella graduatoria delle cause di morte la tubercolosi, seguita da affezioni quali morbillo, scarlattina e difterite. Altre rilevanti cause di morte erano il vaiolo e il blocco delle malattie gastro-enteriche, che includeva al suo interno anche tifo, paratifo e colera e che metteva in drammatica evidenza la questione dell'approvvigionamento idrico nei comuni italiani, l'insalubrità delle abitazioni e lo stato pietoso in cui versavano le fogne.

Un paese malato, dunque, che la legge del 1888 ed i successivi provvedimenti esecutivi, anche se non immuni da pecche, riuscirono ad avviare sulla via del risanamento e della guarigione, contribuendo concretamente al miglioramento dello stato di salute degli italiani tanto nelle città quanto nelle campagne. Rispetto al ventennio precedente, la nazione all'inizio del nuovo secolo conobbe vistosi positivi miglioramenti in fatto di numero di abitanti, tasso di mortalità generale e aspettativa di anni di vita media alla nascita³⁵ e di questo indubbiamente va dato il giusto merito, a detta anche di una voce autorevole come Benedetto Croce³⁶, all'intensa opera di legislazione sociale di quegli anni, ivi compresa l'attività di riforma della sanità.

Alla legge del 1888 fece eco un secondo atto normativo, il Regio Decreto n. 636 del 1 agosto 1907, ovvero il "Testo unico delle leggi sanitarie" datato 1 agosto

³³ F. Della Peruta, *Op. cit.*, p. 713.

³⁴ F. Della Peruta, *Op. cit.*, p. 723.

³⁵ Per la precisione, la popolazione italiana passò dagli oltre 28.400.000 abitanti del 1882 agli oltre 32.400.000 del 1901. La mortalità generale, che negli anni Ottanta del XIX secolo oscillava intorno al 30%, si ridusse fino ad attestarsi poco sopra il 20% nei primi anni del Novecento; la prospettiva di vita media alla nascita, rispetto ai 35 anni del 1882, salì a 43 anni nel 1901. I dati furono presentati in E. Raseri, *Atlante di demografia e geografia medica d'Italia*, Istituto De Agostini, Roma 1906, p. 80 (citato anche in G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 406-407).

³⁶ Cfr. B. Croce, *Storia d'Italia dal 1871 al 1915*, Laterza, Bari 1928, pp. 237-238.

1907³⁷, che ebbe come ideatore l'igienista Rocco Santoliquido e la firma del Ministro dell'interno Giovanni Giolitti. Con i suoi 218 articoli suddivisi in sette Titoli, il Testo unico confermava nel complesso le novità introdotte dalla legge di quasi venti anni prima, con qualche aggiustamento e nuova specifica sui temi, ad esempio, della coltivazione del riso (alle cui norme igieniche e ai cui contratti di lavoro veniva dedicato l'intero IV Titolo "Della risicoltura"), dell'igiene delle bevande e degli alimenti (Titolo V, Capo I) e delle disposizioni relative alla malaria e alla pellagra (Titolo V, Capo II).

All'argomento della condotta medica è dedicato un numero maggiore di articoli, rispetto alla precedente legge del 1888, ben quattordici, quelli compresi tra il n. 24 e il n. 42 del Capo VII (intitolato "Dell'assistenza medica, chirurgica, ostetrica nei Comuni e della somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri") all'interno del Titolo I. Il medico chirurgo condotto, così come la levatrice condotta, sono stipendiati dal Comune e hanno obbligo di cura e assistenza sanitaria gratuita nei confronti dei poveri, con la possibilità di un aumento della retribuzione "a congrua misura" su decisione della Giunta provinciale amministrativa, per "assicurare un regolare o completo servizio di assistenza medico-chirurgica" e tenendo in considerazione "l'importanza dell'opera richiesta al medico"³⁸. A carico del Comune è anche l'allestimento di un "armadio farmaceutico" presso l'ambulatorio del medico, qualora non esista una farmacia nel paese o nei centri abitati limitrofi. Si ribadisce inoltre che l'accesso alla condotta viene regolato per mezzo di concorso bandito dal Comune o dal Consorzio di comuni e l'incarico prevede un periodo di prova di due anni, la cui prosecuzione naturale è la "stabilità dell'ufficio e dello stipendio"³⁹, dando vita ad un rapporto di lavoro continuativo che può essere interrotto da licenziamento solo per gravi motivi. Ulteriori specifiche sono fornite anche in relazione alle modalità di pagamento dello stipendio: la retribuzione è in rate mensili e, in caso di ritardi,

³⁷ Il Regio Decreto fu pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 228 del 26 settembre 1907, pp. 5873-5897.

³⁸ Ivi, p. 5877.

³⁹ Ivi, p. 5878.

ai medici è riconosciuto il diritto di rivolgersi al prefetto, che potrà agire sui comuni inadempienti.

Il Testo Unico – è il commento di Cherubini⁴⁰ – è l’espressione della politica giolittiana di un intervento sociale cauto e graduale, che avrebbe visto risolversi la questione sanitaria in maniera indiretta, come conseguenza positiva di una industrializzazione in crescita e del progresso economico che ne derivava. Il Testo unico del 1907 andava quindi a collocarsi sulla stessa lunghezza d’onda della Legge del 1888, proseguendone e meglio dettagliandone gli intenti.

1.4. Le leggi fasciste in tema di sanità e di condotta medica

Negli anni del regime fascista un nuovo Regio Decreto, il n. 1265 del 27 luglio 1934 intitolato “Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie”, istituì il Servizio Nazionale di Igiene e Sanità Pubblica, con lo scopo di garantire la salute del singolo come bene della comunità. Il medico condotto continuava a prestare servizio nell’ambito locale, in collaborazione con il medico provinciale e con il Consiglio sanitario provinciale. Così si pronunciava il Testo Unico all’articolo 4:

All’assistenza medico-chirurgica e ostetrica gratuita per i poveri nell’ambito del comune, alla somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri e alla assistenza veterinaria limitata ai luoghi nei quali ne è riconosciuto il bisogno, quando non siano assicurate altrimenti, provvedono i comuni.

È fatto divieto ai comuni di istituire condotte sanitarie per la generalità degli abitanti.

I sanitari condotti hanno, tuttavia, l’obbligo di prestare la loro opera anche ai non aventi diritto alla assistenza gratuita, in base alle speciali tariffe che sono all’uopo proposte per ciascuna provincia dalla associazione sindacale giuridicamente riconosciuta, competente per territorio, e approvate dal prefetto.⁴¹

⁴⁰ A. Cherubini, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1980, pp. 1-2.

⁴¹ Il Decreto fu pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 186 del 9 agosto 1934.

A seconda del censo dei cittadini, si andava dunque a diversificare il soggetto di riferimento della prestazione medica: il medico condotto si occupava dei più poveri a spese del comune, il medico libero-esercitante aveva invece a carico i ceti più agiati, mentre alle mutue spettava il compito di assistere la fascia intermedia, “quelli non tanto ricchi da potersi pagare un medico né tanto poveri da essere nelle liste comunali”⁴².

Negli stessi anni, con al governo sempre Mussolini, vennero sancite la nascita degli enti di previdenza sociale e l’assistenza mutualistica per il ricovero in ospedale, come stabilito dalla Legge n. 251 del 26 aprile 1934 e come poi realizzato dalle contemporanee istituzioni di numerosi enti, la maggior parte dei quali fu poi soppressa o sciolta ed oggi non è più attiva: l’Istituto nazionale per l’assistenza di malattie ai lavoratori (Inam) fondato nel 1936, l’Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps) nato nel 1933, l’Istituto nazionale per l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) creato nel 1933, l’Ente opere assistenziali (Eoa) avviato nel 1931, gli Enti comunali di assistenza (Eca) che dal 1937 sostituirono le preesistenti Congregazioni di carità, l’Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (Enpas) istituito nel 1942, l’Istituto nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti degli enti locali (Inadel) del 1925, l’Opera nazionale maternità e infanzia (Onmi) anch’essa del 1925, l’Opera nazionale invalidi di guerra (Onig) esistente dal 1917⁴³.

Il forte slancio dato dalle politiche di regime agli interventi socio-assistenziali è da leggersi nell’ottica di una ben precisa idea, tutta fascista, di nazione, di una nazione che “non abbia soltanto una funzione legislativa ma anche operante nel campo dell’igiene e della salute pubblica, quindi una missione morale e nazionale della quale deve farsi carico il governo con lo scopo di migliorare la razza fisicamente, moralmente, tecnicamente, economicamente e militarmente”⁴⁴. A prescindere dalla chiara natura propagandistica che conformò gli enti di assistenza mutualistica, quel che è certo è che essi rappresentarono il primo segnale di crisi

⁴² L. Pellegrino, *Storia della sanità*, cit., p. 164.

⁴³ A tal proposito cfr. L. Pellegrino, *Storia della sanità*, cit., pp. 164-165.

⁴⁴ Ivi, p. 211.

delle condotte mediche⁴⁵: l'aumentare degli iscritti alle varie "casce" dei tanti enti era inversamente proporzionale alla diminuzione della quantità degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita assicurata dai comuni attraverso il meccanismo della condotta.

1.5. La fine della condotta: le Leggi n. 132/1968 e n. 833/1978

I decenni successivi alla seconda guerra mondiale videro il medico condotto notevolmente ridimensionato nei suoi compiti e nel suo campo d'azione, in virtù del diffuso e crescente benessere sociale ed economico che ridusse progressivamente il numero degli individui con minime disponibilità di mezzi, diretti destinatari della condotta medica. Alla base del defilarsi della condotta medica dal nuovo scenario della cura ci fu anche un'altra ragione, ossia l'aumentato livello di specializzazione che caratterizzava l'assistenza sanitaria nazionale del dopoguerra: "La benemerita istituzione del medico condotto diviene insufficiente a far fronte alle accresciute esigenze di salute di classi che non appartengono più ai 'poveri', ma che non sono peraltro in grado di affrontare le spese richieste da un ricorso maggiore alle cure del medico, divenute più complesse e costose"⁴⁶.

È pur vero, però, che nel 1951 il 7,7% degli italiani faceva riferimento ancora alla medicina condotta⁴⁷, e questo era la dimostrazione delle difficili condizioni

⁴⁵ Giorgio Cosmacini nel capitolo "La medicina sommersa: in famiglia e in condotta" (in G. Cosmacini, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla II guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1989, pp. 290-319) fa il punto sullo stato di salute delle condotte mediche nell'Italia con Mussolini al potere: il dibattito sulla vitalità della condotta sulle pagine di "Forze sanitarie", organo ufficiale del Sindacato nazionale fascista dei medici e degli ordini dei medici; le urgenti questioni "pratiche" legate all'adeguamento degli stipendi, alla definizione dell'età pensionabile, al sempre più pressante entrare della burocrazia nella pratica medica, sempre al centro degli articoli della rivista del Partito nazionale fascista "Milizia sanitaria. Il medico condotto"; gli stralci di discorsi istituzionali tenuti in occasioni particolari, come per raduni sindacali o per l'inaugurazione di anni accademici di percorsi di formazione connessi alla medicina e alla sanità.

⁴⁶ V. Cagli, *La medicina: una "malata" difficile. I problemi della sanità e le soluzioni possibili*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2003, p. 31.

⁴⁷ Venti anni prima la percentuale era del 10,8% (S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli Editore, Roma 2004, p. 107).

economiche in cui versava la popolazione nel dopoguerra e, allo stesso tempo, di una copertura parziale ad opera delle casse mutualistiche.

D'altra parte la stessa Costituzione della giovanissima Repubblica Italiana, promulgata nel 1948, all'art. 32 afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"⁴⁸: diventava pertinenza dunque dello Stato assicurare cure e assistenze sanitarie a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni economiche e sociali e dall'eventuale appartenenza ad una determinata cassa o ente previdenziale e a questa nuova incombenza faceva eco, seppure un po' tardiva, l'istituzione nel 1958 del Ministero della Sanità⁴⁹.

La Legge n. 132 del 12 febbraio 1968, nota come Riforma Mariotti, fu originata dunque nella nuova prospettiva di una salute pienamente a carico dello Stato. Suddivisa in otto Titoli e nel complesso 71 articoli, la Legge ebbe per titolo ed oggetto "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" e sancì formalmente l'istituzione degli Enti ospedalieri. L'art. 2 così prescrive:

Sono enti ospedalieri gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi.

Essi prestano le cure mediche, chirurgiche generali e specialistiche; partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario.

Gli enti ospedalieri [...] hanno l'obbligo di ricoverare senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati.⁵⁰

⁴⁸ Costituzione della Repubblica Italiana, Tipografia del Senato, Roma 2009, p. 19.

⁴⁹ Cfr. M. Soresina, *La tutela della salute nell'Italia unita (1860-1980)*, in: "Storia della società italiana. La struttura e le classi nell'Italia unita", vol. XVII, Sandro Teti Editore, Milano 1987, pp. 149 e ss.

⁵⁰ La legge fu pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 68 del 12 marzo 1968.

La Legge decretò contestualmente anche la cessazione delle Opere Pie, che fino a quel momento avevano svolto, per determinate categorie di cittadini e con una evidente matrice religiosa, funzioni assimilabili a quelle degli odierni ospedali. “Si conclude, a questo punto – è il commento di Pellegrino alle novità portate dalla Legge n. 132 del 1968 – quel processo di laicizzazione dell’assistenza agli infermi che, con più tappe, va avanti da diversi secoli. L’ospedale si trasforma da Opera Pia gestita con la beneficenza e le donazioni dei cittadini, in struttura di pubblica assistenza sorretta da finanziamenti programmati. La cura delle malattie da atto caritativo diventa diritto del cittadino e dovere dello Stato moderno”⁵¹. Ai nuovi ospedali era affidato il compito non solo di fare da “contenitore” per i ricoveri, ma anche di gestire le innumerevoli situazioni intermedie per risolvere le quali erano sufficienti approfondimenti diagnostici eseguibili in un breve lasso di tempo (con un regime che oggi definiremmo di *day hospital*): “accadde così che da un lato gli ospedali cominciarono ad aprirsi ai pazienti non ricoverati, e che, dall’altro lato, si crearono laboratori, poliambulatori, centri in cui molti esami (di laboratorio, di immagine, strumentali ecc.) potevano essere eseguiti”⁵².

Nel corpo della legge n. 132 del 1968 non compariva alcuna menzione esplicita alla condotta medica, ma con tutta evidenza si era innescato un processo di riforma e di ripensamento delle politiche sanitarie che sembrava difficile da arrestare e che pareva non avere possibilità di conciliazione con l’affidamento, tutto ottocentesco, di questioni connesse alla cura e alla salute alle amministrazioni comunali per mezzo del medico condotto.

A proposito di medico condotto, furono questi anche gli anni di rafforzamento delle attività dell’associazionismo sindacale legato alla condotta e, più in generale, alla medicina del territorio, per usare un termine che entrava sempre più nell’uso: più che mai, in un periodo di novità, riforme e ridefinizione degli ambiti d’azione, i medici condotti necessitavano di “fare corpo” tra loro per difendere i diritti e il campo d’azione della propria categoria.

⁵¹ L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 266.

⁵² V. Cagli, *Op. cit.*, p. 32.

L'Associazione Nazionale Medici Condotti si era formata nel 1902 ed in essa era transitata la preesistente Associazione Nazionale Medici Comunali, fondata dal 1874⁵³. Gli obiettivi dell'Associazione si compendiarono “nella conquista di un ‘minimo decoroso di stipendio’, di un periodo di vacanza annuale e della supplenza a carico del comune in caso di malattia, nonché nella formazione di capitoli unici provinciali, nella riforma della Cassa pensioni, e più in generale nella tutela degli interessi, della ‘dignità personale’ e della ‘educazione scientifica’ dei soci”⁵⁴. L'attività congressistica dell'Associazione si intensificò nel dopoguerra, in parallelo con il crescente bisogno di programmazioni e rivendicazioni dell'esercizio di una professione che, se da un lato sembrava aver risolto i precedenti problemi di accreditamento e riconoscimento del proprio statuto anche all'interno del panorama professionale della medicina, dall'altro percepiva di essere prossima a nuovi capovolgimenti legislativi che ne avrebbero mutato la natura e il significato. L'Associazione Nazionale dei Medici Condotti mantenne tale denominazione fino al sessantesimo Congresso Nazionale di Ostuni, che ebbe luogo nel settembre 1976, quando l'associazione cambiò nome e ragione sociale dando vita al Sindacato dei medici del territorio, tuttora esistente.

Sul finire degli anni Settanta, una nuova legge di riforma sanitaria, la n. 833 del 23 dicembre 1978, fondò il Servizio Sanitario Nazionale, che così venne descritto all'art. 1:

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza

⁵³ Il primo congresso nazionale dell'Associazione ebbe luogo nel settembre 1874 a Forlì. Vi presero parte circa 600 medici, dal totale dei 1500 che, in quegli anni di grande fermento politico e sindacale, avevano aderito all'Associazione, il cui primo presidente fu Luigi Casati. Organo di stampa dell'Associazione Nazionale dei Medici Comunali fu la rivista “Il medico condotto. La condotta medica”, che mantenne lo stesso nome anche quando l'Associazione mutò il suo nel 1902, e solo nel 1976 venne semplificato in “Il medico condotto” per decisione di Pasquale Trecca, allora presidente dell'Associazione (I. Farnetani, *Pasquale Trecca (1924-2006), il traghettatore dalla condotta medica alla medicina del territorio*, in: “Biografie mediche. Rivista del Centro per lo studio e la promozione delle professioni mediche”, 7, 2017, p. 14).

⁵⁴ T. Detti, *Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra '800 e '900*, in “Movimento operaio e socialista”, 1979, 1, p. 33. Il riferimento è riportato da Alberto Mario Banti a proposito del nascere di associazioni e ordini professionali nell'Italia degli inizi del XX secolo (A. M. Banti, *Storia della borghesia italiana. L'età liberale*, Donzelli Editore, Roma 1996, p. 302).

distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.⁵⁵

La Legge sancì anche la nascita delle Unità Sanitarie Locali, che comprendevano più comuni e che, sempre di concerto con le direttive di emanazione statale, diventavano il punto di riferimento delle esigenze di cura e prevenzione dei singoli cittadini. Una figura professionale di inedita descrizione è quella del “medico di fiducia”, da intendersi come medico di famiglia, ossia l'attuale medico di medicina generale, le cui prestazioni sono così elencate all'art. 25, dove si parla in generale di prestazioni curative:

Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica. Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare. L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino. La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente. Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento, a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.⁵⁶

Al medico generico della Legge n. 833 sembra essere rimasto ben poco degli attributi che avevano connotato il medico condotto e il medico di famiglia nei

⁵⁵ La Legge, organizzata in 3 titoli e 83 articoli, ebbe pubblicazione nella Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana n. 360 del 28 dicembre 1978.

⁵⁶ *Ibidem.*

decenni precedenti: il medico “curante”, il medico cioè che curava e che si prendeva cura del paziente che ha in carico, uomo di scienza e di coscienza, cui si confidava tutto come ad un confessore, il medico che era “di famiglia” di nome e di fatto, un medico amico, di casa, lasciava il posto ad un medico “neutrale”, che “applicava al malato con precisione scientifica e perizia tecnica il farmaco – o l’intervento chirurgico – risolutore”⁵⁷. La stagione d’ora della farmacologia, avviata sul finire dell’Ottocento e proseguita per tutto il corso del Novecento, aveva debellato la quasi totalità delle malattie che avevano minato la salute dell’umanità per secoli e, di pari passo con un’efficace strategia di risanamento igienico della società, aveva dimostrato che la medicina può tutto e risolve tutto.

Quanto spazio d’azione restava al medico condotto, in uno scenario così notevolmente mutato? Ben poco, e la legislazione in materia non tardò a darne la conferma. Scrive Monica Simeoni a tal proposito:

La figura del medico condotto era funzionale ad un tipo di società di solidarietà meccanica nella quale la burocratizzazione della funzione medica ancora non si era completamente sviluppata, le istituzioni mediche non avevano raggiunto la loro massima complessità. [...] Con la nuova legge del 1978, l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la situazione cambia, il medico condotto diventa medico di famiglia, ma con modalità e ruoli differenti nel contesto spaziale del territorio. Non è più l’unico referente della condotta assegnatagli, ha un orario stabilito. In sua assenza c’è l’ospedale o la guardia medica, altre istituzioni entrano in campo.⁵⁸

I provvedimenti legislativi di riforma sanitaria approvati negli anni Sessanta e Settanta, pur non facendo diretto ed esplicito riferimento alla condotta medica, rappresentarono dunque gli ultimi atti di vita istituzionale e sociale del medico condotto, che di fatto, all’indomani del sollevamento dei Comuni dal primario compito di gestione dell’assistenza sanitaria alla popolazione, non ebbe più ragione di esistere.

⁵⁷ L’aggettivo “neutrale” è usato da Giorgio Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, pp. 140-141.

⁵⁸ M. Simeoni, *Op. cit.*, p. 109.

1.6. Medici, pazienti ed istituzioni sanitarie nella provincia di Foggia: un quadro storico

Nell'ampio scenario dell'evolversi storico delle istituzioni e degli interventi legislativi in tema di sanità nella penisola italiana, considerata prima nel suo essere un insieme di Stati separati fino all'Unità e poi nel complesso impegno di assestamento e di definizione della giovane nazione unificata, in tale ampio scenario non è fuori luogo un *focus* specifico sulla situazione di un singolo contesto territoriale, quello della provincia di Foggia.

Parte del Regno delle Due Sicilie fino al 1861, l'area può esser presa ad esempio dell'assetto – sociale, economico, culturale – che caratterizzava un contesto di provincia dell'esteso territorio governato dai Borbone, nei diversi momenti che ne hanno caratterizzato la storia. Una realtà, quella della Capitanata – per usare il nome che da sempre accompagna ed identifica il territorio di pertinenza della città di Foggia – dai tratti geografici netti e ben connotati⁵⁹, a causa della particolare collocazione a nord di quella che è l'attuale regione Puglia, grazie alla peculiare sagoma dai confini vagamente circolari, con il massiccio promontorio montuoso del Gargano proteso sul mare Adriatico a darle una conformazione semipeninsulare, e in virtù dell'orografia della zona caratterizzata da una “corona” esterna di monti le cui cime più alte si attestano poco sopra i mille metri (a est il Gargano e ad ovest la zona montano-collinare del Subappennino Dauno settentrionale e meridionale) a cingere la vasta piana del Tavoliere, al cui centro si colloca Foggia, la città capoluogo. Delimitata dalle province di

⁵⁹ Un dettagliato quadro territoriale e demografico del presente della provincia di Foggia, con particolare attenzione allo stato di salute degli abitanti dell'area è in F. Palma, “Stato di salute della popolazione e programmazione sociosanitaria nella ASL FG”, in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 261-286. Per quel che riguarda la storia della medicina e della sanità nel contesto locale della provincia di Foggia, si faccia riferimento in particolare a: S. Russo, L. D'Antone, *Malattia, territorio e medicina in Capitanata tra Settecento e Novecento*, in P. Frascani, *Op. cit.*, pp. 213-248. Ampia è poi la bibliografia sulla storia generale di Foggia e della Capitanata, nell'ambito della quale a mero titolo esemplificativo si cita: A. Ventura, *Re, mercanti, braccianti. Foggia dai Normanni alle lotte contadine*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2004.

Campobasso (Molise), Benevento e Avellino (Campania), Potenza (Basilicata) e Barletta-Andria-Trani (Puglia), la provincia di Foggia ricopre un territorio la cui superficie è di pochissimo superiore ai 7.000 kmq; l'area comprende ad oggi 61 comuni, presenta uno sviluppo costiero piuttosto esteso e annovera al suo interno l'arcipelago delle Tremiti, due grandi laghi di tipo costiero-lagunare, Varano e Lesina, gli invasi artificiali di Occhito e Capacciotti e corsi d'acqua di bassa portata, tra i quali spiccano i fiumi Fortore e Ofanto. Nel 2016 il numero di abitanti della provincia era di 628.556, con una densità abitativa di 89,7 abitanti/kmq, 242.829 nuclei familiari censiti ed una età media degli abitanti di 42,9 anni⁶⁰.

Gli studi sulla storia della sanità della Capitanata si inquadrano nel più ampio scenario delle ricerche dedicate ai cambiamenti occorsi alla medicina e alla salute nei territori del Mezzogiorno d'Italia⁶¹ e sono riconducibili all'attività delle diramazioni locali delle associazioni nazionali o regionali di settore, come la Società italiana di storia della medicina, l'Accademia nazionale di arte sanitaria, la Società di storia patria per la Puglia. Il tema è stato anche al centro di quattro convegni storico-sanitari, appunto, tutti ospitati dall'Ordine dei Medici di Foggia, il primo dei quali ha avuto luogo nel 2009, il secondo nel 2011, il terzo nel 2014 e il quarto nel 2015⁶². Fonte privilegiata di notizie sono anche la stampa specializzata edita nella provincia, come è il caso della "Gazzetta Sanitaria della Daunia", organo di stampa dell'Ordine dei Medici di Foggia, o del più datato "La

⁶⁰ I dati demografici si riferiscono al 31 dicembre 2016 e sono estratti dal portale online di mappe, analisi e statistiche demografiche a cura di UrbiStat [URL: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/dati-sintesi/foggia/71/3> - consultato in data 30/09/2018].

⁶¹ A tale proposito, si veda l'ampio affresco storico dipinto in P. Frascani (a cura di), *Sanità e società. Abruzzi, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria. Secoli XVII-XX*, Casamassima Edizioni, Udine 1990.

⁶² Nel dettaglio, si dà notizia dei quattro convegni sulla storia della sanità in Capitanata, che hanno avuto tutti luogo presso l'auditorium dell'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Foggia, accompagnati dai relativi dati bibliografici della pubblicazione degli atti: "La sanità in Capitanata dal '700 ai giorni nostri", 16 maggio 2009 (L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata*, cit.); "Recenti ricerche sulla storia della sanità in Capitanata", 16 dicembre 2011 (L. Pellegrino (a cura di), *Recenti ricerche sulla storia della sanità in Capitanata*, Sentieri Meridiani Edizioni, Foggia 2013); "Evoluzione delle malattie e dell'organizzazione sanitaria in Capitanata attraverso i secoli", 14 novembre 2013 (L. Pellegrino (a cura di), *Evoluzione delle malattie e dell'organizzazione sanitaria in Capitanata attraverso i secoli*, Sentieri Meridiani Edizioni, Foggia 2014); "Sanità e territorio nel Mezzogiorno d'Italia nel XIX secolo. Spunti di riflessione", 29-30 maggio 2015 (atti non ancora pubblicati).

voce sanitaria”⁶³. Un riferimento bibliografico di rilevante interesse è, inoltre, la produzione scientifica a cura di Lorenzo Pellegrino, che ha affiancato alla professione medica una copiosa attività di ricerca storica a carattere locale⁶⁴.

La pratica della condotta medica indirizzata ai cittadini più poveri trovò diffusione in Capitanata già nel corso del Settecento, con i comuni che stipendiavano a tale scopo uno o più medici e chirurghi⁶⁵, una ostetrica e in molti casi anche uno “speciale”, ovvero un farmacista per la preparazione dei medicinali. A confortare i medici, c’erano già dai secoli precedenti alcuni istituti a carattere benefico ubicati nei centri abitati di più importanti dimensioni⁶⁶, gestiti per lo più da confraternite o ordini religiosi, che si accollavano le spese di mantenimento e quelle relative alla concreta assistenza agli infermi indigenti, a fronte invece di una

⁶³ Per quel che riguarda la “Gazzetta sanitaria”, l’attuale denominazione della rivista ha sostituito nel 1973 la precedente “Gazzetta sanitaria dauno-lucana”, stampata dal 1949, che a sua volta aveva accolto il preesistente Bollettino dell’Ordine dei Medici della provincia di Foggia, il cui primo numero vide la luce il 15 ottobre 1948. “Le Voce sanitaria” era invece l’organo ufficiale di stampa dell’Ordine negli anni Venti del Novecento. Queste ed altre informazioni inerenti la stampa a tema medico-sanitario pubblicata in Capitanata, nonché un ordinato repertorio bibliografico di fonti archivistiche è in: M. Ferri, “Le fonti bibliografiche per la storia della Sanità in Capitanata”, in L. Pellegrino, *Medicina e istituzioni sanitarie in Capitanata*, cit., pp. 29-87.

⁶⁴ Cardiologo oggi in pensione, primario dal 1980 presso l’ospedale San Camillo De Lellis di Manfredonia e dal 2008 Direttore del Dipartimento di Cardiologia della Azienda Sanitaria Locale provinciale di Foggia, Pellegrino è autore di 135 pubblicazioni scientifiche, articoli e comunicazioni in riviste, congressi nazionali (quelli storico-sanitari a Foggia di cui si è detto sopra nacquero su idea e dietro organizzazione di Pellegrino) ed internazionali, che dimostrano il forte interesse dello studioso oltre che per la clinica, anche per la storia medico-sanitaria della Capitanata e, più in generale, del Mezzogiorno d’Italia. Le ricerche di Pellegrino costituiscono la fonte privilegiata cui si è attinto per la stesura del presente paragrafo, che espone una raccolta di notizie inerenti l’evoluzione storica della sanità di Capitanata. In particolare, si è fatto riferimento a: L. Pellegrino, *Storia della Sanità in Capitanata*, cit.; L. Pellegrino, *La sanità pubblica a Manfredonia. Le condotte e l’ufficiale sanitario*, in “Archivio Storico Pugliese”, LXIX, 2016, pp. 277-289.

⁶⁵ Lo stipendio annuale di medico e chirurgo era, tra fine Settecento e inizio Ottocento, all’incirca di 100 ducati (cfr. L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 45). L’utilizzo della congiunzione copulativa “e” tra i due termini “medico” e “chirurgo” non è casuale: le due professioni furono tenute sempre distinte e nettamente separate fino alla fine del Settecento, quando il compito di operare manualmente su corpi vivi cominciò ad essere trasferito dai “cerusici” e dai barbieri, che lo avevano avuto in carico fino ad allora, a coloro che avevano studiato per diventare medico, creando i presupposti per il moderno connubio tra conoscenza teorica, dotta ed erudita, dell’anatomia umana e capacità pratica di intervenire (si veda il paragrafo “La gestazione del medico moderno” in: G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 220-237; inoltre, il capitolo “Dal ‘dottor fisico’, ‘barbiere’, ‘chirurgo’ al ‘medico-chirurgo’”, in: L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., pp. 53-69).

⁶⁶ Per fare qualche esempio e qualche nome, nella città di San Severo già nel Cinquecento si registravano gli ospedali di Santa Maria della Pietà, di Sant’Onofrio e di Santa Sofia Vidua; a Lucera vi era più di un ospedale, dedicato ciascuno all’accoglienza e alla cura di una specifica categoria sociale o clinica di pazienti: i lebbrosi, le meretrici, le donne; infine, il caso di Foggia, il cui ospedale fino a tutto l’Ottocento fu gestito dai frati Fatebenefratelli dell’ordine religioso di San Giovanni di Dio (L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., pp. 40-45).

gestione domiciliare delle malattie e dei malati in migliori condizioni economiche⁶⁷.

La breve parentesi del governo napoleonico nel sud Italia vide l'avvio di un processo di "statalizzazione" della gestione sanitaria⁶⁸, con l'istituzione nel 1808 del Consiglio di Sanità a livello centrale e, in ogni provincia, il Consiglio generale degli Ospizi, cui si affiancò in ciascun comune la Commissione amministrativa, strutture che restarono in piedi anche quando qualche anno dopo, i Borbone risalirono sul trono del Regno.

All'indomani del Congresso di Vienna, i decenni che precedettero l'unità d'Italia furono caratterizzati anche in Capitanata, come nel resto del Regno delle Due Sicilie, da ridefinizioni normative e rinnovamenti organizzativi: l'emanazione di specifici regolamenti comunali per l'igiene in diverse città di Capitanata, l'insediamento nel 1811 del comitato provinciale di Foggia per la profilassi antivaloiosa, nel 1819 l'attribuzione della gestione amministrativa di "tutto il servizio sanitario" alla figura dell'"intendente"⁶⁹, nel 1822 l'istituzione di un vice-protomedico in supporto al protomedicato generale per controllare l'operato di medici, levatrici, salassatori e farmacisti, nel 1833 la firma di due importanti provvedimenti relativi alla possibilità di ricoverare presso l'Ospedale degli Incurabili di Napoli i malati più gravi e alla somministrazione gratuita di farmaci ai poveri a spese del comune di appartenenza⁷⁰.

⁶⁷ "Le cure istituzionali in posti come gli ospedali erano riservate principalmente a coloro che non avevano né mezzi finanziari né famiglia, o amici, o domestici che potessero assisterli; oppure agli ammalati che, dopo aver provato tutto, speravano di trovare altrove qualche aiuto" (S. J. Reiser, *La medicina e il regno della tecnologia*, trad. it. Paola Manacorda, Feltrinelli, Milano 1983, p. 12). Anche Giorgio Cosmacini fa riferimento ad una pratica medica che si svolgeva per i malati di ceti sociali medio-alti "prevalentemente in casa, sia del paziente che del medico" (G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 220), riservando l'ospedalizzazione ai casi in disperato bisogno di assistenza sociale e non solo sanitaria.

⁶⁸ L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 76. A p. 85 Pellegrino riporta anche il conteggio degli esercenti l'arte sanitaria nella provincia nel 1809 (140 medici, 54 chirurghi, 81 speciali, 64 salassatori, 58 levatrici), come desunto da documentazione d'archivio (Archivio di Stato di Foggia, Intendenza e Governo di Capitanata, Atti, busta 1665, Stato degli esercenti l'arte sanitaria nella provincia di Capitanata).

⁶⁹ L'intendente era nella provincia il massimo rappresentante dell'amministrazione statale. I suoi compiti erano regolamentati dalla Legge organica del 20 ottobre 1819, nel cui articolo 2 si faceva riferimento alla gestione del servizio sanitario (cfr. M. C. Nardella, "Le fonti archivistiche", in L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e istituzioni sanitarie in Capitanata*, cit. p. 16).

⁷⁰ Per ulteriori informazioni su questi e su altri aspetti relativi agli anni della Restaurazione borbonica, si veda G. Botti, *Op. cit.*; G. Dibenedetto, "Igiene e sanità nella prima metà dell'Ottocento in Capitanata", in: *Atti 50° Convegno Preistoria-Protostoria-Storia della Daunia*, San Severo 9/12 dicembre

Apposite norme di emanazione comunale sopravvennero per rendere il più efficace ed efficiente possibile l'assistenza sanitaria ai poveri mediante il meccanismo delle condotte. Pellegrino riporta a tal proposito il testo di un avviso, datato 1 dicembre 1841, diramato a Manfredonia dal Sindaco per regolamentare l'operato dei due "professori condottati del Pubblico" in servizio presso la cittadina, i dottori Giuseppe Guerra e Michele Piccoli, che avevano l'obbligo di "accorrere ad ogni chiamata che gli venisse di povero infermo abitante"⁷¹. Dopo aver definito con precisione i quartieri di pertinenza di ciascuno dei due medici, con l'indicazione delle strade che fanno da demarcazione, l'avviso tiene a ribadire che "Ciò però non deroga all'obbligo vicendevole dei due prelodati professori, di prestarsi l'un per l'altro quando il bisogno il richiedesse per caso di malattia, o di assenza, in modo che il pubblico non ne risenta la menoma mancanza. Ciò manifestandosi al pubblico, potrà, chi ne à il bisogno indirizzarsi ai due sullodati Professori, onde prestino la loro Medica assistenza"⁷².

L'avverarsi dell'unità nazionale mise all'ordine del giorno il problema di una uniformazione legislativa dell'ordinamento amministrativo dei vecchi stati. Come già fatto notare nei precedenti paragrafi, a collegare tra loro i diversi atti normativi relativi alla sanità e all'igiene della nuova nazione fu la volontà di trasferire le questioni relative all'igiene e alla sanità dal benefico ed umanitario territorio delle pie congregazioni di carità al contesto, tutto pubblico, di uno Stato che lavora concretamente per il benessere materiale e sociale della comunità, e la manifestazione più rapida di tale inedito impegno fu una più capillare diffusione delle condotte mediche sul territorio nazionale, e dunque anche in Capitanata⁷³. In

1983, pp. 313-351; il capitolo "Nella Restaurazione borbonica" in L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., pp. 103-134. E guardando alla storia della medicina in Capitanata, non si può omettere di ricordare l'importante figura di Vincenzo Lanza, nato a Foggia nel 1784 e morto a Napoli nel 1860, medico, docente di medicina pratica presso l'università di Napoli, deputato al parlamento del Regno delle due Sicilie, autore di numerose pubblicazioni che testimoniano l'importanza da lui assegnata alla semeiotica, la necessità di un'osservazione attenta e meticolosa del malato e dei sintomi (la cosiddetta "nosologia positiva", dal titolo di uno dei suoi scritti pubblicato a Napoli nel 1841), ai fini di una corretta diagnosi. Su Vincenzo Lanza, si veda L. Dibattista, "Vincenzo Lanza, l'ultimo degli antichi e il primo dei moderni", in F. P. de Ceglia (a cura di), *Scienziati di Puglia*, Adda Editore, Bari 2007, pp. 224-226.

⁷¹ L'avviso (Archivio Storico di Manfredonia, sezione I, categoria IV, classe 1, busta 1) è riportato in L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 111.

⁷² Ivi, p. 112.

⁷³ Si veda, per un censimento sull'intero territorio nazionale, E. Raseri, "Le condotte mediche in Italia", in: *Annali di statistica italiana*, serie 3a, volume I, 1882. Per quel che riguarda la Capitanata, un

un'ottica di ottimizzazione delle spese, un uso comune a molti centri urbani della provincia fu quello di avvalersi di una possibilità prevista dalla legge n. 5849 del 1888, che consentiva di affidare il ruolo di ufficiale sanitario allo stesso medico condotto, senza prevedere due figure professionali (e due contratti) distinti e separati: per diversi comuni e consorzi di Capitanata, dunque, il medico condotto dalla fine dell'Ottocento in poi ricoprì anche il ruolo e gli uffici dell'ufficiale sanitario⁷⁴. E a proposito di possibilità ammesse dalla normativa nazionale e di "risposte" fornite dai regolamenti locali, è utile ricordare che il Regio Decreto n. 2889 del 30 dicembre 1923⁷⁵ all'articolo 4 permetteva ai medici condotti di esercitare anche la libera professione con famiglie abbienti secondo tariffe concordate e che tali tariffe vennero appunto stabilite dal Consiglio dell'Ordine dei Medici foggiano e diramate tramite circolare prefettizia⁷⁶, così come segue:

visita medica lire 5, prima ed unica visita medica 10, visita medica di urgenza, ovvero ad ora fissa 20, piccolo intervento chirurgico (apertura di ascesso, cateterismo, iniezione endovenosa e simili) 50, intervento ostetrico (rivolgimento, applicazione di forcipe, estrazione manuale di placenta, ecc.) 250, medicatura chirurgica, iniezione di siero 10, iniezione ipodermica non accompagnata da visite 5, certificato medico oltre alla visita 5, relazione scritta 10, consultorio ordinario 5. Per le operazioni speciali di alta chirurgia i compensi debbono convenirsi tra le parti. I compensi sono raddoppiati per le prestazioni nelle ore notturne.⁷⁷

dato numerico è riportato dal prefetto di Foggia Giacinto Scelsi nella pubblicazione di una indagine condotta nel 1866 (G. Scelsi, *Statistica generale della provincia di Capitanata*, Tipografia Giuseppe Bernardoni, Milano 1867) e vede un medico condotto ogni 2.844 abitanti (la situazione migliore è a Stornarella, dove c'è un medico ogni 451 abitanti, e quella peggiore a Cerignola, dove gli abitanti per medico sono 3.606), con una proporzione che viene considerata dal prefetto nel complesso positiva.

⁷⁴ Cfr. L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 163.

⁷⁵ Il Decreto, intitolato "Riforma degli ordinamenti sanitari" (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 12 del 15 gennaio 1924) andava ad emendare alcuni articoli del Testo unico delle leggi sanitarie allora in vigore, ovvero quello approvato con Regio Decreto n. 636 il 1 agosto 1907, di cui già si è detto. L'articolo 4 stabilisce che, dopo il primo comma dell'art. 3 del Testo unico del 1907, vadano aggiunti i seguenti commi: "È fatto divieto ai comuni di istituire condotte sanitarie per la generalità degli abitanti."; "I sanitari condotti hanno, tuttavia, l'obbligo di prestare, se richiesti, la loro opera anche ai non aventi diritto all'assistenza gratuita, in base alle speciali tariffe, che saranno all'uopo stabilite dai consigli degli ordini dei sanitari ed approvate dal prefetto".

⁷⁶ La circolare è conservata in: Archivio Storico di Manfredonia, sezione II, categoria IV, classe 1, busta 5, Circolare prefettizia n. 3441 del 29 agosto 1924.

⁷⁷ Il brano è riportato in L. Pellegrino, *La sanità pubblica a Manfredonia*, cit., pp. 289-290.

Di seguito si riportano, ad esempio di quali dovessero essere i diritti e i doveri di un medico condotto tra fine Ottocento ed inizio Novecento, alcuni stralci del “Capitolato pel servizio medico-chirurgico-ostetrico” deliberato nel 1903 da un Consiglio di uno dei comuni della provincia.

Art. 7. Nell’assistenza e cura sanitaria sono comprese malattie epidemiche contagiose, e di ogni altra indole, le operazioni chirurgiche, le medicature e fasciature, le visite necroscopiche, le attestazioni attinenti al servizio sanitario, nonché le vaccinazioni. [...]

Art. 9. L’abituale residenza del medico condotto è nella propria casa d’abitazione e nel palazzo comunale. Ivi saranno fatte le richieste di lui.

In qualsiasi luogo però il medico condotto si trovi può essere richiesto per somministrare le cure professionali e le richieste s’intendono in tal maniera, pure legalmente fatte.

Art. 10. Oltre ai doveri della cura sanitaria, compete altresì al medico condotto l’obbligo di esaminare le medele che si somministrano ai poveri, affine di osservare la qualità e la quantità. [...]

Art. 11. Ogni medico condotto scriverà al sindaco per mezzo dell’Ufficiale Sanitario una sommaria relazione mensile sul numero degl’infermi curati, sulle visite fatte a ciascun infermo e sulle malattie che si ritengono maggiormente generalizzate e sui provvedimenti necessari per le drogherie per le farmacie per la nettezza per l’isolamento nonché su tutto ciò che nell’interesse della sanità pubblica possa reclamare speciali e straordinari provvedimenti.⁷⁸

⁷⁸ Il brano, relativo al comune di Manfredonia, è tratto dal seguente documento: Archivio Storico di Manfredonia, sezione I, categoria IV, classe 1, busta 5, Capitolato per servizio medico-chirurgico-ostetrico deliberato dal Consiglio Comunale con atto del 27 marzo 1903 (citato in L. Pellegrino, *La sanità pubblica a Manfredonia*, cit., p. 286). La suddetta pubblicazione di Pellegrino dedicata alle condotte mediche di Manfredonia è un dettagliato resoconto di nomi, vicende e documenti relativi a medici, levatrici e farmacisti operanti nella città e nelle zone limitrofe, come è il caso di Zapponeta e della frazione di Montagna, dai primi dell’Ottocento sino alla soppressione sul finire del secolo successivo. All’interno del saggio, l’autore tra l’altro tiene a sottolineare l’assenza di studi sull’evoluzione dello statuto della condotta medica in Capitanata: in particolare “mancano del tutto ricerche e pubblicazioni su come [i medici condotti] abbiano operato nelle singole comunità, sulle modalità organizzative, sul ruolo avuto nel risolvere esigenze fondamentali dei cittadini” (Ivi, p. 298) ed auspica che il suo lavoro dedicato a Manfredonia, una delle città più popolose della provincia di Foggia, possa essere da stimolo ad ulteriori approfondimenti incentrati su altri centri abitati.

I primi anni del Novecento videro la Capitanata impegnata nella lotta contro due mali piuttosto diffusi nella zona⁷⁹, la malaria – contro di essa molto faranno le operazioni di bonifica delle paludi sipontine, oltre alla somministrazione gratuita ai poveri del chinino – e la pellagra.

Per quel che riguarda le infrastrutture ospedaliere, la provincia di Foggia assisteva a dinamiche simili ad altre province d'Italia, in particolar modo nel Meridione: durante il ventennio fascista, fa notare Pellegrino, “si avviano progetti per la costruzione di nuovi ospedali, secondo i più moderni canoni dell'edilizia ospedaliera e secondo i nuovi principi che la scienza medica va mettendo a disposizione. Tuttavia, nessuno di essi va a compimento e si ripiega su vecchie strutture ecclesiastiche riattate. La presenza dello Stato si concretizza soltanto nella seconda metà del Novecento”⁸⁰ ed un esempio è nel capoluogo l'ospedale civile degli uomini – intitolato a San Giovanni di Dio dal nome della chiesa cui da secoli era strutturalmente collegato e che dal 1928 avrebbe accolto anche le donne del preesistente ospedale “Vittorio Emanuele II” cambiando denominazione in “Ospedali Riuniti”⁸¹ – e dal 1936 il nuovo ospedale di Maternità, avviato nei locali attigui di un altro ex convento, quello di Sant'Agostino⁸².

L'albo che elenca i nomi degli iscritti all'Ordine dei Medici della provincia di Foggia nel 1934 contava 350 medici-chirurghi: era ormai definitivamente scomparsa l'alternativa professionale tra medico “e” chirurgo, a seguito anche di decreti regi e regolamenti universitari che sancirono l'esistenza della facoltà di Medicina e Chirurgia, che conferivano ai laureati la duplice qualifica professionale di medico-chirurgo. Dei 350 medici iscritti all'Ordine, “211 sono liberi esercenti, 78 condotti, 39 ufficiali sanitari ed i restanti pochi ospedalieri. Gli specialisti sono 18 dei quali 1 in medicina interna, 2 in chirurgia generale, 5 in ostetrica, 4 in oculistica, 4 in pediatria, 1 in odontoiatria, 1 in ostetricia e ginecologia. Le sedi di

⁷⁹ N. D. Brunetti, “La sanità in Capitanata durante il fascismo”, in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e istituzioni sanitarie in Capitanata*, cit., pp. 229-237.

⁸⁰ L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 169.

⁸¹ R. M. Pasquandrea, *I Riuniti di Foggia*, in “Gazzetta Sanitaria della Daunia”, vol. 44 (1994), n. 1, pp. 58-69.

⁸² G. Rinaldi, *La vecchia maternità di Foggia: ricordi e ricerche*, Arti Grafiche Grilli, Foggia 2018.

laurea più frequenti sono Napoli in 281, Roma in 46, Bologna in 7 e Padova in 6”⁸³.

Come nel resto dell’Italia fascista, furono questi gli anni del proliferare delle Casse e delle Opere, e dunque di quegli enti pubblici parastatali che nascevano con lo specifico compito di garantire la salute del singolo come bene della collettività, sostenendone le spese. Nel capoluogo, particolarmente attiva era l’Opera Nazionale Balilla⁸⁴, che assisteva da un punto di vista sanitario i suoi iscritti con l’ausilio di ambulatori, visite specialistiche, stesura di cartelle, campagna specifiche di vaccinazione, e il cui comitato provinciale si dava da fare con l’organizzazione di convegni di medici.

La seconda metà del Novecento si aprì con l’urgenza della ricostruzione nell’immediatezza della fine del secondo conflitto mondiale, anche per quel che riguarda le condizioni in cui versava la sanità locale. La situazione più grave era quella relativa agli ospedali, che lamentavano la scarsità numerica dei medici specialistici⁸⁵ (ma non solo, c’era esiguità anche di ostetriche ed infermieri professionali), le cattive condizioni in cui versavano le strutture e la carenza di posti-letto⁸⁶. Nel corso degli anni, l’edilizia ospedaliera di Capitanata si arricchiva però di nuove realtà: a Foggia, ad esempio, si ampliò l’ospedale sanatoriale intitolato al “Colonnello Lorenzo D’Avanzo” specializzato in patologie broncopneumologiche⁸⁷, e venne inoltre inaugurato nel 1969 il complesso dei Nuovi Ospedali Riuniti, ubicato nella cintura periferica della città. Inoltre, la

⁸³ L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 194.

⁸⁴ Si veda L. Pellegrino, *Il fascismo in Capitanata. L’Opera Nazionale Balilla*, in: “Carte di Puglia,” 2014, 1, pp. 24-38.

⁸⁵ A risolvere il problema del reclutamento di medici contribuisce nettamente l’avvio della Facoltà di Medicina e Chirurgia all’interno dell’Università di Foggia (1999), la cui istituzione giunse dopo un lungo percorso cominciato già nell’Ottocento preunitario, con il temporaneo funzionamento di due cattedre in Anatomia umana comparata e di Fisiologia come gemmazione dell’Università di Napoli e poi con il lungo iter procedurale nel corso del XX secolo che portò alla fondazione di un autonomo ateneo foggiano. Si veda, a tal proposito, C. Natale, *La nascita dell’Università di Foggia. Un percorso lungo e difficile della cultura*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2000.

⁸⁶ Si veda il paragrafo “Gli ospedali” all’interno del capitolo “Nella seconda metà del Novecento” in L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., pp. 253-260.

⁸⁷ L’ospedale era stato inaugurato nel 1939 come tubercolosario (era infatti dotato di ampie verande per l’elioterapia e circondato da un parco esteso e curato), ma le vicende della guerra in corso ne avevano indirizzato l’uso alle esigenze di un ricovero militare. Dal 1947 le autorità americane lo riconsegneranno alle autorità italiane, ripristinandone la funzione di ospedale civile (per la storia del sanatorio, si veda C. Sabatino, U. Vincenzo, “La tubercolosi nella Capitanata”, in L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e istituzioni sanitarie in Capitanata*, cit., pp. 199-217).

cittadina di San Giovanni Rotondo divenne famosa per la Casa Sollievo della Sofferenza, aperta nel 1956. Il conto complessivo di ospedali censiti nella provincia assommava così a dieci⁸⁸, cui si aggiungevano otto case di cura private.

Sul fronte delle condotte mediche, si registrava anche in Capitanata quel graduale diminuire, riscontrato sull'intero territorio nazionale, del numero di iscritti nelle liste comunali, a fronte del contestuale rafforzarsi dell'assistenza sanitaria a carattere mutualistico, fenomeno che lasciava presagire una veloce "fine" dell'era della condotta. In tal senso è significativo un intervento del medico provinciale Angelo Raheli del capoluogo Foggia, che nel 1959 ricordava alle amministrazioni comunali che

la funzione dei medici condotti non è limitata ad assistere solamente i poveri. Difatti la legge demanda al medico condotto altri non meno impegnativi obblighi, tra i quali l'esercizio delle funzioni di ufficiale sanitario nei comuni che non abbiano istituito il relativo posto, l'assistenza agli abbienti in base ad una speciale tariffa approvata dal Medico Provinciale, la collaborazione nell'esecuzione dei provvedimenti di igiene e profilassi [...], il servizio antimalarico e quello di vaccinazione. Pertanto l'eventuale riduzione del numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, determinata in molti casi dallo sviluppo dell'assistenza mutualistica, non può ritenersi un motivo valido per la soppressione delle condotte mediche tanto più che alla diminuzione del numero degli assistiti non fa riscontro una effettiva riduzione di lavoro se si considera che le prestazioni mediche sono generalmente accresciute in relazione alle maggiori esigenze in ordine sanitario da parte della popolazione. Inoltre di fronte alla necessità di assicurare l'assistenza sanitaria nella maniera più completa possibile le considerazioni di ordine

⁸⁸ Nel 1971, nella provincia si contavano un ospedale classificato come regionale (il "Riuniti" di Foggia), quattro ospedali provinciali (la Maternità di Foggia e gli ospedali di San Severo, Cerignola e San Giovanni Rotondo) e cinque a carattere zonale (due a Lucera e poi quelli di Torremaggiore, Manfredonia e San Marco in Lamis). La classificazione delle strutture ospedaliere in regionali, provinciali e zonale veniva fatta sulla scorta del numero di posti letto disponibili e dunque del bacino d'utenza di riferimento in termini di numero di abitanti (L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., p. 259).

finanziario, che in qualche caso sono state adottate, non possono in alcun modo ritenersi determinanti per giustificare i provvedimenti del genere.⁸⁹

In altre parole, dunque, il sistema sanitario locale, nella persona del medico provinciale, cercava di arginare il rischio di soppressione dell'istituto della condotta sensibilizzando i sindaci all'importanza del carico di lavoro del medico condotto, non già e non più dal punto di vista del numero degli assistiti, quanto sotto il profilo della quantità e della diversità delle tipologie di prestazioni effettuate.

Le leggi di riforma sanitaria n. 132 del 1968 e n. 833 del 1978 avrebbero cambiato il volto dell'assistenza medica in Capitanata, come delle altre province italiane: le 11 unità sanitarie locali – è questo il numero nel quale venne suddivisa l'area⁹⁰ – non conobbero infatti la realtà della condotta medica, che nell'arco di pochi anni fu soppressa da tutti i comuni.

1.7. Pasquale Trecca: un medico foggiano alla direzione dell'Associazione nazionale dei medici condotti

Discorso a parte merita (per restare nel solco della trattazione della storia della condotta medica in Capitanata), la figura di Pasquale Trecca, nato ad Orta Nova, in provincia di Foggia, nel 1924 e morto a Benevento nel 2006. Medico condotto dal 1950 al 1965 ad Ortona e poi a Foggia, transitato alla medicina di famiglia, fu anche Presidente dell'Ordine dei Medici di Foggia dal 1974 al 1992, figura di spicco del sindacalismo medico nazionale⁹¹ – è stato definito “il traghettatore dalla condotta medica alla medicina del territorio” in un recente

⁸⁹ Al testo (Circolare n. 2332 del 31 gennaio 1959 del Medico provinciale di Foggia ai sindaci e commissari prefettizi della provincia, al prefetto presidente della G.P.A. e del Consiglio provinciale di Sanità, contenuta presso l'Archivio Storico di Manfredonia, sezione II, categoria IV, classe 1, busta 2) si fa riferimento in L. Pellegrino, *Storia della sanità in Capitanata*, cit., pp. 264-265.

⁹⁰ Ivi, p. 266.

⁹¹ Trecca ricoprì il ruolo di componente del Comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici dal 1976 al 1982; come si dirà diffusamente più avanti, fu inoltre presidente dell'Associazione nazionale dei Medici condotti e per lungo tempo anche al vertice del Sindacato Italiano Medici del Territorio.

contributo sulla sua vita e sulla sua opera⁹² – nonché autore di pubblicazioni che spaziano dal racconto personale della propria esperienza di medico condotto al resoconto dell'attività istituzionale e politico-sindacale⁹³.

Delle vicende biografiche di Pasquale Trecca si dirà diffusamente più avanti, quando di lui si tornerà a parlare in qualità di autore di uno dei diari di medici condotti la cui lettura e analisi costituisce parte integrante del lavoro di ricerca introdotto dalla ricognizione storica, sociale e culturale del presente capitolo. Quello che invece serve in questa sede ricordare è l'impegno di Trecca all'interno dell'Associazione nazionale dei Medici Condotti (Annmmcc), di cui fu presidente dal 1976 al 1982, nel delicatissimo periodo dei grandi movimenti istituzionali e legislativi che portarono alla fine dell'assistenza mutualistica e all'estinzione della condotta per lasciare spazio alla novità del servizio sanitario nazionale. Come notato giustamente da Italo Farnetani, “Trecca, anziché difendere in modo corporativistico la categoria, cercò di trasformare la figura di medico condotto in una equipollente, ai fini dell'assistenza e dell'igiene pubblica, compatibile col nuovo ordinamento sanitario”⁹⁴. Quando poi di medicina condotta non fu più possibile parlare perché era diventata un anacronismo legislativo, insistette sulla necessità di recuperarne i tanti aspetti positivi e di traslarli nella figura del “medico di comunità”, un medico cioè del territorio e nel territorio, dipendente e residenziale, “un medico globale che lavora in *équipe* nei distretti e che svolge attività di diagnosi e cura”⁹⁵, da contestualizzare efficacemente nello spirito e nella realtà della nuova riforma sanitaria.

Molto intensa fu anche l'attività convegnistica voluta e organizzata da Trecca nell'ambito della sua attività da presidente dell'Associazione. Durante il suo mandato, ebbe modo di aprire i lavori di ben tredici congressi nazionali⁹⁶, il primo

⁹² I. Farnetani, *Op. cit.*

⁹³ Accanto ai numerosi saggi e monografie dedicati agli eventi e alle iniziative di formazione e aggiornamento professionale dei medici condotti, sono da segnalare: P. Trecca (a cura di), *Dieci anni di attività dell'Ordine dei Medici di Foggia (1973-1982)*, GrafSud, Foggia 1982; P. Trecca, *Noi condotti*, cit.; P. Trecca, *Memorie dal futuro*, BooksBrothers, Foggia 2006.

⁹⁴ I. Farnetani, *Op. cit.*, p. 15.

⁹⁵ Da un'intervista a Pasquale Trecca condotta dalla giornalista Lilli Garrone (L. Garrone, *Medico di fiducia del territorio*, in “Corriere Medico”, 11 giugno 1986, p. 5).

⁹⁶ Di seguito i luoghi e le date di svolgimento dei congressi nazionali che ebbero luogo durante la presidenza di Trecca: 50° congresso a Pugnochiuso (Foggia) dal 26 al 30 settembre 1976; 51° congresso a

dei quali ebbe luogo a Pugnochiuso, stazione balneare del Gargano, e fu durante questo convegno che al medico, già presidente della sezione foggiana dell'Associazione, fu affidata la carica di presidente nazionale. Da Pugnochiuso in poi, l'Associazione conobbe un nuovo modo di gestire e pensare i convegni: la partecipazione dei vari ministri della sanità in carica, la lunga durata, la scelta di sedi a vocazione spesso turistica, che permettessero un piacevole soggiorno ed uno scambio conviviale e sereno di vedute, offrirono lo spazio e l'occasione per il fervere del dibattito sulla condotta e sulla sua centralità nel contesto di una medicina del territorio in linea con le novità legislative che già si presagivano e che si sarebbero puntualmente verificate sul finire del 1978.

Negli ultimi anni del suo mandato, quelli cioè che seguirono l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, Trecca ebbe il delicato compito di guidare la condotta verso la sua nuova condizione: resa inutile nella forma dalla Legge n. 833 del 1978, la sfida sindacale era fare in modo che restasse valida nella sostanza e gli sforzi da presidente furono appunto indirizzati in tale prospettiva. “Il medico condotto potrà coprire tutte le carenze che negli ultimi tempi si sono evidenziate sul territorio” sono le parole di Trecca “e si va chiarendo, da molti segnali che giungono da tutte le parti, che si va marciando verso nuovi compiti per questa figura, presidio sanitario sul territorio ed indispensabile nei piccoli comuni”⁹⁷. I tempi erano però cambiati e la riforma aveva scritto la parola fine alla storia della condotta. L'Associazione non poteva esimersi dal prendere atto di tale novità a partire dal nome, smettendo dunque di esistere nel 1987, per trasformarsi nel Sindacato Italiano Medici del Territorio, il cui primo congresso nazionale si svolse l'anno successivo, nel 1988, e che ebbe nuovamente Trecca per presidente fino alle sue dimissioni nel 2004.

Pesato dal 4 all'8 settembre 1977; 52° congresso a Riva del Garda (Trento) dal 10 al 14 settembre 1978; 53° a Ragusa dal 9 al 16 settembre 1979; 54° congresso a Rimini dal 7 all'11 settembre 1980; 55° congresso a Grado (Gorizia) dal 13 al 17 settembre 1981; 56° congresso ad Acireale (Catania) dal 19 al 24 settembre 1982; congresso straordinario a Roma dal 13 al 15 gennaio 1983; 57° congresso a Viareggio (Lucca) nell'autunno del 1983; 58° congresso a Riva del Garda (Trento) dal 17 al 21 settembre 1984; 59° congresso ad Alimini (Lecce) dal 15 al 21 maggio 1985; 60° congresso ad Ostuni (Brindisi) dal 13 al 20 settembre 1986; 61° congresso a San Remo dal 12 al 13 settembre 1987.

⁹⁷ L'intervento è tratto da un'intervista del 1987 (L. Garrone, *Dopo il contratto nuova vita per i condotti*, in: “Corriere Medico”, 13 maggio 1987, p. 5.

La rivendicazione principale mossa dal Trecca presidente, ovvero quella legata al destino della condotta, non è riuscita nel suo intento, ma si è intersecata a tante altre battaglie condotte dal Trecca sindacalista, queste invece fruttuose e riuscite: suoi riconosciuti meriti a sostegno degli ex condotti furono, ad esempio, l'ottenimento del ruolo ad esaurimento, vantaggi economici e di inquadramento nelle Asl. Un medico, dunque, che portò la Capitanata al centro del dibattito politico e istituzionale che animava la questione sanitaria nel paese e il cui impegno sociale, professionale e politico rappresentò una interessante chiave di lettura delle conquiste da lui mediate in nome e per conto della condotta medica.

1.8. Vita da condotto: un medico che può dirsi “sociale”

Nei quasi cento anni di esistenza regolamentata da apposite leggi, il medico condotto ha lavorato sul territorio nazionale intervenendo a tutto campo con variegati compiti diagnostico-curativi ed igienico-preventivi. Egli, come dettagliatamente elencato da Ferrari Sacco,

svolgeva il servizio di vigilanza igienico-sanitaria scolastica; [...] disimpegnava il servizio delle vaccinazioni; [...] assicurava il servizio sanitario agli esposti dati in baliatico esterno; [...] accertava con visita lo stato di salute e l'idoneità generica e specifica al lavoro dei giovani; [...] aveva l'obbligo del servizio ambulatorio ostetrico; accertava per le relative dichiarazioni lo stato di gravidanza, puerperio, allattamento; [...] vigilava sui dimessi dai manicomi; disimpegnava gratuitamente il servizio antivenerico e, all'occorrenza, il servizio antimalarico; aveva l'obbligo di prestare l'assistenza sempre e comunque a tutti i residenti nel territorio; svolgeva il servizio necroscopico, fonte importante, seppure indiretta, di numerose notizie anamnestiche, familiari, epidemiologiche; il tutto con l'obbligo della

residenza e di costante reperibilità, quindi con garanzia di continuo omogeneo servizio.⁹⁸

È evidente dunque come per decenni i ruoli di medico condotto e di ufficiale sanitario, spesso ricoperti dal medesimo professionista, abbiano incarnato il volto della sanità pubblica per la gente comune, gli unici punti di riferimento istituzionali tra l'esigenza di assistenza e di cura e l'effettivo esercizio della prestazione medica, terapeutica, chirurgica e farmacologica.

In un suo scritto del 2000 dal titolo *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, il medico e filosofo Giorgio Cosmacini, tra i più noti studiosi italiani di storia della medicina, ha allestito una immaginaria galleria di ritratti di medici – lo *iatros* ippocratico, il medico monaco, il medico eretico, il medico neutrale, per fare qualche esempio – per raccontare l'evolversi della professione dall'antichità all'attualità del presente, passando per il Medioevo e l'età moderna, fino a chiudere con la prefigurazione avveniristica del “medico futuro”. Il medico della metà dell'Ottocento è un medico “tecnico”, suggerisce Cosmacini: il suo occhio clinico, prolungato e potenziato da un apparato di strumenti di nuova ideazione, quali lo stetoscopio⁹⁹ e lo sfigmomanometro¹⁰⁰, si fa osservatore, analista e sperimentatore. È al contempo anche un medico “sociale”¹⁰¹, consapevole del carattere profondamente collettivo e comunitario che le questioni igienico-sanitarie¹⁰² hanno per un territorio urbano o per l'intera nazione. Una classe

⁹⁸ A. Ferrari Sacco, *Storia della condotta medica*, in “In tema di medicina e cultura”, anno XIX, n. 4, maggio 1987, pp. 37-39.

⁹⁹ Inventato da René Laënnec ad inizio Ottocento, lo stetoscopio consentì di ascoltare e descrivere con dettagliata accuratezza i “diversi suoni prodotti nella cavità toracica dal passaggio dell'aria nelle prime vie respiratorie, dai movimenti dei polmoni, dall'eventuale accumulo di liquidi nella pleura, dalla risonanza della voce, dalle pulsazioni del cuore e dei grossi vasi sanguigni” (L. Sterpellone, *I grandi della medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita*, Donzelli Editore, Milano 2004, p. 118).

¹⁰⁰ La paternità dello strumento va riconosciuta ad un italiano, Scipione Riva Rocci (1863-1937), come raccontato nel capitolo “Scipione Riva-Rocci. Lo sfigmomanometro” in: L. Sterpellone, *Op. cit.*, pp. 132-136.

¹⁰¹ G. Cosmacini, *Il mestiere di medico*, cit., pp. 127-135.

¹⁰² Una storia europea dell'igiene sociale, nelle sue connessioni con infettivologia, parassitologia e la nascente sanità pubblica, è tratteggiata in breve, per sommi e significativi capi, in G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza Editori, Roma-Bari 2006, pp. 346-352. L'autore costruisce l'icastica immagine allegorica dell'“albero dell'igiene”, che nel pieno del clima e del pensiero positivista della seconda metà dell'Ottocento è una “pianta rigogliosa e fruttifera che affondava le radici nelle scienze positive – fisica, chimica, fisiologia, patologia, microbiologia – e da cui spiccavano robusti i

medica, quella ottocentesca, che si fa portavoce dello spirito tutto positivista del secolo, e che nella percezione della gente comune risponde alla descrizione, del tutto realistica, di un professionista “scientificamente preparato, tecnicamente agguerrito, umanamente coinvolto, civilmente impegnato, schierato stabilmente a favore della vita nella sua pienezza, contro la morte, la malattia, la fame, la povertà, lo sfruttamento, il dominio incontrollato dell’uomo sull’uomo”¹⁰³.

Sulla scena delle più remote condotte di campagna i medici si scontravano quotidianamente con antagonisti quali la tubercolosi, la malaria¹⁰⁴ e il colera, che avevano imparato a diagnosticare con velocità e precisione e che nel giro di alcuni decenni riuscirono a padroneggiare e a riportare all’ordine, arrivando a comprendere che

in assenza (e in attesa) di un terapia efficace con farmaci antibatterici (antibiotici), la sola e vera cura stava nella prevenzione, cioè nella rimozione, a monte della malattia, della carenza alimentare, della nocività ambientale, dello sfruttamento lavorativo, di ogni condizione che predisponesse l’individuo ad ammalarsi. [...] Il mestiere di medico era anche quello di educatore alla salute, di “maestro” degli stili di vita.¹⁰⁵

Facendo riferimento a documenti dell’epoca (il *Galateo del medico* di Raffaele Maturi edito nel 1873, le *Note dal campo* della condotta medica datate 1906 pubblicate sulla rivista “L’Italia sanitaria” a firma di Alfredo Gutierrez, il volume *Le grandi linee della igiene sociale* di Tullio Rossi Doria stampato a Roma nel 1911), Cosmacini tratteggia il quadro di un medico che ha imparato a “stare con il paziente, dalla sua parte, sempre”, con lo sguardo antropologicamente e

rami della demografia, dell’epidemiologia, dell’educazione fisica, della legislazione sanitaria e dell’igiene scolastica, ospedaliera, rurale, veterinaria, industriale, sociale, morale” (p. 347).

¹⁰³ Ivi, p. 351.

¹⁰⁴ Giorgio Cosmacini definisce tubercolosi e malaria anche come “malattie del lavoro”, mosso dalla convinzione che “il ‘lavoro’ umano, primaria fonte di progresso, poteva diventare fattore di crisi di una ‘economia dell’organismo’ precaria” (Ivi, p. 349).

¹⁰⁵ G. Cosmacini, *Il mestiere di medico*, cit., p. 133.

umanamente rivolto “non solo alla sua malattia, ma anche alle condizioni di esistenza sue e dei suoi simili”¹⁰⁶.

Il medico condotto poteva dunque dirsi sociale nel senso più letterale del termine, perché, lavorando a stretto contatto con il territorio di sua competenza, di quel territorio imparava a conoscere la società: gli abitanti, le case, le strade principali e le strette vie del centro storico, i luoghi “pubblici” (scuole, chiese, circoli), le realtà produttive (nell’agricoltura, nell’artigianato e nell’industria) che creavano occasioni di lavoro duro e spesso rischioso. È in virtù di questo legame, intenso e quotidiano, che Achille Ardigò, tra le più autorevoli voci italiane di quella specifica branca degli studi sociali che è la sociologia della salute, sostiene:

Si è affermata la medicina sociale in quanto medicina epidemiologica, col determinante concorso di medici condotti, impegnati in bonifiche di malattie diffuse da povertà e da habitat insalubri, nelle campagne e nelle fabbriche, negli insediamenti popolari urbani. Molti medici condotti si trovano anche impegnati a sollecitare riforme perequative e antipauperistiche con azioni anche in campo politico, sindacale e sociale.¹⁰⁷

Parole, quelle di Ardigò, che riecheggiano gli studi e i contributi di numerosi autori della storia del pensiero tra Seicento e Ottocento, che pur nella diversità di contesti di origine e di intenti di azione, sono uniti dal filo conduttore di una medicina sempre più definibile come “sociale”¹⁰⁸. Si pensi a Bernardino Ramazzini¹⁰⁹, che condusse delle ricerche sulle malattie di specifiche classi di lavoratori, mettendo in relazione l’ambiente sociale e lavorativo con determinate

¹⁰⁶ Ivi, p. 134.

¹⁰⁷ A. Ardigò, *Società e salute*, FrancoAngeli, Milano 1997, p. 48.

¹⁰⁸ Gli studi di seguito citati sono più dettagliatamente spiegati da Monica Simeoni (M. Simeoni, “La medicina e la salute: un percorso in evoluzione”, in: M. Simeoni, *Op. cit.*, pp. 87 e ss.), con l’intento di delineare un percorso storico del punto di vista sociale in medicina. Nel suddetto saggio, Simeoni non manca di citare alcuni grandi nomi della storia della sociologia, come Weber, Durkheim, Thomas e la scuola americana di Chicago, che con diverse sfaccettature di pensiero hanno contribuito a spianare la strada all’idea di una “sociologia della medicina”.

¹⁰⁹ Per ulteriori notizie sul medico unanimemente considerato il padre della medicina del lavoro, vissuto nel Modenese dal 1633 al 1714, si faccia riferimento a: G. Franco, *Meglio prevenire che curare. Il pensiero di Bernardino Ramazzini, medico sociale e scienziato visionario*, Narcissus, 2015.

patologie; oppure a Rudolf Virchow¹¹⁰, che intuì la correlazione esistente tra le condizioni di povertà di certe fasce della popolazione e le frequenti epidemie di tifo; ancora, ad Henry E. Sigerist¹¹¹, che definì la malattia il frutto di una particolare organizzazione (o disorganizzazione) sociale; infine, tornando nei confini nazionali, si guardi all'italiano Luigi Devoto (1864-1936), fondatore della Clinica del Lavoro di Milano, prima istituzione mondiale del genere¹¹². Accanto a tali nomi, è da aggiungere anche quello di R. K. Merton, discepolo di T. Parsons e con lui padre fondatore della sociologia medica, che parlando del medico “locale” di matrice anglosassone, figura professionale assimilabile a quella del medico condotto italiano, disse che “riusciva ad avere una conoscenza intima ed approfondita del suo paziente. Il vecchio medico di famiglia riconosceva intuitivamente i fattori che componevano l'ambiente del paziente, fattori che si possono scoprire qualche volta solo attraverso la conoscenza intima con lui e la familiarità con il suo ambiente, con la sua vita di ogni giorno e con la sua anamnesi familiare”¹¹³. E dello stesso avviso sarà qualche anno dopo anche K. Jaspers, che a proposito del medico di famiglia¹¹⁴, erede diretto del medico condotto, scriverà: “forse il possibile rinnovamento dell'idea di medico ha oggi il

¹¹⁰ Al patologo tedesco, nato del 1821 e morto nel 1902, è dedicato il seguente volume: B. L. D. Coghlan, L. P. Bighold, *Virchow's Eulogies. Rudolf Virchow in Tribute to his Fellow Scientists*, Birkhäuser, Basel-Boston-Berlin 2008.

¹¹¹ Sulla vita e il pensiero dello svizzero Sigerist (1891-1957), si consulti la premessa a cura di Elizabeth Fee alla recentissima riedizione di una delle opere principali dello studioso di storia della medicina (H. E. Sigerist, *Civilization and disease*, Cornell University Press, New York 2018, pp. IX-XII).

¹¹² G. Cosmacini, *L'arte lunga*, cit., p. 349. Andrebbe ricordato, a tal proposito, anche Paolo Mantegazza, autore del libello “Igiene del lavoro” pubblicato all'interno di *Almanacchi igienici popolari*, Brigola, Milano 1881, con i suoi precetti e consigli di “buon lavoro” tendenti alla sensibilizzazione, tanto dei lavoratori quanto dei datori, ai temi della salubrità dei luoghi e della sostenibilità dei ritmi di lavoro.

¹¹³ R. K. Merton, G. Cersosimo (a cura di), *Sociologia e medicina*, Armando Editore, Roma 2006, p. 61.

¹¹⁴ Il tenore del discorso richiama alla memoria le parole di un medico del 1939, il dottor Bastianelli, al Raduno dei Sindacati fascisti dei medici in Sicilia, che ribadiva come l'abitudine del medico di famiglia di entrare nelle case dei malati per lo svolgimento delle visite domiciliari permettesse di acquisire importanti informazioni utili alla costruzione di un più completo quadro, personale e clinico, del caso: il medico poteva così “studiare i singoli componenti la famiglia, l'igiene della casa stessa, le condizioni materiali non solo dal punto di vista materiale, ma anche morale; dovrà studiare la psicologia del malato e della famiglia, dovrà interessarsi della ereditarietà e delle predisposizioni di tutti i membri della famiglia, ai quali, con la sua opera, può reamente fare del bene” (*Parla il prof. Bastianelli, parole conclusive del Raduno dei Sindacati fascisti dei medici in Sicilia, Palermo 8 gennaio 1939*, in “Le forze sanitarie”, suppl. al n. 2 del 31 gennaio 1939, p. XXXV, citato in: G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 296).

suo luogo privilegiato nel medico generico il quale, senza l'autorità della clinica o dell'istituzione, ha a che fare con il malato così come questi veramente vive”¹¹⁵.

L'Ottocento – il “secolo delle macchine”¹¹⁶ per Marchis, il “secolo della sanità”¹¹⁷ per Cosmacini – è stato attraversato da un complesso di trasformazioni tecnologiche e di innovazioni scientifiche di ampia portata, che hanno permeato e coinvolto tutti gli aspetti del vivere umano, da quelli di applicazione più quotidiana ad altri di ambito più specificatamente settoriale, inaugurando una stagione di grande fermento culturale e sociale. Attraverso lo sviluppo della tecnica e grazie alle incessanti ricerche e sperimentazioni che si proponevano di soddisfare le più diversificate esigenze dell'uomo, si assistette a quella che si potrebbe definire, senza timore di esagerazioni, come una vera e propria esplosione dell'industrializzazione, che portò a più efficaci e più veloci possibilità di produzione di beni e servizi di qualità e valore sempre crescenti, distribuiti e scambiati in un raggio d'azione progressivamente più vasto, dando luogo ad una compressione dei tempi e degli spazi di lavorazione senza precedenti¹¹⁸.

È una trasformazione, questa, che naturalmente non mancò di investire anche la mentalità oltre che la vita pratica dell'uomo, il pensare oltre che l'agire. Di pari passo con l'avanzare e il diffondersi dello sviluppo scientifico e tecnico, si fece infatti strada nella società la consapevolezza sempre più sentita che la scienza e la tecnica potessero essere la chiave di volta in grado di reggere il destino dell'umanità e di migliorare la concretezza del vivere quotidiano. Lo spirito positivista e il clima ottocentesco di ritrovata certezza coinvolsero anche gli studi medico-clinici e le pratiche terapeutiche e in tale ambito le definizioni d'autore sono variegata e numerose: la medicina si fa “scientifica e sperimentale”¹¹⁹, l'ospedale si trasforma in “macchina produttiva o, quanto meno, regolativa di

¹¹⁵ K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1986, p. 10. Il riferimento bibliografico, esattamente come i precedenti, è riportato in M. Simeoni, *Op. cit.*, pp. 87-100.

¹¹⁶ Cfr. V. Marchis, *Storia delle macchine. Tre millenni di cultura tecnologica*, Laterza, Roma-Bari 2010, p. 207.

¹¹⁷ G. Cosmacini, *L'arte lunga*, cit., p. 349.

¹¹⁸ Cfr. D. Fusaro, *Essere senza tempo. Accelerazione della storia e della vita*, Bompiani, Milano 2010, p. 64.

¹¹⁹ L'espressione è desunta dal titolo dell'opera *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, pubblicata nel 1859 dal fisiologo francese Claude Bernard (1813-1878), la cui traduzione italiana è: C. Bernard, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Piccin, Padova 1994.

salute” ed emana “conoscenza patologica [...] con fine dichiarato di guarigione, ma anche con fine implicito di ricerca clinica”¹²⁰, il laboratorio ospita procedure di analisi che si avvalgono di reagenti chimici e oggettivizzano il già sempre più oggettivo processo di diagnosi clinica¹²¹; fanno la loro comparsa nelle borse e negli armadietti dei medici nuovi strumenti tecnici che misurano, guardano, indagano, diagnosticano, come l’oftalmoscopio, l’otoscopio, il laringoscopio¹²². Qualche anno dopo, in ambito anglosassone verrà coniata l’icastica espressione “Golden Age of medicine”¹²³ in riferimento ai decenni della prima metà del Novecento, per evidenziare i diffusi successi e le crescenti capacità di una medicina che può tutto e risolve tutto, contraddistinta da rilevanti scoperte scientifiche e invenzioni tecnologiche che determinano una rapida riduzione della mortalità e un diffuso positivismo clinico.

I medici del XIX secolo, con il loro accresciuto bagaglio di conoscenze e competenze mediche, chirurgiche e farmacologiche, spesso si trovavano però a dover lavorare in contesti non facili, dove la scarsità di mezzi diagnostici e terapeutici poneva un limite alle reali capacità di intervento e di cura e richiedeva una buona dose di pazienza e di dedizione al proprio mestiere. Soprattutto quando si interfacciavano con famiglie di estrazione sociale operaia o contadina, i medici dovevano avere dalla loro una doppia anima, quella dell’impegno clinico e quella della vocazione umano-sociale¹²⁴. “Essi operavano – suggerisce Cosmacini – non soltanto un’analisi dei loro pazienti, scomponendo i corpi malati nei loro organi, localizzante in questo o quell’organo malato la malattia, [...]. Essi operavano anche una sintesi, in cui la parte rimandava al tutto, l’organo malato al corpo malato, il corpo malato all’individuo, l’individuo all’ambiente di appartenenza e

¹²⁰ G. Cosmacini, *L’arte lunga*, cit., p. 341.

¹²¹ Si veda il capitolo “Medici di laboratorio, chimici clinici e clinici metrici”, in G. Cosmacini, *Medici nella storia d’Italia*, Laterza, Roma-Bari 1996, pp. 91-101.

¹²² Rispettivamente inventati da Helmholtz, Ménière, Czermak (cfr. G. Cosmacini, *L’arte lunga*, cit., p. 345).

¹²³ Un riferimento bibliografico dell’epoca (inizia con un trionfante “We are living in the golden age of internal medicine”), tra i tanti possibili in tema di “Golden Age of Medicine” è: W. J. Kerr, *Experience in Internal Medicine: The Golden Age of Medicine*, in “Medical Clinics of North America”, vol. 41, 4, July 1957, pp. 969-985.

¹²⁴ Per un confronto con uno stato estero, si veda lo spaccato della classe medica francese nel XIX secolo esposto nel capitolo “I medici dell’Ottocento” a firma di Jacques Léonard in: J. Le Goff, J.C. Sournia (a cura di), *Op. cit.*, pp. 109-122.

questo alla società con le sue contraddizioni”¹²⁵. La medicina di condotta diventava terreno fertile per il fiorire di un rapporto nuovo tra medico e paziente, ad un capo del quale si trovava un intellettuale – il medico – mosso dalle virtù imperanti del secolo, la scienza e la tecnica, e all’altro capo il paziente, un individuo dotato di una propria indiscussa identità sociale, economica e lavorativa, che costituiva al tempo stesso la “materia prima” e il volto umano del lavoro di cura. Il medico di campagna aveva dunque, più di quello di città, la possibilità di cimentare “le proprie capacità di mediazione tra strati popolari e pubblici poteri, interprete dei primi, stimolo dei secondi. Egli esplica[va] una funzione di alto valore sociale e civile, organicamente espressa dalla realtà di un paese che, dopo l’unità, sta[va] a sua volta mediando tra balzi in avanti e annose arretratezze”¹²⁶.

1.9. Storie di medici condotti

Chi era il medico condotto? Da quale sostrato sociale e culturale proveniva? Quali erano le norme che regolavano l’accesso alla professione? E in che cosa consisteva il suo lavoro? “Di ceto borghese, possidente o impiegatizio” dice Anna Lucia Forti Messina definendo il ceto sociale di appartenenza dei condotti “specie di quella più o meno cospicua borghesia di campagna presente in tutta l’Italia, spesso già figli di medici”¹²⁷. Nella maggior parte dei casi, dunque, un professionista dal destino lavorativo già tracciato e che aveva una conoscenza diretta e non mediata della vita di campagna e di provincia che costituiva lo scenario del suo lavoro e frequentemente anche della sua vita passata e presente. Non mancavano però nuove “acquisizioni”, ovvero gli ingressi nella classe medica di rappresentanti di altre, più modeste, classi sociali – figli della piccola borghesia urbana e rurale, di famiglie appartenenti all’artigianato e al commercio – che progressivamente ampliavano lo scenario della provenienza sociale della

¹²⁵ G. Cosmacini, *L’arte lunga*, cit., p. 350.

¹²⁶ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 346-347.

¹²⁷ A. L. Forti Messina, *I medici condotti e la professione del medico nell’Ottocento*, in “Società e storia”, 1984, 23, p. 104. L’autrice non manca di notare l’esiguità di indagini più precise sulla connotazione sociale dei medici condotti del XIX secolo.

popolazione di studenti iscritti ai corsi universitari di medicina e di chirurgia, futuri medici¹²⁸. E a conferma di ciò, vi sono le numerose attestazioni soprattutto letterarie che hanno per protagonisti giovani diventati medici non solo grazie alla propria dedizione allo studio e all'impegno, ma anche per mezzo dei sudati sacrifici economici compiuti dai padri per consentire la loro iscrizione all'università, come è il caso della "povera famiglia" di un giovane medico protagonista di una novella di inizio Ottocento, "i cui mezzi erano stati esauriti per educarlo nell'arte medica, sopra la quale riposava ogni speranza di sorte futura"¹²⁹ o ancora come Benedetto, al centro delle vicende de *Il medico* di Niccolò Tommaseo, "nato d'un mercantuccio, il quale aveva con onorate fatiche acquistato quanto occorre ad ammaestrare negli studi questo suo figliuolo unico"¹³⁰.

Preziose fonti di notizie sulla condotta medica sono riviste, giornali di associazioni, bollettini, annuari, atti di consigli comunali: tante pagine tratte dai documenti di archivio e dall'editoria periodica d'epoca, ospitano le diverse voci di un serrato dibattito sulla condotta nelle sue varie stagioni ed offrono interessanti spunti di riflessione sulla portata di tale istituzione nello scenario della sanità pubblica nazionale degli ultimi tre secoli.

Una notizia ricorrente era quella delle cosiddette "vacanze": giornali e riviste specializzate davano infatti puntuale avviso delle condotte rimaste libere e delle modalità di reclutamento del nuovo incaricato, a volte tramite un più formalizzato concorso, altre volte previo semplice colloquio, altre ancora per chiamata diretta¹³¹. È sempre Forti Messina¹³² a delineare un'analisi precisa e puntuale delle

¹²⁸ Cfr. M. L. Betri, "Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859)", in: F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, p. 225.

¹²⁹ La citazione è tratta da un racconto anonimo, *Il giovine medico*, pubblicato nel "Giornale di un medico" (Stella, Milano 1832, ma in tempi più recenti il racconto è stato inserito in G. Spagnoletti, *Novelle romantiche*, Martello, Milano 1961, pp. 406-430, nello specifico p. 407).

¹³⁰ N. Tommaseo, "Un medico", in *Tutti i racconti*, San Paolo, Milano 1993, pp. 351-352.

¹³¹ E di certo il meccanismo non era immune dal rischio di intromissioni indebite, conoscenze e raccomandazioni, come denuncia un medico di metà Ottocento, Reno Alimonta, in un discorso tenuto in occasione del conferimento di alcune lauree in Medicina all'università di Pavia: "Converrebbe quindi, che il provvido nostro Governo prendesse delle severe misure, onde togliere tutti quei raggiri, e monopoli, che per lo più sogliono succedere nell'elezione dei medici di condotta, e specialmente nelle campagne, dove, o per una semplice raccomandazione, o per quel che è peggio, per qualche grado di parentela con taluno degli elettori, si vede giungere ad occupare quel posto colui, che per medica scienza sta cento volte al disotto degli altri" (R. Alimonta, *Brevi cenni sulla verità e santità della medicina e sul modo di migliorare la condizione de' medici e de' malati*, Tipografia dei fratelli Fusi, Pavia 1855, p. 25).

disponibilità di posti da medico condotto attraverso la schedatura degli avvisi pubblicati tra il 1848 e il 1855 nella rubrica “Vacanze” all’interno della sezione “Bullettino personale” della “Gazzetta medica di Lombardia”. L’autrice segnala anche le richieste più ricorrenti all’interno dei bandi: l’aspirante medico condotto era tenuto a presentare diploma di libera pratica, attestato di nascita e vaccinazione, fedina politica e criminale, talvolta anche un certificato di battesimo ed uno a firma del parroco di buona condotta morale. Negli avvisi l’amministrazione comunale spesso teneva a precisare anche lo stato delle strade e la loro percorribilità in carrozza o soltanto a cavallo. Non mancavano specifiche relative, ad esempio, al numero di pazienti inseriti nelle liste comunali di condotta, o all’obbligo per il medico di mantenere a proprie spese il cavallo¹³³, oppure al dovere, qualora i medici fossero più di uno, di sostituirsi a vicenda in maniera da evitare di lasciare la popolazione “scoperta”.

Il lavoro del medico condotto è impegnativo, intenso e pesante nei ritmi, nei tempi e nella concreta tipologia di attività che lo caratterizza, e di questo i documenti del tempo sono fedeli testimoni. Ad una connotazione intrinseca di complessità lavorativa, si aggiunge un contorno di condizioni esterne precarie ed incerte: per citare alcune problematiche frequentemente lamentate, si pensi agli stipendi contenuti e sottodimensionati rispetto al carico di lavoro richiesto, alla provvisorietà di un lavoro alle dipendenze di questa o di quella amministrazione comunale, con lo spettro di un improvviso e non motivato licenziamento sempre all’orizzonte, al poco riconosciuto diritto alla pensione, alla difficoltà logistica, se non alla vera e propria impossibilità, di allontanarsi dal paese sede di lavoro anche in maniera temporanea, a meno di reperire e pagare di tasca propria un sostituto. Aspetti critici di una professione molto discussa, argomenti che erano spesso

¹³² Cfr. il paragrafo “Il ‘turn-over’ delle condotte” in A. L. Forti Messina, *I medici condotti e la professione del medico*, cit., p. 132-138, e il successivo “Bandi di concorso” (Ivi, pp. 138-139). L’autrice nello stesso saggio (pp. 139-141) compie anche uno studio relativo alla “mobilità” dei medici di condotta in termini di durata degli incarichi e frequenza dei cambi di sede con le relative motivazioni (se per scelta del medico o per licenziamento anticipato o mancato rinnovo del triennio iniziale da parte dell’amministrazione comunale).

¹³³ In alcuni onorari era compresa la cosiddetta indennità di cavalcatura, voce che è sopravvissuta a tutti i capovolgimenti normativi che hanno segnato le sorti della condotta medica, permanendo addirittura in alcuni casi fino al finire degli anni Settanta del Novecento, quando parlare di cavalli era del tutto anacronistico, come testimoniato dall’intervista al dott. Achille Cocuzzi, medico condotto a Volturara Appula (FG) dal 1979 al 1989, di cui si riferirà nel corso del secondo capitolo.

all'ordine del giorno nei dibattimenti tra gli scranni dei consigli comunali – da un lato il sindaco e i suoi “estimati”, dall'altro, parte avversa, il medico condotto e le sue richieste – oppure in bella vista negli indici dei contributi ospitati dalle riviste del settore medico-clinico che soprattutto nel XIX secolo andavano prendendo piede, in parallelo con lo svilupparsi dell'editoria specialistica connessa alle libere professioni. La situazione è particolarmente critica negli anni che precedono l'emanazione della legge n. 5849 del 1888, e sarà certamente merito della nuova normativa definire ed ordinare lo statuto della condotta medica, dandole dignità e riconoscimento professionale e risolvendone i problemi connessi a stipendi, durata dell'incarico e diritto alla pensione. Ciò in cui la legge non riuscirà – e non potranno fare di meglio nemmeno i testi unici e le riforme in tema di sanità dei successivi anni – sarà regolamentare il carico di lavoro del condotto, che resterà rilevante e difficile da gestire anche nel corso del Novecento.

Un breve ma significativo spaccato di vita da medico condotto è quello che viene fuori dallo studio biografico su Malachia De Cristoforis, curato da Annalucia Forti Messina. Vissuto tra il 1832 e il 1915, prima medico militare dei volontari garibaldini e poi medico primario all'Ospedale Maggiore di Milano, affiancò alla professione sanitaria una fervida attività politica, che lo portò ad essere consigliere negli scranni del Comune di Milano dal 1885 al 1910 e per due legislature anche deputato. Fu proprio nel doppio ruolo di consigliere e di medico che si trovò a seguire con particolare coinvolgimento le questioni di natura igienico-sanitaria che in quegli anni erano spesso all'ordine del giorno dei Consigli comunali, a Milano come nel resto della nazione. Tra i dibattiti, uno in particolare è utile riportare in questa sede: la discussione che si svolse nel maggio 1889 presso il municipio milanese a proposito del servizio medico chirurgico e ostetrico e delle richieste avanzate dai medici condotti del circondario esterno. Forti Messina si sofferma in particolare su due domande, la prima relativa alla riduzione da 40 a 30 anni di servizio utili per il diritto alla pensione e la seconda alla messa a disposizione di locali per le visite ambulatoriali. Richieste pressanti, che furono così perorate:

È per lo meno assai improbabile che il medico condotto resista per un tempo così lungo alle fatiche di un servizio divenuto oggi difficilissimo per l'estensione delle condotte, per l'aumento costante della popolazione e per le cure gravi e diurne richieste dal disimpegno onesto e diligente del suo mandato. Il lavoro fisico, incessante, reclamato dalla continua assistenza diurna e notturna alla condotta, le intemperie a cui devono esporsi, le distanze da percorrere [...] giustificano la necessità di limitare a trent'anni il servizio conferente il diritto alla pensione intera.¹³⁴

Il numero delle visite giornaliere, sempre a detta dei medici peroranti, era talmente alto che “diventava quasi un'invasione in casa del medico [e] e le proteste dei vicini inducevano talora i padroni di casa a sfrattare lui e la sua famiglia, e d'altra parte quell'affollamento di ammalati era spesso spiacevole o anche dannoso per i familiari del medico”¹³⁵.

Un altro argomento all'ordine del giorno fu l'“enorme” numero di certificati il cui rilascio gratuito era troppo frequentemente richiesto dai pazienti che lavoravano in fabbriche, botteghe ed officine per giustificare l'assenza per malattia, per cui “il medico condotto finisce coll'essere bersagliato da un'infinità di domande alle quali egli non sa sottrarsi, e che in ogni modo lo sobbarcano ad un eccessivo lavoro, e sono frequentemente causa di urti e di dispiaceri non lievi”¹³⁶.

La discussione – che per la cronaca si concluse con la concessione della maggior parte delle richieste avanzate dai medici – oltre al valore documentario che riveste per la biografia di De Cristoforis e per la storia locale di Milano e del suo circondario, fa luce sulle modalità e sui ritmi di lavoro dei medici condotti nelle pertinenze di una grande città come Milano, sul finire del diciannovesimo secolo.

Un opuscolo che all'epoca ebbe grande diffusione fu *I medici condotti e la medicina pratica in Italia*, dato alle stampe da Giuseppe Berruti nel 1872. Forte

¹³⁴ La citazione è tratta dagli Atti del Municipio di Milano degli anni 1888-1889, 16 maggio 1889, p. 334, ed è riportata in A. L. Forti Messina, *Malachia De Cristoforis. Un medico democratico nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano 2003, p. 168.

¹³⁵ Ivi, p. 169.

¹³⁶ *Ibidem*.

delle proprie “esperienze avute nella [mia] pratica di campagna”¹³⁷, l’autore decide di stilare un vero e proprio vademecum ad uso e consumo di chi intende “andare in condotta” e si appresta ad esporre l’“esercizio pratico” della medicina suddividendolo in distinte parti, che elenca nella premessa al suo scritto: l’intento è quello di verificare lo stato della medicina nel “contado”, ovvero nelle condotte di campagna (“Quali siano le condizioni attuali della medicina pratica specialmente nel contado. Quali le cause principali che valsero a trarla così in basso, e perché vi si mantenga. Perché la posizione del medico non abbia seguito di pari passo la parabola progressiva sociale. Conseguenze dell’attuale ordinamento medico nelle campagne. Influenza governativa, provinciale e comunale.”¹³⁸), per poi proseguire con dei paragrafi dedicati ad argomenti che sanno già di riflessioni di categoria (“Doveri e diritti del medico. Modo di rimediare almeno in parte ai danni nostri.”¹³⁹) e, in chiusura, l’ottimistico e lungimirante “Idee e speranze”. Vista la risonanza e la diffusione che il libello ebbe ai suoi tempi, vale la pena analizzare nel dettaglio il contenuto dei primi sei paragrafi, quelli cioè dedicati specificatamente all’istituzione della condotta medica, sedici anni prima che la riforma sanitaria del 1888 giungesse a portare l’agognato ordine legislativo in tema di sanità pubblica.

In apertura, l’autore prospetta l’iter che dovrà affrontare il medico che “per circostanze di famiglia, per interessi speciali, per necessità o per quella misteriosa forza che *vocazione* si dice, è tratto ad esercitare la difficile arte del curare in una delle tante zone mediche d’Italia, al solo scopo di essere utile agli altri e di ricavare di che vivere”¹⁴⁰; e dunque un concorso per titoli (o per “simpatie municipali”, nota sarcasticamente *en passant* Berruti) e poi uno stipendio che è nei fatti lontanissimo “dal preventivo, ed in nessun rapporto colle fatiche, colle occupazioni, coi disagi, di cui il medico con rara filosofia quasi sempre dimentica al *redde rationem*”¹⁴¹. Ad aggravare il conto senza fine delle pretese avanzate dalla

¹³⁷ G. Berruti, *I medici condotti e la medicina pratica in Italia. Pensieri*, Librai Fratelli Bocca, Torino-Firenze-Roma 1872, p. 2.

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ *Ivi*, p. 3.

¹⁴¹ *Ivi*, p. 4.

popolazione di pazienti, altra complicità con cui si troverà a dover combattere il medico condotto – è l'avvertenza di Berruti – sono “i pregiudizi, le erronee convinzioni, i più assurdi sistemi radicati per anni e anni [...] sparsi qua e là in ogni ceto della scala sociale” e poi “la estesa falange dei ciarlatani d’ogni colore e d’ogni razza; il sonnambulo, il medicastro, l’omeopatico, lo spiritico, il settimano, il pubblico dispensatore della salute, gli inventori di processi nuovi, di rimedi segreti, e tutta l’infinita schiatta degli empirici di ogni natura”.

Perché – si chiede il Berruti – la condizione sociale dei medici sembra essere peggiorata, nonostante i numerosi e luminosi progressi che hanno coinvolto la conoscenza e la tecnica medica? Le cause sono essenzialmente due¹⁴²: la prima, di natura esterna, è riconducibile ad una classe amministrativa poco interessata al benessere della popolazione, mentre la seconda, tutta interna invece alla professione medica, è dovuta ad una scarsa concordia di intenti all’interno della categoria, che manca di una comune organizzazione per quel che riguarda, ad esempio, la definizione di tariffe comuni sull’intero territorio nazionale.

L’autore non manca di notare “la mancanza di mezzi che il medico non può procurarsi, e che gli ospedali ed i comuni non vogliono saperne di concedere o provvedere”¹⁴³, una penuria di mezzi e strumenti che allunga i tempi di guarigione o, nei casi più gravi, la rende impossibile. Ci si mette poi, a parere di Berruti, anche la scarsa propensione dei medici condotti all’aggiornamento professionale:

Dal lato utilitario poi il medico trovandosi così meschinamente compensato, tanto da dover lottare soventi col bisogno per sostenere la propria famiglia; di più per nulla rimeritato di stima e gratitudine da coloro per cui sacrifica tutta la sua esistenza, non è a stupire se talvolta suo malgrado, trascinato dai fastidi di una vita difficoltosa, sia assalito da un’apatia fisica ed intellettuale, e fuggano da lui quella tranquillità d’animo, quella serena pace, quei dolci e caritatevoli modi, e quell’indefesso studio che dovrebbero essere inseparabili

¹⁴² Ivi, p. 8.

¹⁴³ Ivi, p. 15.

in ogni momento della vita da chi intende esercitare saviamente la medicina.¹⁴⁴

La strada percorribile è una ed è anche di non troppo complessa attuazione: il ceto medico dovrebbe fare fronte comune e richiedere a gran voce una riforma legislativa in tema di sanità univoca su tutto il territorio nazionale, insistendo affinché “i regolamenti e tutte le disposizioni legislative che [...] riguardassero [i medici] venissero seriamente rivedute, stralciando quanto non ha obbligo di osservanza e non ha forza di legge, togliendo le incompatibilità e le equivoche dizioni”¹⁴⁵. Berruti fa una proposta ben precisa: suggerisce che il reclutamento dei medici condotti non debba più essere di pertinenza dei consigli comunali, che non hanno alcuna competenza tecnica in materia, ma venga demandato ai più esperti ed imparziali Consigli provinciali di Sanità, in aggiunta agli altri compiti connessi, ad esempio, all’insorgere di epidemie o al servizio farmaceutico¹⁴⁶. Altra idea lanciata dall’autore, anch’essa lungimirante soprattutto se si tiene in considerazione con quale anticipo è stata pensata, è quella di istituire una “Cassa di risparmio per il ceto medico, come uno dei mezzi più potenti a migliorare la [nostra] misera condizione materiale”¹⁴⁷, con la quale il medico “si assicura un reddito, una pensione per gli anni in cui ha diritto ad un compenso alle lunghe sue fatiche, ed un mezzo di sussistenza nei casi non rari di domestiche sventure, d’inabilità al lavoro o di malattie”¹⁴⁸.

La condotta medica – è necessario sottolinearlo – non godeva sempre di buona reputazione ed in una immaginaria “classifica” delle professioni mediche nell’Ottocento essa occupava uno dei posti più in basso, soprattutto quando legava il suo esercizio alla campagna, ed era superata di molte lunghezze da altre figure di medici (il medico ospedaliero, il medico di città, il medico docente universitario) che percepivano una retribuzione economica più alta e fruivano di un maggiore agio nell’esercizio del mestiere, del supporto di personale sanitario ausiliario e di

¹⁴⁴ Ivi, p. 16.

¹⁴⁵ Ivi, p. 20-21.

¹⁴⁶ Ivi, pp. 22-23.

¹⁴⁷ Ivi, p. 49.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

una strumentazione di gran lunga più efficiente. Il medico Giovanni Lanza, curatore del già ricordato Codice che porta il suo nome e presidente del Consiglio del Regno dal 1869 al 1873, non esercitò mai la condotta: ci fu un breve periodo in cui pensò che quella potesse essere la sua strada professionale, ma dei colleghi più illuminati gli fecero velocemente cambiare idea, come racconta uno dei primi biografi di Lanza, Enrico Tavallini, cinque anni dopo la sua morte riportando il contenuto di un carteggio tra il giovane medico e due colleghi più anziani ed esperti:

“Quindi risolsi di cercare una *condotta medica*, dove possa esercire la medicina con decoro e indipendenza” [la frase è virgolettata perché, a detta di Tavallini, è estrapolata da una lettera dello stesso Lanza]. E si raccomandava al Mariannini perché volesse trovargli un posto di medico-condotto in un qualche paese della Lomellina, mentre uguale richiesta rivolgeva all’amico Forni. Fu ventura che egli si rivolgesse a quei due amici, che ben conoscevano il valore di Lanza e lo amavano sinceramente; eglino seppero presto dissuaderlo da quel proposito.

“Dovrò io credere, gli rispondeva Mariannini, che il dott. Lanza si trovi ridotto a dover prendere il partito che mi dice? Oppure sarebbe questo un pensiero nato in un quarto d’ora melanconico? Certamente quel Comune che acquistasse un medico-chirurgo del vostro valore, dovrebbe dichiararsi fortunato; ma a voi e la vostra condizione qual frutto potrebbero sperarne? ... Nelle così dette condotte campestri non è men difficile avviarsi; e col sistema presente nulla v’ha di sicuro e lodevole... Ogni dì abbiamo vergognosi e abbominevoli esempi o minacce in queste comunità. Il pericolo di perdere la condotta si rinnova ogni tre anni...”.

E continuando a citare esempi ed a produrre argomenti convincentissimi, quell’ottimo amico scongiurava Lanza di abbandonare il suo *melanconico* divisamento.

Forni non fu meno eloquente del dott. Mariannini nel dissuadere l’amico dal suo proposito; e Lanza si arrese, specialmente, scriveva egli, perché lo

spaventava la pittura che gli si era fatta delle dipendenze del medico-condotto dagli arbitrii delle autorità municipali.¹⁴⁹

L'episodio occupa nella biografia di Giovanni Lanza lo spazio di un aneddoto, tra i tanti riferibili alla giovinezza del personaggio, un aneddoto che ha anche del divertente, quasi dell'umoristico, visto il sollievo con cui si riporta la notizia dell'abbandono dell'idea di Lanza di darsi alla condotta. Contestualizzato invece nel quadro più ampio di una delineazione storica e sociale della condotta medica nell'Italia del XIX secolo, lo stesso episodio lascia passare l'idea di una professione sanitaria di livello inferiore dalla quale stare alla larga, una professione che non registra nulla di "sicuro e lodevole", stretta com'è tra i rischi sociali connessi al contesto rurale e le storture derivanti dal rapporto di sudditanza con le amministrazioni comunali.

I dottori Mariannini e Forni non erano gli unici a commiserare, ai loro tempi, il lavoro da condotti: nelle riviste dell'epoca, le voci di chi la condotta medica la viveva molto da vicino – ovvero gli stessi medici condotti – lamentavano ricorrentemente quelli che potevano essere considerati autentici "problemi di categoria". L'instabilità connessa al contratto triennale, che spesso le amministrazioni comunali si astenevano dal rinnovare automaticamente, era la problematica più denunciata, accanto ad un carico di prestazioni davvero elevato, a causa della grande quantità di nomi che riempivano, spesso a sproposito, le liste di assistiti compilate dai municipi, ed inoltre

Onorario annuo meschino, oscillante mediamente tra mille e duemila lire, poco o nulla integrato da altre entrate percepite "graziosamente"; spese cospicue, come quelle per mantenere un "celere mezzo di trasporto", cioè una cavalcatura, in condotte provviste di "strade solo cavallare"; posizione subalterna nei confronti del notabilato e della possidenza locali, spesso largitori a capriccio del loro *placet*; concorrenza accanita da parte dei colleghi

¹⁴⁹ E. Tavallini, *La vita e i tempi di Giovanni Lanza. Memorie ricavate da suoi scritti, vol. I*, L. Roux e C. Editori, Torino-Napoli 1887, pp. 31-32. L'aneddoto è ricordato anche in G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 332.

più giovani, sfornati a ritmo sostenuto dalle facoltà mediche di Pavia e di Padova; lontananza da questi grandi centri della scienza medica e isolamento fisico, intellettuale, morale, in località escluse o ai margini del moderno “incivilimento”.¹⁵⁰

Un altro problema ricorrente per il medico condotto è quella di creare una relazione efficace con i pazienti, non già dal punto di vista terapeutico, ma prima ancora di tipo personale, di conoscenza e di contatto. “Psicologia e linguaggio sono talora barriere insormontabili”¹⁵¹, denuncia Cosmacini, che entra nel dettaglio di un rapporto spesso tendente allo scontro tra due diverse culture, due differenti mentalità, acuito dalla difficoltà dell’uso del dialetto da parte dei pazienti e dallo sguardo sospettoso e indagatore, poco facile all’affidarsi, che spesso il malato e i suoi familiari riservavano al medico in visita, preferendo sovente ricorrere a rimedi di altro tipo, tramandati di generazione in generazione, e ad altri, ciarlatani, “operatori di cura”. Curato, medico e maestro di campagna sono le figure tipiche di riferimento del contado, talvolta in accordo e in collaborazione tra loro, mossi come sono dalla comune causa del risanamento “sociale” del territorio di loro competenza, altre volte invece divise da atavici contrasti che affondano le loro radici in divergenti cause di natura politica (pro o contro i Borbone, pro o contro i Savoia, pro o contro l’unità della nazione a seconda delle singole realtà regionali) e in sentimenti troppo o troppo poco religiosi¹⁵².

E per restare nel filone della cattiva fama che si era guadagnata la condotta medica, un riferimento a metà tra la storia della medicina e la storia della

¹⁵⁰ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 342-343.

¹⁵¹ Ivi, p. 343.

¹⁵² A tale proposito si leggano alcune opere dell’epoca che bene rappresentano il dibattito in questione, secondo quanto riportato da Cosmacini (*Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., pp. 344-345): C. Ravizza, *Un curato di campagna. Schizzi morali*, Besozzi, Milano 1869; G. L. Gianelli, *Sugli scopi, mezzi e primordii dell’Associazione medica italiana*, Milano 1862. L’opera di Carlo Ravizza, in particolare, bene esprime la funzione sociale e spirituale che equipara il medico al parroco, e la doppia “cura” che pertiene ad entrambe le figure, la cura delle anime e quella dei corpi, un compito in molti luoghi e in molte epoche interscambiabile, che fece sì che si costruisse nel tempo da un lato il mito del “medico confessore” e dall’altro l’idea di un clero operativamente coinvolto in questioni sanitarie, ad esempio nella sensibilizzazione alla novità delle vaccinazioni o nella gestione delle epidemie e dei contagi: per fare una citazione tra le tante possibili tratte dal romanzo, “Il buon curato perciò dava ogni cura a crescere una popolazione sana e robusta, coadiuvato dal medico condotto, il quale per questa pia sollecitudine, forse più che per altro, si meritò il premio annualmente assegnato ai più distintivi vaccinatori” (C. Ravizza, *Op. cit.*, p. 64).

letteratura. Nel primo Settecento, Alessandro Knips Macoppe, medico padovano di famiglia tedesca, titolare nella locale università delle cattedre di “medicina teorica ordinaria” e di “medicina pratica ordinaria”, ebbe grande notorietà nella comunità scientifica della sua epoca non solo per le competenze professionali, ma anche per l’atteggiamento polemico e istrionico e la fervida vena letteraria come autore di un libretto di cento aforismi in lingua latina, dedicati all’arte medica, che ebbero larga e veloce diffusione prima in forma manoscritta e poi nelle tante edizioni a stampa. L’aforisma n. 72¹⁵³ così sentenzia, nella traduzione del medico milanese Ignazio Lomeni:

Se ti estimi capace di grandi voli, se ricchezze brami e onori, concepisci odio estremo al pratico medico esercizio nelle borgate o piccoli paesi di campagna vincolato a pubblico annale stipendio, fonte inesausta di rammarico e di schiavitù. Colà ti esporresti a malaugurata fatica ed a tormentosi affanni, fuor di speranza di riportarne proporzionato premio. Porti dunque a dimora entro doviziose città riboccanti di danaro ed abitate da copiosa popolazione. Ti offre la pesca un paragone persuadevole: dai fiumi poveri d’acque non si estraggono che piccoli pesci, mentre dalla immensità de’ mari il pescatore laborioso ritrae a lungo andare ricchissime prede.

Nell’edizione a cura di Lomeni, ogni aforisma è riportato in latino e accompagnato *a latere* dalla traduzione in lingua italiana e poi seguito da un commento in prosa a firma del curatore, una sorta di esegesi ad uso e consumo dei lettori, la “studiosa gioventù medica e chirurgica italiana”, come si legge nel frontespizio del volume, lì dove il traduttore “questa sua fatica dedica e consacra”¹⁵⁴. E nel commento all’aforisma su riportato, Lomeni non si astiene

¹⁵³ Si riporta l’originale in latino dell’aforisma: “*Si te ad alta natum spectabis, si divitias famamque quadri, fuge cane pejus ed angue luctuosam servilemque in terris ac oppidulis praxim communi public ove conducto pretio. Corpus labore, mentem dolore maceras magni sine spe praemii. Opulentas urbes, divitiis saturas, viris populosas, inhabita. Dant rumigerula flumina pisciculos, pinguem praedam tibi tandem laboranti pelagus evomet*”. Di seguito, il riferimento bibliografico dell’edizione degli aforismi di Knipp Macoppe da cui è tratta la traduzione sopra riportata: *La politica del medico nell’esercizio dell’arte sua esposta in cento aforismi dal celebre Alessandro Knipp Macoppe*, traduzione italiana con note del dottore Ignazio Lomeni, Tipi Giovanni Pirota, Milano 1826, p. 176.

¹⁵⁴ Ivi, p. 5.

dall'aggiungere anche il proprio parere sulla diatriba città/campagna, allineandosi con l'augusta voce del suo predecessore. Ponendo dunque il caso di un medico che decida di esercitare in campagna, il suo destino è senza scampo e sembra quasi riecheggiare gli orrori e la disperazione dell'Inferno dantesco: “dachè egli commetta verso se stesso la stoltezza di sacrificarsi al servile e lagrimevole esercizio nelle piccole comuni, sul limitare delle quali sta scritto a neri caratteri ‘Uscite di speranza, o voi ch’entrate | a penar sempre, e non sortirne mai’, il suo destino è segnato per una vitalizia infelicità disgiunta fin anco dalla possibilità di miglioramento, tanto la mancanza di risorse, i costumi ed i pregiudizi che dominano i piccoli paesi si trovano in diametrale opposizione coi progetti e colle abitudini degli uomini dotti”¹⁵⁵.

Infelicità, pena, sacrificio, pregiudizi, rammarico, schiavitù: una sommaria analisi delle scelte lessicali operate dal traduttore bene esprime la sensazione di opprimente disperazione che affligge l'incauto medico che finisce tra le “grinfie” della condotta medica, il “pubblico annale stipendio” (o la “servile pratica nelle terre”, per citare un'altra traduzione degli aforismi di qualche anno precedente, a cura di un medico di Pavia¹⁵⁶).

Dello stesso tenore è l'esercizio letterario di un poeta e patriota dell'epoca, Arnaldo Fusinato (1817-1888), che nel 1845 dedicò un'intera poesia in sei strofe al medico condotto Leonzio Sartori, intitolata appunto “Il medico condotto”¹⁵⁷. Le strofe sono intercalate da un ritornello, un “mestissimo salmo”¹⁵⁸, un “terribile intercalare”¹⁵⁹ che sembra fare eco al lapidario giudizio di Knips Macoppe e dei suoi traduttori sulla condotta medica: “Arte più misera, arte più rotta | non c'è del Medico che va in Condotta!”. Ogni strofa contribuisce a comporre un quadro di vita professionale in un paese di provincia: il “Dottor diletto [...] sotto l'ombrello dell'emisferico grigio cappello, coll'economica pipa chioggiotta che l'impassibile

¹⁵⁵ Ivi, p. 177.

¹⁵⁶ *Aforismi medico-politici del celebre Alessandro Knips Macoppe, volgarizzati col testo a fronte da Giuseppe Antonio del Chiappa*, Stamperia Fusi e Compagno, Pavia 1822, p. 87.

¹⁵⁷ La poesia è in A. Fusinato, *Poesie, vol. 1*, Giovanni Cecchini Editore, Venezia 1864, pp. 43-49. L'edizione è corredata da cinquanta tavole illustrate di Osvaldo Monti.

¹⁵⁸ Ivi, p. 45.

¹⁵⁹ Ivi, p. 47.

naso ti scotta”¹⁶⁰ è in perenne movimento, da mattina a sera, d’inverno e d’estate, di casa in casa, “senza tregua, senza respiro, [...] simbolo vero del moto eterno”¹⁶¹. Il motto “Sei pagato” che la gente ripete al medico e che il medico ripete a se stesso mentre esce di casa per rispondere all’ennesima chiamata è il *leit motiv* della giornata del condotto; le peripezie cui va rocambolescamente incontro sembrano ancora più paradossali se affrontate con l’amara constatazione della loro necessità, come un dovere da svolgere, in assoggettamento al soldo dell’amministrazione comunale. La giovane paziente in punto di morte, al cui capezzale il medico accorre sfidando una tempesta di neve, salvo poi scoprirla in piedi e sulla via della guarigione; la nobildonna che preferisce rivolgersi all’“illustre medico di città”, perché “le tue mani son troppo vili per toccar polsi così gentili”¹⁶²; i notabili della città, che hanno il potere di rinnovare o revocare l’incarico triennale della condotta; la gente del paese, subito pronta ad attaccare il medico colpevole di aver minimizzato un mal di denti o di aver prescritto farmaci costosi: i variegati personaggi che affollano le strofe della poesia aggiungono realismo al quadro che viene fuori dalla penna di Fusinato, e sono perfettamente in linea con il tono umoristico e scherzosamente divertito cui l’autore ricorre per prendere bonariamente in giro il povero medico condotto.

Ulteriore fonte di notizie sulle attestazioni storiche della condotta medica in Italia sono le biografie di medici più o meno noti, cui negli ultimi anni gli indirizzi di ricerca storica hanno dedicato spazio e attenzione e che costituiscono un interessante repertorio di informazioni sulla condotta medica. È stata particolarmente investigata la Lombardia del XIX secolo, i cui comuni hanno accolto medici condotti oggetto di studi biografici, dei quali offre una ordinata rassegna una recente pubblicazione a cura di Alessandro Porro¹⁶³, che lascia emergere “la difficoltà della vita e l’incertezza dello status, la precarietà del ruolo e l’asprezza dell’esercizio professionale, il confronto con le drammatiche condizioni di vita delle popolazioni e la necessità di rispondere a ogni problema con prontezza

¹⁶⁰ Ivi, p. 45.

¹⁶¹ Ivi, p. 46.

¹⁶² Ivi, p. 48.

¹⁶³ A. Porro, *Il medico condotto, precursore dimenticato e talvolta anche misconosciuto della sanità moderna*, in: “Confronti. Studi, ricerche e documenti”, 2012, 3, pp. 143-154.

ed efficacia, la scarsa remunerazione e l'inesistente previdenza sociale”¹⁶⁴. Si ricorda dunque la vita di Filippo Lussana¹⁶⁵, vissuto tra il 1820 e il 1897), che esercitò la condotta nei paesi della Val Brembana e, in qualità di professore di fisiologia nelle università di Parma e Padova, fu autore di importanti lavori scientifici utilizzati in diversi atenei del suo tempo, che ebbero per argomento il cervelletto, il senso del gusto, i disturbi del linguaggio. Ancora, Giacomo Castelli¹⁶⁶ (1862-1938), medico condotto nella zona bergamasca del Lago d’Iseo e che ebbe anche notorietà nazionale ed internazionale come chitarrista, tanto da essere considerato da qualche biografo il maggior esponente della chitarristica italiana primo-novecentesca. Infine, la singolare storia di Riccardo Pampuri¹⁶⁷, proclamato santo nel 1989: nato nel 1897 e morto nel 1930, fu condotto a Morimondo, a sud ovest di Milano, e qui si fece notare per lo spirito di sacrificio e di carità che connotava il suo essere medico, fino alla decisione di entrare nell’Ordine monastico di San Giovanni di Dio.

Si può fare poi il nome coevo del medico e politico Fabrizio Maffi¹⁶⁸, vissuto tra il 1868 e il 1955, mosso dalla duplice istanza della fede socialista e dell’esperienza professionale come condotto in diversi comuni del Pavese e del Vercellese¹⁶⁹. Maffi ebbe modo di toccare con mano la dilagante realtà della tubercolosi e ad essa dedicò i propri sforzi di lavoro e di studio con la fondazione

¹⁶⁴ Ivi, p. 148.

¹⁶⁵ Si veda A. F. Franchini, “Essere medico condotto alla metà dell’Ottocento”, in: G. Perbenni, L. Lorusso, *Filippo Lussana (1820-1897) Da Cenate alle Neuroscienze. Atti dell’incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007*, Fondazione per la Storia Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo 2008, pp. 57-70.

¹⁶⁶ B. Falconi, A. F. Franchini, G. Parimbelli, A. Porro, “Guglielmo Castelli (1862-1938): tra medicina e chitarra italiana”, in: C. Cristini, A. Porro (a cura di), *Medicina e musica*, GAM Editrice, Rudiano 2008, pp. 48-51.

¹⁶⁷ *San Riccardo Pampuri. Medico condotto poi religioso dei Fatebenefratelli, 1897-1930*, Roma, Postulazione Generale dei Fatebenefratelli, 1989.

¹⁶⁸ Per ulteriori informazioni sulla vita e l’operato professionale e politico di Fabrizio Maffi, si veda T. Detti, *Fabrizio Maffi. Vita di un medico socialista*, FrancoAngeli, Milano 1987; inoltre, il capitolo “Fabrizio Maffi: medico e ‘apostolo socialista’” in G. Cosmacini, M. De Filippis, P. Sanseverino (a cura di), *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945)*, FrancoAngeli, Milano 2004, pp. 113-119.

¹⁶⁹ A proposito dell’esperienza di medico condotto, primo incubatore delle idee di medicina sociale che animò la vita di Maffi, scrive Tommaso Detti: “Forte di conoscenze teoriche e di strumenti terapeutici d’avanguardia, sorretto da un alto concetto della professione medica come missione sociale, con la sua solerzia e la presto provata efficacia delle sue cure Maffi si conquistò rapidamente la stima e il rispetto di tutti” (Ivi, p. 78).

di dispensari antitubercolari e di due sanatori, quello del Gottardo ad Ambri-Piotta e un secondo istituto intitolato a Umberto I a Prasomaso, in Valtellina.

Dalle pagine di una rivista milanese antecedente qualche decennio, tra le tante del tempo a vocazione generalista, che venivano fondate e diffuse con l'intento di dilettere i lettori sulle più varie tematiche, viene fuori un altro ritratto di medico condotto, in uno stile a metà tra la narrazione autobiografica e la trasfigurazione letteraria in chiave sentimentale. La rivista, dal titolo "Glissons, n'appuyons pas. Giornale di scienze, lettere, arti, varietà, mode e teatri", annoverava due uscite alla settimana ed era giunta al suo sesto anno di vita. In un numero della fine di giugno 1839, trovò spazio in prima pagina una novella a firma di un medico, il dott. Lorenzo Ercolinni, scritta nel 1836, dal titolo *Aneddoto del colera*¹⁷⁰. Protagonista del racconto è un giovane medico condotto, Antonio, che l'autore dice essere suo compagno di studi universitari a Pavia sul finire degli anni Venti. Conseguita la laurea, i due se n'andarono "in condotta", come si soleva dire in quel tempo. Il caso volle che Antonio si trovò a dover visitare Nina, una giovane donna malata di colera, che era la sua fidanzata degli anni di scuola, cui aveva promesso le nozze prima che la partenza per l'università e le esperienze di città offuscassero il ricordo di lei e del loro giovanile amore.

Egli s'ebbe la chiamata, mentre stava nella sua cameretta, quella di un medico condotto il primo anno. Non vi era che un letticciuolo, un tavolo con sopra alcuni libri, e sui libri un cranio colle linee tinte in rosso del sistema di Gall. Il giovane medico vassene in condotta colle abitudini ancora dello studente, si prende a pigione un'unica stanza, mangia ad un'osteria, e viensene alla sua residenza, destando le speranze delle otto o dieci civili fanciulle della borgata, le quali confidano che il nuovo medico sceglierà fra loro la sposa: speranze che assai volte si avverano.¹⁷¹

¹⁷⁰ L. Ercolinni, *Aneddoto del colera*, in: "Glissons, n'appuyons pas. Giornale di scienze, lettere, arti, varietà, mode e teatri", 29 giugno 1839, anno VI, n. 52, pp. 205-207.

¹⁷¹ Ivi, p. 206.

La voce narrante si affretta a spiegare che era usanza assai diffusa che il medico condotto si sposasse il prima possibile e sovente questo accadeva con una giovane del luogo. La scelta di convolare a giuste nozze era il frutto di riflessioni ben ponderate, che tenevano conto del fatto che il matrimonio potesse offrire l'agio di "una vita più comoda e riposata", con gli indiscutibili vantaggi che possono derivare dall'acquisire "parentele nel sito, la pubblica opinione più favorevole verso un medico ammogliato, possibile l'accordo dell'interesse coll'affetto"¹⁷². E avveniva allora un'autentica metamorfosi del medico, nel passaggio dallo stato civile di celibe a quello di coniugato: l'uomo "si fa più grave; assume un'aria meditativa" e modifica anche il modo di vestire ("non più abiti troppo succinti; non più la scherzosa bacchetta in mano, ma la canna, quasi emblema del senno e della posatezza") che si fa specchio della raggiunta saggezza nella vita e nell'esercizio della professione.

Quando il villico sopraggiunto alla stanza del dottor Antonio per chiamarlo d'urgenza al capezzale della giovane pronuncia la terribile parola "colera", il medico non se ne spaventa.

L'umanità ebbe in questa circostanza, e specialmente ove il morbo infierì, una solenne testimonianza dello zelo, del coraggio dei medici. Sostenemmo indicibili fatiche, lottammo quasi corpo a corpo col morbo terribile, parecchi vi perirono, nessuno abbandonò il suo posto, o diede addietro; fu una gara di chi più coraggio, più assiduità mostrasse, nulla curando la fatica, il pericolo, la morte.¹⁷³

Gli eventi precipitano. Il medico si rende conto che la malata che è stato chiamato a curare è la sua promessa sposa di gioventù e la scena non manca di suscitare nel lettore sentimenti di compassione e coinvolgimento, accresciuti dal tragico contesto dell'imperversare del colera, malattia flagello del secolo. La giovane Nina, grazie alla pronta ed efficace assistenza prestata dal medico, troverà la guarigione, mentre a perire sul campo da eroe sarà lo stesso Antonio, che

¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ *Ibidem.*

contrarrà il morbo e di lì a qualche giorno spirerà tra le braccia della ritrovata compagna. Sarà Nina, qualche tempo dopo, incontrato davanti alla tomba del fidanzato il collega e amico Lorenzo, a raccontare la triste storia del giovane medico condotto morto di colera e del loro amore incompiuto, e il suo interlocutore deciderà poi di farne la trama per la pubblicazione di una novella.

Una storia realmente accaduta? Il frutto di un'immaginazione particolarmente incline ai toni del melodramma e del *feuilleton*? Domande destinate a restare senza risposta. Quel che è certo è che la novella, ripulita dalla patina romanticamente tragica che la ricopre, offre un vivido ritratto del medico condotto della prima metà dell'Ottocento, delle pratiche di diagnosi e di cura cui si faceva ricorso: l'esame obiettivo che consisteva nel contare le pulsazioni del polso e sentire al tatto la temperatura corporea, e poi le terapie prescritte, le "fregagioni", le "applicazioni di panni caldissimi" e i salassi. Sul finire della storia, un'immagine: al cospetto della tomba del dottor Antonio, il narratore regala alla povera Nina, prostrata dal dolore, un oggetto personale del medico. Si tratta del suo "astuccio da lancette"¹⁷⁴, strumento di lavoro che nel corso della storia si era visto anche all'opera, in mano al medico mentre praticava il salasso al braccio di Nina, ora elevato a romantico ricordo per la giovane donna.

La novella, inoltre, fa luce anche su un piccolo, ma significativo dettaglio collegato agli usi e costumi dei medici di condotta: fresco di titolo accademico, il giovane protagonista della storia fa una scelta piuttosto diffusa all'epoca per i neolaureati, quella di "andarsene in condotta": tra gli sbocchi lavorativi della carriera medica, quello delle condotte mediche è nell'Ottocento il più accessibile, tanto da essere scelto da poco meno della metà dei laureati in medicina e

¹⁷⁴ La lancetta era uno strumento chirurgico di fabbricazione inglese, utilizzato per praticare incisioni. Per una precisa descrizione dell'uso della lancetta e del suo astuccio contenitore, si veda la voce "Lancetta" a cura di Antonio Cattaneo nel *Supplimento al nuovo dizionario universale tecnologico o di arti e mestieri compilato dalle migliori opere di scienze e d'arti pubblicate negli ultimi tempi*, vol. XVI che rappresenta anche la prima traduzione italiana del *Nuovo dizionario universale tecnologico o di arti e mestieri e della economia industriale e commerciante compilato dai signori Lenormand, Payen, Molard jeune, Laugier, Francoeur, Robiquet, Dufresnoy*, vol. 30, la cui prima edizione italiana viene pubblicata a Venezia dalla tipografia di Giuseppe Antonelli nel 1873. A p. 273: "rimovendo un pezzo il quale serve d'impedimento, una molla spinge innanzi la lancetta per fare l'incisione che si ha in mira di eseguire; per mezzo della sua stessa molla, si ripone la lancetta nel suo astuccio. [...] La lancetta in questo stato, essendo solidamente presentata sopra una vena, nella conveniente posizione, quando si allontana l'ostacolo va a battervi contro e la pugne. [...] La punta deve fare nello stesso tempo un movimento laterale corrispondente, ciò che determina la lunghezza dell'incisione".

chirurgia¹⁷⁵. Le altre opzioni erano senz'altro di più complessa attuazione: la libera professione era resa difficile dalla sovrabbondanza numerica dei laureati in medicina e dalla diffidenza che spesso le famiglie più abbienti mostravano nei confronti dei medici di prima esperienza, preferendo loro dottori più anziani e di comprovata professionalità. Poco consigliabile era anche l'assunzione all'interno di un ospedale, spesso mal retribuito e faticoso; c'era poi la possibilità di lavorare all'interno di carceri, orfanotrofi e ospizi, attività però anche questa preclusa ai medici di nuova nomina e sovente praticata quasi in maniera esclusiva dai medici libero esercenti per arrotondare lo stipendio. Infine, la carriera accademica, che restava la strada più ostica per la difficoltà dell'accesso e la limitata diffusione geografica delle università negli antichi stati pre-unitari¹⁷⁶.

E in tema di titoli di studio universitari, c'è un aspetto che ai nostri giorni potrebbe sembrare ovvio, ma che rapportato ad epoche passate è senz'altro da rimarcare e giudicare positivamente: in tutti gli stati della penisola l'assistenza ai poveri fu sempre affidata a professionisti in possesso di un titolo di laurea, in medicina o in chirurgia o in entrambe le specialità, contribuendo a creare già un positivo distacco rispetto al discutibile operato dei "ciarlatani" o a pratiche di cura tradizionali e popolari che sovente oltrepassavano i confini della magia e della superstizione. In un panorama europeo che invece, per quel che riguardava la cura dei meno abbienti, riteneva sufficiente anche un titolo di studio inferiore o non ne richiedeva alcuno, il sistema della condotta medica spicca per efficienza e validità¹⁷⁷. Certamente la differenza di livello di studi e profondità di cultura tra medico condotto e paziente in alcuni contesti rischiava di trasformarsi in un divario insormontabile, e non mancò probabilmente di dare origine ad una certa

¹⁷⁵ Cfr. L. Pellegrino, *La sanità pubblica a Manfredonia*, cit., p. 299.

¹⁷⁶ A tale proposito, si veda B. Montagni, *Angelo consolatore e ammazzapazienti. La figura del medico nella letteratura italiana dell'Ottocento*, Le Lettere, Firenze 1999, p. 44. A testimonianza della difficile realizzazione professionale che spesso caratterizzava la carriera medica, l'autrice riassume il contenuto dell'anonima novella primo-ottocentesca *Il giovine medico*, cui già si è fatto riferimento in questa sede. Le peripezie vissute dallo sfortunato protagonista della storia e le enormi difficoltà incontrate nell'accedere alla professione rischiano di condurlo nella miseria e nella disperazione e rappresentano una parabola di vita di un medico di provincia del tempo, al quale solo l'immancabile lieto fine offre il riscatto del meritato guadagno e della conquistata dignità professionale. Per quel che riguarda le possibili strade professionali percorribili da un medico al conseguimento del titolo di studi, si faccia riferimento anche a A. L. Forti Messina, *I medici condotti e la professione del medico*, cit., pp. 122-132.

¹⁷⁷ Ivi, p. 158.

distanza relazionale che in certi casi caratterizzò il rapporto terapeutico¹⁷⁸, ma allo stesso tempo fu probabilmente anche alla base della presa in carico, da parte del condotto, non solo dello stato di salute dei suoi pazienti, ma anche di problematiche a carattere culturale, politico ed economico, che ne fecero a tutti gli effetti un “medico sociale”, per dirla con Cosmacini.

Riprendendo il discorso della decisione di “andarsene in condotta”, molto diffusa, quasi inflazionata tra i giovani laureati, così si esprimeva a metà Ottocento il già citato dottor Reno Alimonta, prospettando ad un medico appena licenziato dall’università una scelta difficile:

Quali sono gli emolumenti, di cui egli può godere? Dopo che un padre avrà in gran parte o tutte sacrificate le proprie sostanze per gli studj d’un figlio, dopo che questo avrà consumati i più belli anni di sua vita, [...] se vuol guadagnarsi appena da vivere, o bisogna, che vada a penare in una miserabile condotta, o bisogna, che ancor prima con ulteriore suo dispendio si metta a servire qualche medico anziano ed accreditato della città.¹⁷⁹

Il giudizio che Alimonta dà della condotta non può certo esser definito lusinghiero: il medico che fa l’infelice scelta “d’andare a carcerarsi, ed imbarbarirsi in una piccola condotta”, “null’altro può sperare, che di vivere alla giornata”, “null’altro può aspettarsi, che di dover fare delle lunghe miglia a piedi dalla mattina alla sera, da una povera casa all’altra fino al termine de’ suoi giorni” e “non potrà avere, che una qualche conduttuccia, sita forse fra le selve, ed i burroni, dove in mezzo alla miseria, all’ignoranza, alle contumelie, dopo d’aver servito per lunghi, e lunghi anni col più grande impegno, per uno scarsissimo appuntamento, o molto amaro pane, dopo aver malmenata la propria vita col trascinarsi attorno continuamente”¹⁸⁰.

Ancora una rivista, questa volta rivolta ad un pubblico di specialisti, il “Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino”, ospita nelle sue

¹⁷⁸ Si veda a tale proposito G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, cit., p. 343.

¹⁷⁹ R. Alimonta, *Op. cit.*, p. 12.

¹⁸⁰ Ivi, pp. 19, 13-14.

pagine in più forme espliciti riferimenti alla pratica della condotta medica. L'uscita del 30 aprile 1851 accoglie ad esempio una "necrologia"¹⁸¹ di un giovane medico di nome Antonio Destefanis, dettata dalla "penna veritiera e amica" di un collega di cui si riporta solo il cognome, Selva. Destefanis fu il titolare della condotta del paese piemontese di Salussola dal 1846 fino alla morte, giunta prematuramente nel 1851 e della sua esperienza da condotto così scrive l'autore del pezzo: "Dire dipartitamente quanto facesse in pro dell'umanità in 4 anni e 4 mesi sarebbe impossibile: basti accennare dei molti eccitamenti al municipio per provvedimenti igienici e miglioramenti sanitari, della proposta di una condotta medico-chirurgica, delle opere stampate riguardanti soprattutto l'igiene di Salussola, che egli avrebbe voluto veder rifiorire per popolazione sana, numerosa, robusta di corpo e di anima"¹⁸². Saranno proprio "le fatiche inerenti alla condotta"¹⁸³ a provare il già non florido fisico del medico, fino a condurlo alla morte a soli 29 anni.

Qualche numero prima, nella stessa rivista un articolo di tutt'altro tenore: viene pubblicato il "Discorso sull'organizzazione delle condotte mediche e sull'associazione medica"¹⁸⁴, tenuto dal dottor Cesare Ferraris a Dronero il 5 gennaio 1851, indirizzato al deputato prof. Demaria, che con toni accorati e solenni ribadisce la duplice utilità dell'istituto della condotta medica sul piano tanto sanitario quanto sociale. "L'organizzazione delle condotte mediche – è il pensiero espresso da Ferraris – vale non solo a proteggere la salute pubblica con maggiore attività, e migliore successo, ma a prevenire il pauperismo, il quale nel nostro paese non divenne ancora, come in Inghilterra, una calamità nazionale, ma non ci è affatto estraneo"¹⁸⁵. L'autore del discorso prosegue sottolineando come i medici siano la voce dell'"umanità stretta dalle sue angustie"¹⁸⁶, i fidati depositari dei mali e delle sofferenze della gente comune e spesso promotori di battaglie legislative e

¹⁸¹ Selva, *Necrologia. Il medico Antonio Destefanis*, in. "Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino", 30 aprile 1851, anno IV, vol. 10, pp. 562-565.

¹⁸² Ivi, p. 563.

¹⁸³ Ivi, p. 564.

¹⁸⁴ "Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino", Tipografia Favale e comp., 10 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 450-452.

¹⁸⁵ Ivi, p. 450.

¹⁸⁶ Ivi, p. 451.

politiche grazie alle quali è stato significativamente ampliato il quadro dei diritti sociali. È in virtù di ciò che Ferraris si dice certo che “i medici del nostro Stato [...] si faranno sagaci indagatori delle miserie del popolo, e n’è felice presagio lo studio, recentemente intrapreso, di alcune fra le molte malattie endemiche, che quivi dominano. In questo modo si renderanno benemeriti del popolo, e del governo istesso, il quale ricevendo per loro opera il quadro dei mali diffusi particolarmente nelle classi indigenti, si troverà in grado di conoscere più da vicino le cagioni, e di rimuoverle”¹⁸⁷. È evidente il riferimento al gran numero di studi, dati in quel periodo alle stampe da medici condotti particolarmente zelanti ed operosi, sulla scorta delle patologie e dei casi clinici con cui avevano a che fare nello specifico di un territorio.

Il discorso fa da introduzione alla discussione di un “argomento” dal lungo titolo (“Necessità di una organizzazione di servizio sanitario, sotto il nome di condotte mediche, suo scopo, mali, ai quali porta rimedio, sua influenza nella civilizzazione del nostro paese, miglioramenti, dei quali essa è naturale sorgente”¹⁸⁸), che si apre con una riflessione sul legame tra povertà e malattia e, a seguire, una lucida constatazione che sembra precorrere di decenni uno dei principi fondanti della medicina contemporanea, ovvero l’idea di una medicina preventiva piuttosto che curativa e del notevole risparmio economico pubblico che può derivare da una saggia politica igienico-sanitaria:

basti l’osservare che, che le spese richieste dalla esecuzione delle sue leggi e che si fanno tanto a mal umore, o si vogliono affatto risparmiare, si fanno poscia in proporzione maggiore nel curarlo e nel nutrirlo quando è ammalato, o

¹⁸⁷ Ivi, p. 452.

¹⁸⁸ L’“argomento” è pubblicato in più parti su tre distinti numeri della rivista (“Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino”, Tipografia Favale e comp., 10 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 453-462; 20 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 499-516; 10 maggio 1851, anno IV, vol. XI, pp. 38-50). Il tema era piuttosto caldo, in quel periodo, in quanto nel parlamento del Regno di Sardegna era in discussione un progetto di legge per riordinare i regolamenti relativi alla condotta medica, in realtà con scarso seguito da parte dei parlamentari, che evidentemente non ritenevano la materia particolarmente urgente; il progetto era invece molto a cuore della Reale Accademia, che si sentiva in dovere di essere coinvolta, e continuò ad occupare diverse pagine delle successive uscite del Giornale.

caduto in completa degenerazione; e ognuno sa, senza bisogno di grandi cognizioni economiche, che costa più un povero ammalato, che dieci sani.¹⁸⁹

Il lungo discorso è finalizzato a perorare presso il parlamento dello Stato di Sardegna – cui si rivolge Ferraris in qualità di rappresentante della Reale Accademia – la causa di una più efficace organizzazione delle condotte, che non è meramente per il ceto dei medici “un interesse di classe, un amor esclusivo del suo ben essere [ma] ha mire più generose, le quali sono in perfetta armonia colla pubblica utilità”¹⁹⁰, in quanto “nessuno certamente deve più del medico sollecitare con maggior premura dal Governo quelle provvidenze che valgono a diffondere fra il popolo que’ miglioramenti che possono sostenerla contro le cause di deterioramento che la circondano da ogni lato; nessuno pure vede più da vicino le cause di questo, e può più di lui ponderare gli effetti”¹⁹¹: a parlare è un medico ben consapevole del valore altamente “sociale” della sua professione.

Molti anni dopo – era il 4 maggio 1908 – nella bolognese Clinica di Sant’Orsola, all’interno dell’aula dove svolgeva la propria attività didattica il prof. Augusto Murri¹⁹², una voce molto nota ai contemporanei, appartenente all’alveo dei grandi nomi della letteratura italiana, tenne un discorso solennemente dedicato “Ai medici condotti”. La voce era quella di Giovanni Pascoli, amico e fervido sostenitore di Murri, da sempre mosso da un sentimento di profonda ammirazione nei confronti dell’intera categoria professionale dei medici per le tristi vicende che complicarono la sua vita e che lo portarono ad avere a che fare più volte con i tanti volti della sanità nazionale del suo tempo¹⁹³. Con tono accorato il poeta così si rivolse al pubblico d’eccezione della sua prolusione, costituito da medici condotti:

¹⁸⁹ Ivi, p. 499.

¹⁹⁰ Ivi, p. 501.

¹⁹¹ Ivi, p. 509.

¹⁹² Nato nelle Marche nel 1841 e morto a Bologna nel 1932, Murri fu uno dei più celebri medici del suo tempo, docente universitario di clinica medica e autore di una vastissima produzione scientifica sul tema (*Lezioni di clinica medica*, Società Editrice Libreria, Milano 1908; *Il medico pratico*, Zanichelli Editore, Bologna 1914). Per ulteriori notizie su Murri, si veda S. Castellano, *Metodo clinico e pensiero critico in Augusto Murri*, Cortina, Verona 2015; G. Cosmacini, “Augusto Murri e la Scuola medica bolognese”, in: W. Tega (a cura di), *Storia di Bologna*, AIEP, San Marino 1987, pp. 401-420.

¹⁹³ Il 21 marzo 1912 Pascoli fu anche nominato socio onorario della Società medico-chirurgica di Bologna, come riportato da un trafiletto di un quotidiano locale (“Il giornale del mattino”, 22 marzo 1912, p. 4) che metteva in luce “le benemeritenze verso la classe medica” del poeta, “che molte volte ha esaltato, con la sua parola alata e commossa, l’opera altamente umanitaria della Scienza e dei Medici”. E merita una

Donde venite o uomini? venite da un mondo ben reale, o compagni miei! Venite da tutte le miserie umane, che voi cercate di prevenire, di curare, di lenire almeno, tutte, negli altri, essendo destinati assai spesso a soffocare in voi la peggiore: l'umana ingratitudine. Mal retribuiti, assai spesso, mal conosciuti, sorvegliati, cinti di divieti, irretiti di sofismi, soffocati di diffidenze, da persone che interpretano come servizio di schiavi un'arte esercitata liberalmente a loro profitto, fischiati (s'è vista anche questa!), ingiuriati, persino espulsi, da gente che profittava delle nuove libertà contro i benefattori del presente e apostoli dell'avvenire, voi venite qui... A che fare? A rifornirvi di nuove armi per la vostra assidua battaglia contro il malore, a costo di darne e aguzzarne una contro voi in man di quelli che credono o mostrano di credere che un medico, da loro così ben pagato e trattato, deve saper tutto sin dal giorno della laurea.¹⁹⁴

Segue poi un particolareggiato quadro della vita quotidiana del medico condotto, rivolto ad un "tu" immaginario che si fa modello dei tanti medici condotti italiani dei primi anni del secolo: le corse a cavallo contro il tempo, le improvvisate chiamate notturne, lo scappare da una casa all'altra, i mezzi e gli strumenti sovente di fortuna, le gravi decisioni da prendere d'istinto e a sangue freddo, le discussioni concitate con "i buoni uomini della tua condotta", il bruciante senso di sconfitta che coglie anche il più combattivo dei medici davanti al fallimento delle cure.

citazione, in questa sede, il carteggio tra Giovanni Pascoli e l'amico di una vita Antonio Dal Prato, medico condotto a Castiglione di Ravenna, carteggio conservato nell'Archivio di Giovanni Pascoli presso la casa del poeta e della sorella Maria a Castelvechio (segnatura del plico "Dal Prato", consistente di 13 unità tra lettere e cartoline: G.31.9) e del cui contenuto è possibile visionare le scansioni digitali [URL: <http://www.pascoli.archivi.beniculturali.it/index.php?id=65&ChiaveAlbero=738&objId=727&ApriNodo=-> - consultato in data 30/09/2018]. Per una riflessione più ampia sulla fascinazione che la medicina e i medici esercitarono sul poeta romagnolo lungo tutto l'arco della sua vita, si legga l'editoriale a firma di Adelfio Elio Cardinale, attuale Presidente della Società Italiana di Storia della Medicina, pubblicato sulle pagine de *Il Giornale di Sicilia* il 1 luglio 2013 [URL: http://gds.it/2013/07/01/giovanni-pascoli-e-la-medicina-larte-lunga-che-aiuta-la-gente-271487_164776/ - consultato in data 30/09/2018].

¹⁹⁴ Il discorso fu pubblicato da una casa editrice milanese nel 1955 (G. Pascoli, *Ai medici condotti*, Il Giardino di Esculapio, Milano 1955) ed è consultabile sul web [URL: https://www.liberliber.it/mediateca/libri/p/pascoli/ai_medici_condotti/pdf/ai_med_p.pdf - consultato in data 30/09/2018]. Il brano riportato è tratto dalla trascrizione online del discorso (pp. 7-8).

Su, inforca il tuo cavallo, rasenta i precipizi, attraversa i torrenti; misura col birocino le lunghe strade assolate o fangose, gira la città di catapecchia in catapecchia. Riposerai la notte. E la notte, sussulta allo squillo imperioso del campanello, balza giù, va magari a far da levatrice in una casupola lontana lontana, dove manca tutto. E all'alba ricomincia, e qua, in una remota stamberga, improvvisa un'operazione, improvvisando prima, con trespoli e sgabelli e cenci, il letto operatorio; e là, forse in una bella casa, ascolta senza dar segno di cruccio, che la famiglia ha creduto di dover ricorrere a un altro e che tu sei ringraziato e licenziato; e altrove leggi in un amaro sogghigno, odi anche da una bocca sibilante l'accusa d'aver lasciato o d'aver fatto morire, tu, tu che vuoi alla natura strappare il poter della vita, ma toglierle il poter della morte non puoi; e altrove, dove il male è il mal della miseria, il male il cui bacillo specifico è l'egoismo umano, fa tu l'ammenda di tutti quelli che sbriciano sotto la tavola il pane che là manca, e mettiti le mani in tasca, o ben pagato, e manda al misero un po' del brodo e della carne preparati per la tua famigliola! E rassegnati a passar ancora gli esami ogni giorno della tua vita, a esser giudicato, a esser classificato da tutti i buoni uomini della tua condotta, i quali sembrano crederci in diritto d'aspettarsi da te il miracolo e nel tempo stesso pensano e dicono d'essere in grado di far l'arte tua meglio di te.¹⁹⁵

La lunga allocuzione non trascura di lanciare qualche stoccata alle istituzioni, colpevoli di lasciare irrisolta la questione tutta economica dell'inadeguatezza dello stipendio retribuito dai municipi in correlazione all'ingente carico di lavoro richiesto ai condotti ("due lire e ottanta centesimi. Coi miseri incerti di qualche consulto, di qualche operazioncella e di qualche visita fuori della condotta, si può calcolare che il suo guadagno arrivasse circa a quattro lire, piuttosto meno che più"¹⁹⁶). Gli "antesignani dell'Era nuova" – è sempre Pascoli a parlare, in conclusione del suo discorso – portano avanti una missione che è, ancora una volta, tutta sociale: contrastano le malattie, alleviano le sofferenze, allontanano lo

¹⁹⁵ Ivi, p. 8.

¹⁹⁶ Ivi, p. 10.

spettro della morte, e così facendo, si ergono a testimoni viventi di giustizia, tolleranza e pietà¹⁹⁷.

E per dare parola anche alla autorevole voce di Augusto Murri, nella cui aula Pascoli tenne il proprio “Discorso”, è significativo ricordare il ritratto del medico condotto che viene fuori da un suo libro il cui titolo – *Dei medici futuri* – guarda con ottimismo agli anni di là da venire. “Ai tempi miei” scriveva Murri, e i tempi cui si riferiva erano quelli della metà dell’Ottocento, prima della legge del 1888 “il medico condotto era ancora un pover’uomo, che per poche decine di lire al mese doveva saper tutto, far due ore di montagna sopra un mulo per eseguire un salasso o per assistere invece una partoriente in un misero tugurio, ma nello stesso tempo saper distinguere i più intricati aggrovigliamenti di fatti dinanzi a un malato di cervello o ad una febbre di mesi”¹⁹⁸.

Le attestazioni documentarie dell’epoca, di cui il presente paragrafo ha cercato di dare un sintetico, e di certo non esaustivo, saggio, volutamente diversificato per contenuti e per tipologia di fonte, contribuiscono dunque a dare precise caratteristiche alla realtà storica del lavoro di medico condotto, cui era da ascrivere la gestione di un servizio di assistenza sanitaria per i poveri nel complesso valido ed efficiente, tanto per la capillarità della diffusione geografica nell’intero territorio nazionale, quanto per la capacità di “presa in carico” delle più disparate situazioni cliniche e nosologiche. Dello stesso parere era Giuseppe Canziani, che nel 1842 elogiava a gran voce le condotte lombarde:

Questo sistema delle condotte, che già sussiste da più secoli in Lombardia, si ignora ed è trascurato in alcuni degli Stati più inciviliti d’Europa... Mercé poi il modo con cui sono attualmente amministrati questi comuni, un tale sistema è ora così bene organizzato, che si può francamente asserire, senza tema di essere smentiti, non esservi in tutta l’estensione della terra lombarda cassinaggio benché piccolo, sia esso in pianura o su d’alpestre roccia, che non

¹⁹⁷ Ivi, p. 11.

¹⁹⁸ Il passo è riportato da A. Spallicci, *Augusto Murri e il suo metodo d’indagine clinica*, Mondadori, Milano 1944, p. 66.

fruisca d'un esercente sanitario tenuto a prestarsi alla gratuita assistenza dei suoi poveri.¹⁹⁹

E l'elogio, fatte le debite proporzioni e variazioni, può facilmente essere esteso dalla Lombardia al resto della penisola.

1.10. Una retrospettiva letteraria: medici condotti e medici di campagna tra le pagine di racconti e romanzi

Un punto di vista privilegiato sulla figura del medico condotto italiano può essere offerto dalla possibilità di rintracciare le trasposizioni di tale figura professionale nella letteratura del suo tempo. È questo l'approccio che fa da fondamento ad un preciso orientamento di studi nato negli ultimi decenni del Novecento, le cosiddette *medical humanities*, e cioè lo sguardo comparato delle arti (letterarie, visive, teatrali, cinematografiche) sulla figura del medico, sulla concezione e la gestione della malattia e sul rapporto tra medico e paziente, con l'obiettivo da un lato di leggere e analizzare le numerose attestazioni di scene e situazioni che hanno per protagonisti medici e pazienti rintracciabili in dipinti, sculture, romanzi e racconti; dall'altro, di ideare e attuare occasioni di uso dell'arte e della letteratura in ambito sanitario, come spunto per la presa di coscienza e la riflessione sulla relazione terapeutica e sulla percezione della malattia, da parte tanto dell'operatore sanitario quanto del malato²⁰⁰. Il punto di vista delle *medical*

¹⁹⁹ G. Canziani, *Sui medici e chirurghi lombardi. Notizie statistiche per l'anno 1842*, in: "Gazzetta medica", 1842, n. 12, p. 102. Forti Messina, che riporta tale citazione, suggerisce che uno degli "Stati più inciviliti d'Europa" potesse essere la Francia, il cui rapporto tra numero dei medici e numero degli abitanti nelle campagne era di molto più svantaggioso rispetto alla situazione contemporanea registrata negli stati italiani (A. L. Forti Messina, *I medici condotti e la professione del medico*, cit., p. 157).

²⁰⁰ Le *medical humanities* nascono sul finire degli anni Sessanta dello scorso secolo negli Stati Uniti, grazie al bioeticista Edmund Pellegrino, che molto operò per sensibilizzare numerose scuole di medicina americane all'opportunità di inserire, all'interno dei piani di studio, degli insegnamenti di *medical humanities*, fermamente convinto della loro utilità. Il principale testo di riferimento è E. Pellegrino, *Humanism and the physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979. Per maggiori dettagli sulla storia dello sviluppo delle *medical humanities*, si veda S. Spinsanti, "Una prospettiva storica", in R. Bucci (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadig, Roma 2006, pp. 15-41. Tra le iniziative messe in atto all'interno di programmi di formazione incentrati sulle *medical humanities*, ci sono la lettura e la visione di opere artistiche, l'analisi sincronica e diacronica cioè dei numerosi ritratti di medico e di paziente delineati

humanities potrebbe costituire, dunque, una significativa lente di ingrandimento sulla figura del medico condotto o, più in generale, del medico di campagna, e sulla sua forte presenza nell'immaginario collettivo degli ultimi due secoli, immaginario di cui le attestazioni artistiche sono lo specchio fedele.

Una rassegna esaustiva dei numerosissimi luoghi, anche minori e poco noti, della letteratura italiana in cui compare un medico è offerta nel volume *Angelo consolatore e ammazzapazienti. La figura del medico nella letteratura italiana dell'Ottocento*, a cura di Benedetta Montagni, il cui arco temporale di indagine è però ristretto al XIX secolo, come evidenziato dal sottotitolo, e cui già si è fatto riferimento all'interno del presente capitolo. Un secolo, l'Ottocento, fortemente attratto dalla malattia, “prima donna assoluta [...] corteggiata e ricercata da ogni aspirante protagonista”²⁰¹ di novelle, racconti brevi e più articolati romanzi, dove si aggira sempre, se di malattia si parla, un medico, in alcuni casi semplice figura di contorno, poco più che una comparsa, convocato al capezzale dello sfortunato malato, quasi a segnare già il trapasso a miglior vita, ma sempre più spesso dotato di una propria autonomia di pensiero, di parole e di azione che ne fanno uno dei personaggi principali della trama, e in alcune opere addirittura il protagonista assoluto (o l'antagonista). Un personaggio ed un ruolo che non restano fermi e cristallizzati in un unico, possibile prototipo, ma che si evolvono e mutano come si evolve e muta il secolo, in parallelo con il progredire delle conoscenze tecnico-scientifiche che fortificano il sapere clinico.

E così, all'inizio dell'Ottocento, il medico, ancora in ricerca di un riconoscimento e di una dignità professionale, oscilla tra due paradigmi, quello che lo porta a percorrere strade poco agevoli nelle più sperdute campagne, mosso da un istinto di caritatevole missione dei confronti del prossimo alle cui cure si vota per intero, e la contrastante ciarlataneria di altri medici, che sembrano non aver ancora saldamente compreso l'importanza del proprio compito. I decenni successivi, quelli centrali del secolo, offrono il ritratto di un medico elevato al rango di serio

nel corso della storia da pittori e letterati, fino ai più recenti esempi nell'ambito della cinematografia, del teatro e della produzione seriale per la televisione.

²⁰¹ B. Montagni, *Op. cit.*, p. 7.

professionista²⁰², che si mostra votato ad un'unica fede, quella nel progredire positivo della scienza medica, che richiede continui studi e aggiornamenti, ampiamente ripagati dall'enorme ampliarsi delle possibilità di guarigione e di risoluzione dei mali. La decadente atmosfera *fin de siècle* finisce per travolgere anche il medico, alla prese sempre più spesso anche con malattie mentali (nevrosi, manie, follie, stati depressivi), costretto e bloccato da un senso di incapacità, quasi di inettitudine, che lo porta in alcuni casi a farsi dimissionario del proprio ruolo, del proprio statuto, a rinunciare cioè a quella stessa altissima missione di cui era stato investito cento anni prima, alle soglie dell'epoca della modernità.

Attraverso le pagine di testi letterari dell'Ottocento italiano più o meno famosi, dunque, si assiste a quella che può essere considerata una autentica metamorfosi della figura del medico, tanto nella idea di sé e del proprio lavoro che lo stesso medico ha, quanto agli occhi dei pazienti, per i quali è ora portatore di benefica guarigione del corpo e dell'anima, ora invece mosso quasi da un istinto di crudele danneggiamento. I medici che riempiono la retrospettiva di Benedetta Montagni sono numerosi e di varia professionalità: nella maggior parte dei casi, a onor del vero, medici dei ricchi, dottori rinomati, spesso anche competenti, che entrano nelle bene arredate case della nobiltà o dell'alta borghesia per visitare il malato o la malata di turno, o medici ospedalieri o universitari, versati nella ricerca e in una puntuale conoscenza dell'anatomia umana, della nosologia e della farmacologia.

Non mancano, però, medici di campagna o di provincia, sovente esplicitamente chiamati "condotti", che percorrono le polverose strade dei contadi e attraversano la soglia di misere, affollate casupole.

È Cesare Cantù, ad esempio, a dare forma ad un ritratto di medico condotto esemplare, le cui gesta sono calorosamente elogiate:

²⁰² "Nossignori, la medicina non è un sacerdozio; è una professione, ma una nobile professione che richiede, in chi la esercita, mente elevato e cuore ben fatto", dice Berruti nel libretto ad uso e consumo dei medici condotti di cui già si è detto sopra (G. Berruti, *Op. cit.*, p. 43): è il definitivo abbandono, dalla diretta voce di un esponente dell'epoca, dell'idea di medico-missionario per guardare invece al nuovo concetto di un medico-professionista esperto e competente.

Ben altro è il dottore del paesello nostro, e la cui bontà così potesse esser di esempio! Da molti anni fu condotto a servire a tre Comuni vicini, e lo zelo che pose ne' primi mesi, quello continua sempre. Non trascurò le dottrine della sua scienza, ch'anzi si tenne continuamente informato de' passi che fa. [...] Dove accade bisogno, sia notte o dì, trattisi d'un ricco o d'un povero, d'uno vicino o d'un lontano, voi lo vedreste pronto, giulivo, pieno della carità più cristiana.²⁰³

Un medico condotto dei più encomiabili della letteratura nazionale, quello disegnato da Cantù, al pari di un suo collega assunto agli onori dei romanzi, il dottor Antonio dell'omonimo libro a firma di Giovanni Ruffini²⁰⁴, anch'egli condotto (a Bordighera), giovane, colto, appassionato, animato da immancabili idee patriottiche, esperto e competente modello di professionista che svolge al meglio il proprio lavoro ed è consapevole dell'importante ruolo sociale che riveste all'interno della comunità²⁰⁵.

O ancora, un altro medico condotto, con diversi anni in più sulle spalle, stremato dai ritmi di un lavoro che non lascia occasione di riposo, è in un "dolce ricordo" di R. Fucini: l'anziano dottore, "medico in un comunello di montagna [...] coi miseri incerti di qualche consulto, di qualche operazioncella e di qualche visita fuori della condotta"²⁰⁶, al rientro da un serrato giro di visite "si asciugava alla fiamma i calzoni fradici di pioggia. Pareva stanco ed era pallido. Tossiva malamente ed aveva schizzi di fango fino sulla faccia"²⁰⁷. Pochi gesti, pochi dettagli – gli accessi di tosse, l'asciugarsi alla fiamma del cammino, il viso imbrattato dal fango, i pantaloni inzuppati d'acqua – dicono più di tante parole e sono sufficienti al lettore per capire di che pasta sia fatto il medico che ha di fronte, quanto duro e al tempo stesso dignitoso sia il suo lavoro quotidiano. E al figlio

²⁰³ C. Cantù, *Romanzo autobiografico*, Ricciardi, Milano-Napoli 1969, p. 177. Del romanzo, databile tra 1849 e 1850, si parla anche in B. Montagni, *Op. cit.*, pp. 82-84.

²⁰⁴ Il romanzo fu pubblicato inizialmente in lingua inglese ad Edimburgo con il titolo di *Doctor Antonio* nel 1854, e due anni dopo tradotto per il mercato italiano (G. Ruffini, *Il dottor Antonio*, Tipi Fratelli Fernando, Genova 1856).

²⁰⁵ B. Montagni, *Op. cit.*, p. 87.

²⁰⁶ R. Fucini, "Dolci ricordi", in *Tutti gli scritti*, Trevisini, Milano 1944, pp. 123-124 (ricordato in B. Montagni, *Op. cit.*, p. 127, ma anche in I. Farnetani, *Op. cit.*, p. 15).

²⁰⁷ R. Fucini, *Op. cit.*, p. 125.

studente universitario che gli chiede del denaro per rimediare ad una perdita subita al gioco, il medico dà quanto gli viene chiesto, raccomandando però al ragazzo di tenere sempre bene a mente quanto duro e sudato lavoro ci sia dietro quei soldi.

A questi medici dalle fattezze quasi angelicate – per recuperare il binomio del titolo del saggio di Montagni – si contrappongono altri medici condotti, incapaci di mano e diabolici di spirito, protagonisti di episodi letterari che hanno l'aspetto della sarcastica freddura. Medici che pretendono di dare consigli terapeutici senza premurarsi non già di visitare il malato, ma nemmeno di guardarlo in faccia, medici che bevono vino più del dovuto, medici che hanno perso di vista il senso del proprio dovere e che inseguono facili e poco leciti guadagni²⁰⁸: un nutrito repertorio di personaggi che testimoniano l'altro volto, oscuro e poco raccomandabile, della professione medica.

Assiduo frequentatore delle commedie e nelle farse popolari dell'Ottocento, il medico condotto è “sempre povero, buono, onesto, bistrattato da clienti ignoranti e rozzi, indifeso di fronte alle prepotenze dei personaggi più importanti”²⁰⁹. Trascorre la giornata a barcamenarsi tra chiamate improvvise, malattie reali e immaginarie ed interagisce con personaggi della più varia umanità e delle più disparate professioni – lo speziale, il maestro, il curato, il sindaco, il signore – dei paesi e delle campagne della provincia italiana prima e dopo l'Unità. Il rappresentativo repertorio di testi dell'epoca elencato da Anna Lucia Forti Messina attinge alla letteratura d'intrattenimento destinata ai teatri e alle riviste del tempo: è il caso della farsa in un atto *Il medico in condotta l'ultima sera di carnevale*²¹⁰, oppure la commedia in quattro atti di qualche anno prima (era il 1863) a firma di

²⁰⁸ La carrellata è nel capitolo “Maschere e macchiette: i nipoti di Balanzone” in B. Montagni, *Op. cit.*, pp. 107-170.

²⁰⁹ A. L. Forti Messina, *I medici condotti e la professione del medico nell'Ottocento*, cit., p. 101.

²¹⁰ L'opera teatrale è contenuta in: C. Gaetani (a cura di), *Tommaso Chatterton, ovvero Genio e sventura: dramma in quattro atti / ridotto da Gaetani Cesare; Il pitocchetto: commedia in due atti; Il medico in condotta nell'ultima sera di carnevale: farsa di un atto*, Ditta Serafino Majocchi Editore, Milano 1899.

Riccardo Castelvecchio *Il medico condotto e il maestro di scuola del villaggio*²¹¹, poi l'anonimo *Lucio sinceri, ossia gli anni del noviziato di un medico condotto*²¹².

È sintomatico che quando la letteratura ottocentesca privilegia ambientazioni sociali più elevate e racconta di medici “professionisti”, competenti e fidati, questi non siano mai condotti. La condotta sembra essere, per quella che è l'idea che di essa offre la narrazione letteraria, lo spazio e il contesto in cui esercitare una pratica medica di aiuto e di sostegno per lo più sociale, non già necessariamente di efficace e risolutiva cura medica. Si torna dunque a parlare di medici di condotta e di campagna nuovamente sul finire del secolo, quando il medico si scopre spesso incapace di fare, appunto, il medico. E di tale mancanza di competenza, di tale inettitudine si fanno specchio proprio i medici di provincia e di campagna, più defilati rispetto allo scenario in continuo aggiornamento della città.

Ed ecco allora di nuovo un dottore di paese, “un signore piccolo dal lungo soprabito scuro, dai vasti piedi, che non sapeva come camminare né dove tener la mani e sorrideva di continuo. Era il povero mediconzolo di R... che tutti chiamavano *el pitòr* per la sua debolezza di tingersi la barba”²¹³. L'aspetto fisico lontano dall'essere bello, l'espressione del viso poco attenta e troppo accondiscendente e, su tutto, l'uso del dispregiativo la dicono lunga sulla scarsa efficienza professionale del medico, che infatti poco o nulla riesce a capire della schizofrenia che attanaglia la giovane e bella marchesina Marina di Malombra, nell'omonimo romanzo di Antonio Fogazzaro del 1881.

Qualche anno dopo, ne *Il dottor Crisante*, racconto di Giuseppe Cesare Abba (1895), i medici di campagna sono due: uno è quello che dà il titolo alla storia, ormai in pensione, abbruttito dalle giornate che scorrono vuote e sempre uguali, nella sua casa di provincia, destinato ad una solitaria morte alla fine del racconto; l'altro è il più giovane dottor Paleari, l'altro medico del borgo, sposato con tanto di numerosa prole, che spesso dalle visite “se ne tornava cavalcando come se non

²¹¹ R. Castelvecchio, *Il medico condotto e il maestro di scuola del villaggio. Commedia in 4 atti*, Tipografia Francesco Sanvito, Milano 1863.

²¹² Il titolo completo dell'opera recita *Racconto storico-scientifico, galante, contemporaneo pubblicato per cura di un membro dell'Associazione medica italiana e dedicato alle gentili donne italiane*, dato alle stampe nel 1866 a Bologna.

²¹³ A. Fogazzaro, *Malombra*, Rizzoli, Milano 1993, p. 72 (citato in B. Montagni, *Op. cit.*, p. 297).

sapesse neppure d'essere in sella"²¹⁴, un "medico di campagna che deve trottar da un'avemaria all'altra e non può stare a casa a farsi adorare!" ("un uomo come il Paleari - dice di lui, quasi con disprezzo, il Crisante all'avvocato del paese - che avrebbe potuto andar a stare in una capitale e farsi onore e arricchirsi, montar in cattedra, insegnare, scoprir chi sa che cose nuove, eccolo qui in croce con quattro chiodi. [...] e poi pensieri, e poi crucci, e trottar da mattina a sera, e far i capelli grigi prima del tempo!"), annoiato anch'egli, come Crisante, ma per diversi motivi, per le visite domiciliari e le azioni che si ripetono ormai meccaniche ("andò nel suo studio a riporre de' suoi ferri, a registrar le visite fatte. Noie d'ogni giorno"). La professione del medico di provincia sembra così l'anticamera di una condizione di atarassia, di totale assenza di ideali e passioni, che sembra aver abdicato tanto alla vocazione e allo spirito di sacrificio, quanto al rigore della scientificità²¹⁵.

Il medico condotto conclude la propria involuzione sociale nel racconto del 1904 *La mosca*, di Luigi Pirandello. La descrizione dell'abitazione del medico e la trascuratezza del suo aspetto fisico e del suo vestire è desolante e lascia poche speranze di riabilitazione al dottor Lopiccio (da notare, *nomen omen*), del cui dignitoso passato di professionista resta solo il ricordo, quanto mai stridente, di una fotografia da giovane:

Il signor dottore, Sidoro Lopiccio, scamiciato, spettorato, con una barbaccia di almeno dieci giorni su le guance flosce, e gli occhi gonfi e cisposi, s'aggirava per le stanze, strascicando le ciabatte [...]. La moglie, in un fondo di letto, da undici mesi; sei figliuoli per casa, oltre a quella che teneva in braccio, ch'era la maggiore, laceri, sudici, inselvaggiti; tutta la casa, sossopra, una rovina; cocci di piatti, bucce, l'immondizia a mucchi sui pavimenti [...].

Solo intatto, in una stanza ch'era stata salottino, un ritratto fotografico ingrandito, appeso alla parete; il ritratto di lui, del signor dottore Sidoro

²¹⁴ Questa e le successive citazioni dal racconto di Abba sono tratte dalla trascrizione digitale del testo online [URL: http://www.intratext.com/IXT/ITA3344/_P8.HTM - consultato in data 30/09/2018].

²¹⁵ Montagni ricorda anche un'altra figura professionale del panorama della sanità pubblica italiana di fine Ottocento, il medico provinciale, messo alla berlina nella persona del dottor Fabio Stellini, in servizio a Villaplusia, nel romanzo *Il peccato del dottore* (M. Pratesi, *Il peccato del dottore*, Baldini, Milano 1902), un medico che è talmente poco competente e disinteressato all'esercizio del proprio lavoro, da perdere tempo a scrivere poesie nel proprio ufficio.

Lopiccolo, quand'era ancora giovincello, laureato di fresco: lindo, attillato e sorridente.²¹⁶

Ad un tratto irrompe sulla scena una coppia di contadini, accorsa a chiamarlo per un'urgenza: apostrofandolo con un esageratamente reverenziale "Signor dottore", i due chiedono aiuto per un loro cugino in punto di morte e la risposta che si sentono dare è quanto di più lontano ci si possa immaginare rispetto al ritratto del medico buono e capace ("Beato lui! Sonate a festa le campane!"²¹⁷) e poi, alla notizia che la casa del moribondo dista sette miglia il medico si lascia andare ad un rabbioso: "Ma come, a piedi? Dieci miglia a piedi? Voi siete pazzi! La mula! Voglio la mula. L'avete portata?"²¹⁸. È un medico di certo poco raccomandabile, cui nessuno affiderebbe a cuor leggero la propria salute, ma per lo meno sa fare il suo mestiere. Alla vista dello sfortunato paziente in fin di vita ("la faccia che non pareva più umana: il naso, nel gonfiore, sparito; le labbra, nere e orribilmente tumefatte. E il rantolo usciva da quelle labbra, esasperato, come un ringhio. [...] gli occhi insanguinati, anneriti, pieni di paura"²¹⁹), il medico condotto stupisce il lettore riappropriandosi del suo ruolo: "Intanto il medico osservava il moribondo. Era chiaro: un caso di carbonchio"²²⁰. L'esame obiettivo del paziente, condotto in silenzio mentre intorno si svolge, concitato, un serrato dialogo tra i due contadini in ansia per il cugino, guida il medico verso una diagnosi precisa ed inequivocabile, che in qualche modo lo riscatta dalla scarsa affidabilità che sembrava connotarlo. Il medico si preoccupa per giunta di spiegare ("come poteva a quei due ignoranti"²²¹) le modalità con le quali il giovane potrebbe aver contratto la malattia: con tutta probabilità a causa di una mosca – la mosca del titolo del racconto – che si era posata sulla carcassa di un qualche animale colpito dal carbonchio e poi da lì poteva aver "inoculato il male"²²² allo sfortunato ragazzo.

²¹⁶ L. Pirandello, "La mosca", in *L'uomo solo; La mosca; In silenzio*, Mondadori, Milano 2011, pp. 159-160.

²¹⁷ *Ivi*, p. 160.

²¹⁸ *Ibidem*.

²¹⁹ *Ivi*, pp. 164-165

²²⁰ *Ivi*, p. 165.

²²¹ *Ibidem*.

²²² *Ivi*, p. 166.

E parlando di condotta medica nel Novecento – con la novella di Pirandello si è già varcata la soglia del nuovo secolo – non può non tornare alla memoria il collega con cui deve confrontarsi il Carlo Levi, medico anch'egli, durante il suo confino a Giugliano (paese *alter ego* della lucana Aliano), al centro del romanzo autobiografico *Cristo si è fermato ad Eboli*.

Ecco che arriva, in fondo alla piazza, suo [il riferimento è al Podestà del paese] zio, il vecchio dottor Milillo, medico condotto. [...] Il dottor Milillo si avvicina a piccoli passettini. Ha una settantina d'anni o poco meno. Ha le guance cascanti e gli occhi lagrimosi e bonari di un vecchio cane da caccia. È imbarazzato e lento nei movimenti, più per natura che per l'età. Le mani gli tremano, le parole gli escono balbettanti, tra un labbro superiore enormemente lungo, e uno inferiore cadente. La prima impressione è di un buon uomo, completamente rimbecillito. [...] anch'egli, come il nipote, si sente obbligato a mostrarmi la sua cultura, cercando negli angoli bui della memoria qualche antiquato termine medico rimasto là dagli anni dell'Università, come un trofeo di medicina dimenticato in soffitta. Ma attraverso il suo balbettio capisco una sola cosa: che egli di medicina non sa più nulla, se pure ne ha mai saputo qualcosa. I gloriosi insegnamenti della celebre Scuola Napoletana si sono dileguati nella sua mente, e confusi nella monotonia di una lunga, quotidiana indifferenza. I rottami delle perdute conoscenze galleggiano senza più senso, in un naufragio di noia, su un mare di chinino, medicina unica per tutti i mali.²²³

Un ritratto impietoso, quello del dottor Milillo, che non lascia spazio a possibilità di redenzione per la professione che egli rappresenta. E come se non bastasse, sopraggiunge il secondo medico del paese, il dottor Gibilisco, anch'egli destinatario di un giudizio niente affatto lusinghiero: “Egli non sa assolutamente nulla, e parla a caso. Una sola cosa egli sa, che i contadini esistono unicamente perché Gibilisco li visiti, e si faccia dare denaro e cibo per le visite”²²⁴. L'arte medica per Gibilisco è un diritto di medievale memoria (Levi lo chiama

²²³ C. Levi, *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino 2005, pp. 12-13.

²²⁴ Ivi, p. 15.

sarcasticamente *jus necationis*, parafrasando il lessico feudale), un diritto “ereditario: suo padre era medico, suo nonno anche”²²⁵. La parabola della decadenza del medico condotto, con i due “medicaciucci”²²⁶ di Aliano ricordati da Carlo Levi, è giunta a compimento.

Anche la letteratura straniera offre una interessante galleria di ritratti di medici. Non condotti, naturalmente – giacché la condotta medica è una realtà tutta italiana, come si è più volte detto – ma figure in qualche modo sorelle, medici di provincia, medici di campagna, medici rurali. In un villaggio della regione francese della Savoia della prima metà dell’Ottocento, si trasferisce da Parigi il dottor Benassis, che ha alle spalle la vita dissipata della capitale e che, come se volesse espiare una qualche misteriosa colpa, presta le sue cure alla gente del posto con totale zelo e costante dedizione, impegnandosi attivamente per il miglioramento delle condizioni non solo sanitarie, ma anche sociali ed economiche della piccola comunità, comunità di cui diventerà anche sindaco. È la trama del romanzo del 1833 *Il medico di campagna* (*Le medecin de campagne*), a firma di Honoré de Balzac, opera simbolo del realismo politico dell’autore e della sua “commedia umana” di volti, storie e personaggi²²⁷. Il nome di battesimo del protagonista resta ignoto: è sempre e solo *monsieur o le docteur*, e nelle pagine del romanzo è perennemente rappresentato all’opera, in cammino da una casa all’altra del contado, affaccendato in qualche consulto o in qualche medicazione, di poche ma sagge parole con i suoi concittadini, al pari degli altri dottori della tradizione letteraria d’Oltralpe²²⁸.

²²⁵ *Ibidem*.

²²⁶ Ivi, p. 9.

²²⁷ Si faccia riferimento alla traduzione italiana del romanzo a cura di Andrea Zanzotto (H. de Balzac, *Il medico di campagna*, Garzanti, Milano 2004).

²²⁸ Nel ricco repertorio di medici – in ospedale, in città, nelle terme – della letteratura francese, due sono quelli di campagna, oltre al già ricordato Benassis. Il primo è l’inetto medico di provincia Charles Bovary, marito dell’adultera Emma nel celebre romanzo di Flaubert del 1857 (G. Flaubert, *Madame Bovary*, trad. it. di M. L. Spaziani, Mondadori, Milano 1997). L’altro medico di campagna, altrettanto famoso, è il dottor Pascal che nell’omonimo libro di Zola, con cui lo scrittore chiude nel 1893 il ciclo dei Rougon-Macquart (É. Zola, *Il dottor Pascal*, trad. it. di E. Pasini e M. Porro, Edizioni Medusa, Milano 2007), alterna le visite ai poveri del villaggio ad ossessivi studi sulle leggi dell’ereditarietà applicate all’albero genealogico della propria famiglia. Per un approfondimento tematico sulla presenza di medici di campagna nei romanzi in lingua francese, si veda il capitolo “La resa dei conti II: il medico alla conquista del potere socio culturale” e in particolare il paragrafo “La conquista del mondo letterario: da *Il medico di campagna* a *Il dottor Pascal*” in: G. Minois, *Il prete e il medico. Fra religione, scienza e coscienza*, Edizioni Dedalo, Bari 2016, pp. 305-307.

Allargando lo sguardo alla letteratura in lingua tedesca, ecco il ritratto di un altro medico di campagna, che si muove però a cavallo in un paesaggio oscuro, ricoperto da una coltre di neve, nelle poche e concitate pagine di un racconto dagli esiti drammatici venuto fuori dalla visionaria penna di Franz Kafka tra il 1916 e il 1917. Il titolo, che ricalca pedissequamente quello del romanzo di Balzac, è in tedesco *Ein Landarzt*, la cui traduzione letteraria è “Un medico di campagna” ma che è stato spesso reso nelle varie edizioni in lingua italiana con un più icastico e di certo più realistico “Un medico condotto”. Il medico protagonista del racconto è l’anziano dottore del villaggio, chiamato improvvisamente al capezzale di un ragazzo di un paese vicino; un “fitto nevischio”²²⁹ aumenta la distanza fra il medico ed il suo paziente, diminuendo la visibilità e rendendo il percorso difficile ed impervio. Il cavallo del medico è morto la sera prima, il dottore non sa dunque come raggiungere il paziente e accetta di buon grado l’offerta che un uomo misterioso gli fa dei propri cavalli, avvolti da un denso vapore che ha del magico e del misterico. Il dottore ha un presentimento che alla fine del racconto si dimostrerà giusto, non vuole lasciare la sua domestica sola in casa con l’uomo che è sopraggiunto a cercarlo, ma è costretto a farlo perché il dovere lo chiama. Comincia così il viaggio del medico, un viaggio fantasmagorico nelle motivazioni e nella dinamica, che ha la velocità di un fulmine all’andata e che invece al ritorno procederà con una inspiegabile lentezza senza mai riuscire a giungere a destinazione, connotando la vicenda di un tono fantastico dai contorni però molto tragici²³⁰. Particolarmente dettagliata è la descrizione della ferita del giovane paziente, ferita che all’inizio il medico non nota neppure, ma che poi salta all’occhio ed è talmente estesa e grave che il dottore si chiede come abbia potuto non accorgersene prima. Ed è con lo sguardo preoccupato del medico che il lettore ha modo di osservare la ferita, ritratta con la precisione di un anatomopatologo:

²²⁹ Si fa riferimento alla traduzione italiana del racconto a cura di E. Pocar ed R. Paoli in: F. Kafka, *Racconti*, Mondadori, Milano 1992, p. 225.

²³⁰ In tanti, tra gli studiosi dell’autore cecoslovacco, hanno commentato l’ambiguità volutamente creata nel racconto dal sovrapporsi di descrizione realistica e di narrazione surreale e la funzione simbolica della neve, che annebbia le coscienze e obnubila i normali punti riferimento. A mero titolo esemplificativo dei numerosi contributi di critica letteraria dedicati al racconto kafkiano, ricordiamo in questa sede in particolare G. Massino, *Franz Kafka*, La Nuova Italia, Firenze 1983, pp. 56-68.

Rosacea, con molte sfumature, scura più in profondità, sempre più chiara agli orli, lievemente granulosa, con sangue che si rapprende irregolarmente [...]. Rosei vermi che, per grandezza e lunghezza, assomigliano al mio mignolo, oltretutto irrorati di sangue, si attorcigliano (trattenuti all'interno della ferita) con le loro testoline candide e le innumerevoli zampette per uscire alla luce. Povero ragazzo! Per te non c'è più nulla da fare.²³¹

Intorno al letto del ragazzo, un “coro” di personaggi in attesa dell'intervento risolutore del medico e che al medico guardano con risollecata fiducia (“È fatta a questo modo la gente della mia terra. Volere dal medico sempre l'impossibile. Hanno perduto l'antica fede; il parroco se ne sta seduto in casa e sfila, una dopo l'altra, le pianete della Messa; tocca al medico, invece saper far di tutto con la propria delicata mano di chirurgo”²³²): la madre, il padre, la sorella, la madre, cui poi si aggiungono altri familiari e gli anziani del paese, e poi un gruppo di bambini. L'unico a non dare credito alla capacità di cura del medico è il giovane, che ad un tratto trova il modo di dire all'orecchio dell'anziano dottore, che non può che ammettere la propria impotenza:

“Sai, la mia fiducia in te è proprio scarsa. Anche tu sei stato solamente buttato qui, da chissà dove; non sei venuto di tua spontanea volontà. Invece di aiutarmi, rendi ancora più ristretto il mio letto di morte. Quel che mi piacerebbe fare, sopra ogni altra cosa, è cavarti gli occhi”. “Hai ragione”, dico io [a parlare in prima persona è il medico] “è una vergogna. Io però sono un medico. Che devo fare? Credimi, non è facile neppure per me!”.²³³

La ricerca delle ricorrenze artistiche della figura del medico condotto o, più in generale, del medico di campagna può naturalmente essere estesa con facilità dall'ambito della letteratura a quello della pittura, della musica e del cinema. Una lunga serie di *loci* letterari e artistici, infatti, hanno per protagonista un medico e il suo paziente, con plurali differenze di resa dei rapporti.

²³¹ Ivi, p. 229.

²³² Ivi, pp. 229-230.

²³³ Ivi, p. 230.

Per quel che riguarda le attestazioni pittoriche, si può pensare a quadri come *Il dottore*²³⁴, sulla cui tela la mano dell'artista inglese Luke Fildes ha immortalato lo sguardo umanamente coinvolto del dottor Murray, chino sul giaciglio di fortuna (due sedie accostate) di un bambino in punto di morte, mentre in ombra, sullo sfondo della misera abitazione, la madre esprime il proprio desolante dolore affiancata da una figura maschile, presumibilmente il padre del piccolo.

Sul versante delle pellicole cinematografiche, l'esempio più significativo è quello del dottor Andrew Manson, protagonista del film del 1931 *La Cittadella* per la regia di King Vidor e, qualche anno dopo, dell'omonimo sceneggiato televisivo italiano del 1964) con il volto di Alberto Lupò²³⁵, instancabile dottore al servizio dei minatori di uno sperduto villaggio inglese. Film e sceneggiato raccontano la parabola professionale del dottor Manson, che da medico condotto dei poveri diventa poi ricercatore, sino a trasformarsi in professionista strapagato di una clinica di lusso nella Londra capitale, e torna infine sui propri passi dopo una tragedia. Perfetto prototipo di medico-eroe, con scarsi mezzi a disposizione ma dotato di grande umanità e disponibilità, Manson vive una storia professionale il cui racconto ha il chiaro intento moralistico di mostrare come la professione medica sia “una missione che non può essere intaccata dalla fama o dal prestigio, né tanto meno dal denaro o dal potere, nel rispetto dei valori fondamentali della medicina ippocratica: umanità, integrità, idealismo e compassione sono le prerogative principali della sua attività”²³⁶. Un medico a pieno titolo “sociale”, come è tradizione storica (e artistico-letteraria) per il professionista sanitario che lavora in contesti rurali.

²³⁴ Una nota biografica relativa alla vita del pittore rende ancora più vivida la scena del quadro: Fildes nel 1877 aveva perso il figlio Philip ancora bambino e il dottor Murray ritratto sulla tela è proprio il medico che aveva avuto in cura il piccolo, dettaglio che lascia pensare che il quadro sia un omaggio al medico che tanto fece, fino all'ultimo istante di vita, per salvare lo sfortunato piccolo paziente. L'opera, del 1891, è esposto presso la Tate Gallery a Londra ed è visionabile anche sul web [URL: <https://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522> - consultato in data 30/09/2018]. Per ulteriori informazioni, si legga il paragrafo “Vedendo un quadro: The Doctor”, in: L. Pagliaro, *Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente. Un dizionario di termini clinici*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma 2006.

²³⁵ La storia è tratta dal romanzo inglese *The Citadel* a firma di Archibald J. Cronin, pubblicato nel 1937 (A. J. Cronin, *La cittadella*, trad. it. di C. Coardi, Bompiani, Milano 2000).

²³⁶ S. Dipasquale, O. Bianchini, G. Previti, M. S. Signorelli, A. Virzi, *La figura del medico nella cinematografia*, in “Medicina Narrativa”, 2011, 1, p. 46.

Una scena su tutte merita di essere ricordata: nell'ambulatorio del dottore irrompono degli uomini che trascinano a forza un uomo, accompagnato dalla sorella, alla presenza anche di un medico, collega di Manson ma di tutt'altre idee, molto più severo, a proposito di cure e di dedizione ai poveri pazienti. L'uomo si divincola, sembra in balia di una seria malattia mentale e il medico che lo accompagna è lì per chiedere a Manson di firmare la documentazione necessaria per un trattamento sanitario obbligatorio. Il dottore non si arrende all'evidenza dei fatti e sottopone l'uomo ad un accurato esame obiettivo dell'aspetto fisico e dei sintomi, che lo porta a concludere che la causa delle escandescenze del paziente non sta nella sua mente, ma in una disfunzione della tiroide, salvandolo così dal destino già segnato dell'internamento in manicomio. Il discorso che fa tra sé e sé il medico mentre visita il malato, in una sorta di presa diretta dei suoi pensieri, è un concentrato di positiva medicina sociale:

Il cuore mi batteva e mi ha sempre battuto allo stesso modo in tanti anni di professione, ogni volta che mi sono avvicinato alla verità segreta di un male per scoprirlo e combatterlo. Dukes, un uomo inoffensivo, socievole, senza problemi, perché era ridotto in quello stato? Non si perde la ragione senza motivo, non c'è sintomo senza una causa. La pressione delle dita non lasciava traccia sul gonfiore. E se non fosse un edema, ma un mixedema? Un momento... non esaltarsi, controllare tutto il quadro... pelle delle mani arida e ruvida, polpastrelli a spatola, temperatura subnormale, eloquio dissociato, irascibilità culminante nella violenza... tutto combinava!²³⁷

Il paziente “è malato di mente perché malato di corpo”, viene detto qualche fotogramma dopo la scena descritta. In questa breve frase, una sintesi chiaramente romanzata dalla trasposizione letteraria e cinematografica, dell'atteggiamento

²³⁷ Il testo riportato è la trascrizione di una scena dello sceneggiato, visibile sul web dai minuti 1.06.30 a 1.08.35 [URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Q-4zom9anEs> - consultato in data 30/09/2018].

caparbio e battagliero²³⁸ che animava la medicina di campagna nella propria stagione più fervida.

1.11. Il presente della ricerca sulla medicina condotta e il contributo di Monica Simeoni agli studi storico-sociali sull'argomento

A fronte dell'ampia e diversificata letteratura scientifica sulla figura del medico condotto²³⁹, volta a indagarne le tappe dell'evoluzione storica nel contesto nazionale e locale, gli aspetti normativi ad esso collegati, lo scenario economico e culturale di riferimento e la "socialità" della condotta medica, ovvero le sue caratterizzazioni distintive dell'assistenza e della cura, a fronte dunque di tale copiosa produzione, ancora poco rappresentato è il settore dei lavori di ricerca specificatamente dedicati alla pratica della condotta medica.

Una disamina dello stato dell'arte della ricerca nazionale sulla figura professionale del medico condotto non può prescindere dal menzionare il saggio a firma di Monica Simeoni²⁴⁰, che merita di essere illustrato nel dettaglio delle parti che lo costituiscono, a riprova della coerenza e della validità dell'impianto metodologico che fa da sfondo al testo stesso e alla ricerca di cui il testo è resoconto.

²³⁸ A proposito di battaglie eroiche condotte sul campo della medicina rurale e di film dedicati alle avventure professionali di tali medici, non si può non ricordare un'altra pellicola, *Missione in Manicuria* (1966) per la regia di John Ford, la cui protagonista, la dottoressa Cartwright (impersonata da Ann Bancroft) si trasferisce in un contesto rurale dei più disagiati e pericolosi, quello della provincia indiana nominata nel titolo, e giunge all'estremo limite di abnegazione al lavoro da sacrificare la propria vita per salvare le donne della missione in cui opera. Per fare un riferimento molto più recente (e tanto meno tragico nell'evolversi della trama), si segnala il film francese del 2016 *Il medico di campagna* del regista Thomas Lilti – ex medico, è interessante sottolinearlo – il cui protagonista Jean-Pierre Werner (cui dà il volto l'attore François Cluzet), è l'inflessibile dottore di una località di campagna, da un certo punto in poi del film anch'egli alla prese con una grave malattia.

²³⁹ Per fare qualche esempio, oltre ai contributi già citati nel corpo del presente capitolo: il primo capitolo, di inquadramento storico, del volume M. Conticelli, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè Editore, Milano 2012, pp. 23-56; E. Guzzanti, *L'evoluzione dell'Assistenza Primaria pre e post unitaria: il ruolo delle condotte mediche*, in: M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Ed. Iniziative sanitarie, Roma 2009, pp. 95-106.

²⁴⁰ Il volume a cura di Monica Simeoni, già più volte ricordato in questa sede, ha trovato pubblicazione nel 2009 per i tipi di FrancoAngeli.

Il volume riporta dunque i risultati di un'indagine a sfondo storico-sociologico, condotta dalla stessa Simeoni con il supporto dell'intervistatrice Francesca Cappelli, indagine che si è proposta l'obiettivo di ricostruire la figura del medico condotto Amelio Simeoni, in servizio nei quarant'anni successivi al Dopoguerra a Gonars, paese in provincia di Udine, attraverso il racconto e le testimonianze di venti suoi pazienti di un tempo, appositamente intervistati.

Nelle pagine del suo studio, l'autrice dà ampio spazio anche ad informazioni di carattere storico, economico e sociale e ospita contributi a più mani di autorevoli voci degli studi italiani sulla storia della medicina e sulla sociologia della medicina.

La prima parte del volume è dedicata alla delineazione del contesto storico e, per quel che concerne le questioni sanitarie, anche normativo, che fa sfondo all'operato del dottor Simeoni. Un primo saggio a firma di Raimondo Strassoldo indaga il Friuli Venezia-Giulia tra la guerra e il terremoto e non manca di dare notizia delle trasformazioni della vita quotidiana nel secondo dopoguerra. Il successivo contributo di Michele Cuiutti testimonia lo stato evolutivo del sistema sanitario regionale della regione negli anni Novanta del Novecento, ovvero all'indomani della Legge n. 833 del 1978 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale e avviò una inedita stagione, tuttora in corso, di gestione della salute e della sanità. Nel terzo saggio, a cura di Giuseppe Bax e Umberto Grandis, ci si concentra sul ruolo tutto italiano del medico condotto e sull'"appropriatezza e la buona pratica" che caratterizzano il suo agire, grazie anche ad una intervista al dottor Benedetto Avventi, ex medico condotto. Chiude la prima parte un'intervista al prof. Giorgio Cosmacini, storico della medicina tra i più importanti sul territorio nazionale, intervista a cura di Simeoni intitolata "Il medico, un professionista capace non soltanto di sapere e di fare, ma pure di comprendere e di condividere".

La seconda parte del testo entra nel vivo dello studio qualitativo condotto a Gonars, ed è interamente a firma di Monica Simeoni. Un primo contributo viene dedicato all'evoluzione del rapporto tra medicina e salute e al nascere, nella storia del pensiero otto-novecentesco, di un'idea "sociale" della cura e dell'assistenza medica. Nel secondo saggio, l'autrice dimostra l'efficacia dell'integrazione dei due

paradigmi di analisi – quantitativa e qualitativa – e l’importante contributo metodologico della *Grounded Theory*²⁴¹. Il terzo e il quarto saggio fanno esplicito riferimento a stralci delle interviste ai pazienti, dalle quali si estrapolano parole-chiave ascrivibili alla condotta medica e tematiche ricorrenti (il ruolo della professione del medico oggetto di indagine, la competenza e la vocazione, il suo impegno civile e sociale e, di riflesso, i cambiamenti e le evoluzioni che coinvolgevano la comunità).

Chiude il volume una “appendice metodologica e documentaria”, che include un contributo a firma di Francesca Cappel, intervistatrice partner della ricerca, che descrive nei dettagli le scelte metodologiche utilizzate – la scelta del campione, le modalità di coinvolgimento delle persone da ascoltare e di somministrazione dell’intervista – e sceglie di riportare in forma integrale due delle venti interviste realizzate. In conclusione, due documenti che testimoniano l’impegno professionale del dottor Simeoni, ovvero il testo di una pubblicazione a sua firma sul giornale *Gazzetta Medica Italiana. Rivista mensile di terapia* nel 1953 dal titolo “Un centro epidemico di febbre Q in Friuli” e la trascrizione di un suo intervento nell’ambito di un convegno sulle malattie del lavoro che ebbe luogo a Gonars nel 1962.

Lo spazio riservato in questa sede alla trattazione dei contenuti del volume a cura di Monica Simeoni trova la sua giustificazione nel fatto che esso rappresenta ad oggi l’unico esempio sul territorio nazionale di ricerca sistematica sulla professione del medico condotto. Il particolare punto di vista della studiosa è di tipo sociologico: l’obiettivo, più volte espresso, è quello di delineare una sorta di “idealtipo” dei tanti altri medici condotti che vissero e lavorarono nell’Italia della seconda metà del Novecento. “Emerge con chiarezza” – scrive Simeoni – la figura del medico condotto come referente non solo istituzionale e professionale nel territorio, ma anche amicale e personale, in un paese che si avvia, come, forse, in

²⁴¹ All’origine della “*Grounded Theory*, ovvero la teoria fondata sui dati, c’è un’esperienza empirica maturata in ambiente medico”, ricorda Roberto Cipriani nella prefazione al volume (M. Simeoni, *Op. cit.*, p. 13), facendo riferimento allo studio di Anselm Strauss e Barney Glaser sulle narrazioni autobiografiche di soggetti terminali a Chicago negli anni Sessanta dello scorso secolo. Centrale è anche la necessità di “andare sul campo per raccogliere dati densi, ricchi, profondi”, citando Massimiliano Tarozzi (M. Tarozzi, *Che cos’è la grounded theory*, Carocci, Roma 2008, p. 26).

molte altre realtà del nostro paese, a uno sviluppo anche troppo repentino, ad una trasformazione non solo economica ma anche culturale della società”²⁴² .

1.12. Oltre i confini nazionali: la *rural family medicine*

Per riprendere la descrizione dello *status quo* delle ricerche in tema di condotta medica, dopo il focus sugli studi realizzati sul territorio nazionale di matrice squisitamente storica o – come nel caso dell’indagine curata da Simeoni – dal taglio sociale, può essere significativamente utile allargare lo sguardo al panorama internazionale. Una precisione è doverosa: il termine “condotta medica” non solo non ha una traduzione lessicale nelle lingue straniere, ma è anche privo di un sostanziale corrispettivo nel passato dei sistemi sanitari delle nazioni europee dal punto di vista “formale” dell’istituzione, ovvero come servizio di assistenza sanitaria garantito dai comuni per le fasce più povere della popolazione. Una storia, quella della condotta medica, che è dunque tutta italiana.

Un possibile analogo della condotta è il concetto internazionale della *rural family medicine*, la medicina generale calata in un contesto rurale o di piccolo centro abitato di periferia, assimilabile allo sfondo sul quale si muoveva e lavorava il medico condotto italiano. Un ramo della medicina, quello “rurale”, che ha connotazioni specialistiche, tali da richiedere una formazione specifica ed una mirata attenzione di studi scientifici, volti ad indagarne tanto le attestazioni nel passato storico (ed è il caso delle italiane condotte mediche di campagna), quanto la coesistenza nell’attualità di molte nazioni europee ed extraeuropee, caratterizzate dalla presenza di ampie zone a densità abitativa molto bassa o rarefatta, fuori dai centri urbani e a vocazione agricola o pastorale.

Per quel che riguarda la storia della medicina rurale in altre nazioni, tra gli studi dedicati all’argomento è da citare il saggio di Jacques Léonard²⁴³ dedicato alla vita quotidiana di un medico di provincia nella Francia dell’Ottocento, che

²⁴² M. Simeoni, *Op. cit.*, p. 112.

²⁴³ J. Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Hachette, Paris 1977.

disegna un ritratto del medico rurale a tutto tondo, calato in una “*province profonde, loin de Paris, des grands hôpitaux et des grands patrons*”²⁴⁴. Descrivendo le modalità di accesso alla professione, le teorie e le pratiche del mestiere, gli onorari e i riconoscimenti sociali, le realtà associative e il contrasto con “concorrenti” il più delle volte non qualificati ad esercitare la medicina, i rapporti con la varia umanità del paese, le battaglie sociali per il miglioramento delle condizioni di vita del luogo, viene fuori l’istantanea di una medicina rurale la cui definizione ha ben poco – a detta dello stesso autore – di univoco e rigoroso, intrisa com’è di usi e costumi locali e “*nuances régionales*”²⁴⁵.

Uno sguardo allargato all’intero continente europeo è quello che sostiene il volume del 2005 *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*²⁴⁶, a cura di Josep L. Barona e Steven Cherry. I diversi contributi della curatela approfondiscono le varie soluzioni che i singoli stati hanno trovato nei propri ordinamenti legislativi in tema di medicina rurale, spesso grazie al congiunto impegno di associazioni professionali di categoria e governi nella seconda metà dell’Ottocento e nei primi decenni del Novecento, fino al termine del secondo conflitto mondiale. L’analisi dei casi della Spagna prima della dittatura franchista, della Russia prima della rivoluzione bolscevica, della Norvegia e poi delle remote contee dell’Inghilterra settentrionale e della Baviera permette di costruire una particolareggiata mappa dello stato di salute dell’Europa di provincia nell’arco di tempo investigato, con le proprie “*changing perceptions of the rural, particularly with developing medical views concerning public health anche the characteristics of rural environments, their populations anche associated health needs*”²⁴⁷. All’interno del volume, tra le iniziative politiche internazionali che intendevano sviluppare un dibattito sulla medicina rurale viene ampiamente ricordata la Conferenza europea della salute rurale (European Conference of Rural Health) che la Società delle Nazioni indisse a Ginevra, in Svizzera, dal 29 giugno al 7 luglio

²⁴⁴ Ivi, p. 7.

²⁴⁵ Ivi, p. 8.

²⁴⁶ J. L. Barona, S. Cherry (Ed.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, Valencia 2005.

²⁴⁷ S. Cherry, “*Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe*”, in: J. L. Barona, S. Cherry (Ed.), *Op. cit.*, p. 20.

1931, sotto la direzione di Gustavo Pittaluga (1876-1956), biologo e medico italiano naturalizzato spagnolo²⁴⁸.

Ancora, il recente volume a firma di Jeremy Agnew²⁴⁹, che ha inteso indagare gli sviluppi storici della medicina degli Stati Uniti occidentali nella seconda metà dell'Ottocento, nell'epoca cioè in cui la frontiera della conquista andava sempre più spostandosi verso ovest e il ruralissimo "west" era dunque sempre meno "far". Dalle pagine del libro emerge il ritratto di un medico anch'egli "di frontiera", con alle spalle una formazione sovente in terra d'Europa e che quotidianamente si trovava ad avere a che fare con situazioni ad elevato carattere di urgenza, dovute a ferite da arma da fuoco, cadute da cavallo o alle ricorrenti epidemie di tifo, colera, febbre gialla e malaria. I capitoli del libro sono tutti attraversati dal tema della "obsession of early frontier medicine with emptying the bowels through laxative, purgative drugs, and enemas"²⁵⁰, per la diffusa ed antichissima convinzione che la malattia potesse essere più facilmente espulsa tramite lo "svuotamento" del sistema.

I *rural doctors* ai nostri giorni rappresentano in diverse zone del mondo una specifica tipologia di professione medica. Lavorano in località isolate, con poche abitazioni sparse nel territorio della contea e scarsa concentrazione di servizi e infrastrutture, distanti chilometri da centri abitati di più ampie dimensioni, realtà tipiche ad esempio di determinate zone dell'America del Nord (in Canada o negli Stati Uniti) ma anche dell'Australia, degli stati centrali dell'Africa, della Federazione Russa e, guardando al vecchio continente, degli stati nordici come ad esempio la Finlandia e di alcune isole o solitarie regioni inglesi come la Scozia. La

²⁴⁸ La Conferenza fu l'atto conclusivo di un processo di studi ed indagini che aveva mosso i suoi primi passi negli anni precedenti, con l'organizzazione di un gruppo di ricerca sempre a cura della Società delle Nazioni con il supporto della statunitense Rockefeller Foundation, gruppo che ebbe modo di visitare, nell'ottobre 1927, i paesi europei a maggiore vocazione rurale, come ad esempio la Jugoslavia, la Romania e l'Ungheria, per verificarne le condizioni igieniche e i livelli garantiti di assistenza sanitaria. Quattro anni dopo, la Conferenza di Ginevra mise in agenda argomenti come la predisposizione di linee guida per le cure mediche nei distretti rurali, la riorganizzazione logistica dei servizi di igiene e salute pubblica, la predisposizione di efficaci sistemi di sanificazione degli ambienti. In aggiunta al saggio dedicato alla Conferenza nel già citato volume (J. L. Barona, "The European Conference of Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish Administration", in: J. L. Barona, S. Cherry (Ed.), *Op. cit.*, pp. 127-146), si faccia riferimento al report ufficiale dell'evento in due volumi (League of Nations. Health Organization, *European Conference of Rural Hygiene. Recommendations and Minutes*, Genève 1931).

²⁴⁹ J. Agnew, *Medicine in the old West. A history, 1850-1900*, Mc Farland & Co., Jefferson 2010.

²⁵⁰ Ivi, p. 1.

letteratura scientifica internazionale è animata da tempo da un fervido dibattito²⁵¹ sull'argomento, che cerca di fornire alla medicina rurale un proprio statuto di riconoscimento e l'appannaggio di una specialità a tutti gli effetti, che possa garantire la preparazione necessaria a supportare l'alto livello di competenze e di professionalità richieste al medico che opera in contesti geograficamente e spesso anche socialmente "difficili" quali quelli rurali. Steve Reid²⁵², ad esempio, sottolinea la straordinaria ampiezza della portata di pratica richiesta ai dottori rurali, depositari di un sapere clinico e terapeutico che deve essere per forza di cose il più generalistico possibile e che richiede l'urgenza di una formazione specifica; e parlando delle competenze che costituiscono il profilo del medico rurale, fa riferimento alla "flexibility and creativity to make do with what is available, to be shaped by the context in which we work", all'attributo "of 'stickability' or tenacity, the choice of a commitment to work and dedication to a rural community that is otherwise relatively marginalised and disadvantaged in the bigger scheme of things" e alla necessità di maturare "not only the technical medical skills, but also the language and customs, to understand the geography and the social hierarchy, and find one's place in them"²⁵³. Un ritratto, quello del medico rurale, che non manca di riportare alla mente il medico condotto di italiana memoria.

Sull'onda di un congresso internazionale dedicato alla medicina rurale che ebbe luogo in Australia nel 1978²⁵⁴, l'ultimo ventennio del XX secolo vide sorgere numerose organizzazioni e associazioni professionali specificatamente dedicate alla *rural medicine*, con il chiaro intento di intensificare il dibattito scientifico, politico e sociale su questioni connesse alla formazione e alla pratica della

²⁵¹ Per fare qualche esempio, si vedano: R. Martel, *Rural Medicine needs help*, in "Canadian Family Physician", 1995 June, 41, pp. 974-976; B. J. Waddle, *Rural Surgery. Opportunity or Minefield*, in "Archives of Surgery", 2000 February, 135, pp. 121-122; J. R. Wheat, J. D. Leeper, J. E. Brandon, S. M. Guin, J. R. Jackson, *The Rural Medical Scholars Program Study: Data to Inform Rural Health Policy*, in "Journal of the American Board of Family Medicine", January-February 2011, vol. 24, n. 1, pp. 93-101.

²⁵² S. Reid, *Rural medicine as a sub-specialty*, in "Continuing Medical Education Journal", 2011 February, 29, 2, pp. 72-74.

²⁵³ Ivi, p. 74 (il riferimento della pagina è per tutte le tre citazioni dal volume di Reid).

²⁵⁴ Il congresso, intitolato "Country Towns, Country Doctors", fu organizzato dal Royal Australian College of General Practitioners ed ebbe il merito di portare l'attenzione della comunità scientifica internazionale sulle specifiche esigenze della *rural medicine* (A. Hogan, M. Young (Ed.), *Rural and Regional Futures*, Routledge, Oxon 2015, p. 210).

professione di *rural doctor*: basti pensare alla Rural Doctor Association e al College of Rural and Remote Medicine in Australia, alla Association of Rural Surgeons in India, e poi alla statunitense National Rural Health Association²⁵⁵.

Merita più di una semplice segnalazione l'attivazione di scuole di specializzazione post-laurea appositamente dedicate alla *rural medicine*, programmi avviati nel quadro di sperimentazioni e poi portati a regime nell'offerta formativa di università ubicate in nazioni dove la concentrazione di aree rurali è particolarmente elevata. Una "buona prassi" che ha visto l'Australia fare da apripista, con approfondimenti sul tema sviluppati già durante la durata legale dei corsi di laurea in medicina e chirurgia di buona parte delle università locali (puntualmente corredati anche di periodi di tirocinio di durata trimestrale o semestrale in contesti rurali) e con l'implementazione di iniziative di formazione post-laurea come la School of Rural Medicine afferente all'University of New England di Sidney e della School of Rural Health presso la Monash University della città di Bendigo. Guardando al panorama europeo, spicca il caso britannico con all'attivo esperienze quali il Course of Rural Health dell'University of Chester, nella contea dello Shrewsbury, e la School of Rural Medicine offerta dall'University of Central Lancashire²⁵⁶.

Anche la World Organization of National Colleges and Academies of Family Medicine / General Practice, l'organizzazione internazionale dei medici di famiglia il cui acronimo è WONCA, ha da tempo riservato attenzione di studi, ricerche e pratiche alla *rural medicine*. Nel 2014, nella brasiliana città di Gramado, nel corso della dodicesima edizione della WONCA World Rural Health Conference, è stato ufficialmente presentata un volume intitolato *WONCA Rural Medical Education Guidebook*. Con i suoi 71 capitoli e i contributi di 74 autori provenienti da tutti i continenti, la guida rappresenta un riuscito esempio di collaborazione scientifica

²⁵⁵ Per ulteriori informazioni, si consultino i siti web di ciascuna associazione, nell'ordine: www.rdaa.com.au; www.acrrm.org.au; www.arsi-india.org; www.ruralhealthweb.org (consultati in data 30/09/2018). Si segnala anche il portale britannico ruralgp.com, che si propone di fornire informazioni su eventi, discussioni e iniziative che possano essere di supporto ai medici di aree remote e rurali.

²⁵⁶ I siti web delle scuole di specializzazione menzionate sono, nell'ordine: www.une.edu.au/about-une/faculty-of-medicine-and-health/school-of-rural-medicine; www.monash.edu/medicine/srh; www1.chester.ac.uk/study/postgraduate/rural-health/201810; www.uclan.ac.uk/courses/msc-rural-medicine.php (consultati in data 30/09/2018).

internazionale e si propone di costituire una risorsa aperta a disposizione di dottori, formatori e di chiunque voglia farsi un'idea pratica della medicina rurale, con l'aiuto che può derivare dalla condivisione di esperienze professionali vissute da medici in differenti luoghi a caratterizzazione rurale. I cinque “temi” fondanti del volume (“Overview: framing and resourcing of rural medical education and practice”; “Medical education in rural settings”; “Professional and technical support for rural medical educators”; “Undergraduated medical education”; “Postgraduated medical education”) intendono costituire “a useful resource amongst rural colleagues – to cross fertilise experiences and build a stronger and more vibrant community of rural health care practitioners and medical educators”²⁵⁷. La guida – i cui lavori di redazione sono stati avviati nel 2009 – segna uno snodo significativo lungo la strada di riconoscimento statutario che ha coinvolto la medicina rurale nello scenario di riflessioni e di azioni avviate dal WONCA negli ultimi decenni. Al seguito infatti della richiesta di maggiore attenzione istituzionale avanzata ufficialmente da un gruppo di medici rurali durante i lavori del convegno internazionale annuale dell'organizzazione del 1992 a Vancouver, venne costituito un gruppo di lavoro specifico sul tema della medicina rurale, il WONCA Working Party on Rural Practice (WWPRP), che in pochi anni si fece fautore di un primo documento, *Training for rural practice*²⁵⁸, cui seguì nel 2001 una seconda raccolta sistematica di raccomandazioni che aveva per titolo *WONCA Policy on Rural Health and Rural Practice*²⁵⁹. Dal 1996 il WWPRP ha tenuto a organizzare conferenze internazionali a cadenza per lo più annuale²⁶⁰, che si prefiggevano lo scopo di creare occasioni di incontro tra medici, infermieri e altre tipologie di professioni sanitarie, alla presenza anche di esperti della formazione ed esponenti politici e amministrativi, per condividere esperienze, idee e problematiche e progettare processi di sviluppo per la salute, la

²⁵⁷ WONCA, *Rural Medical Education Guidebook*, Ed. A. B. Chater, Bangkok 2014, p. 9.

²⁵⁸ WONCA, *Policy on Training for rural practice*, Ed. R. Strasser, The Organization, Melbourne 1995.

²⁵⁹ WONCA, *Policy on Rural Practice and Rural Health*, Ed. B. Chater, Monash University School of Rural Health, Traralgon 2001.

²⁶⁰ La prima conferenza ebbe luogo in Cina nel 1996, seguita poi dal Sud Africa nel 1997, e quindi nel 1999 la Malesia, nel 2000 il Canada, l'Australia nel 2002, la Spagna nel 2003, gli Stati Uniti nel 2006, la Nigeria nel 2008, la Grecia nel 2009, le Filippine nel 2011, il Canada nel 2012 e il Brasile nel 2014, dove la *Rural Medical Education Guidebook* fu presentata ufficialmente al consesso di soci.

formazione medica e le comunità a vocazione rurale, animati dalla convinzione che “rural medical education is not only good education for medical students and graduate learners, but is a prerequisite for addressing the rural workforce shortages, as it exposes young health professionals to the rich and diverse experiences that rural practice offers”²⁶¹.

Un volume di recentissima pubblicazione, una curatela di C. Overy e E.M. Tansey edita a Londra nel 2017 con il titolo *Historical Perspectives on Rural Medicine*²⁶², comprende la trascrizione fedele di due *witness seminars* sul tema della storia e della medicina rurale, che hanno avuto luogo nel 2010 e nel 2015 a Londra. Il termine “witness seminars” – traducibile in italiano con l’espressione “seminario di testimonianza” – fa riferimento ad una particolare forma di *focus group* utilizzata in Inghilterra sin dal 1993 dal Wellcome Trust’s History of Twentieth Century Medicine Group²⁶³: “a specialized form of oral history” si spiega nell’introduzione del volume “where several individuals associated with a particular set of circumstances or events are invited to meet together to discuss, debate, and agree or disagree about their memories. The meeting is recorded, transcribed, and edited for publication”²⁶⁴. La pretesa non è quella di creare consenso o conoscenze certe, ma di dare l’opportunità di ascoltare una “to hear an array of voices, many little known, of individuals who were ‘there at the time’ and thus able to question, ratify, or disagree with others’ accounts – a form of open peer-review”²⁶⁵, con il parimenti importante obiettivo di poter utilizzare il materiale registrato per creare un archivio multimediale utile anche per scopi futuri.

²⁶¹ WONCA, *Rural Medical Education Guidebook*, cit., p. 7.

²⁶² Il riferimento completo dell’opera è: C. Overy, E. M. Tansey (Ed.), *Historical Perspectives on Rural Medicine. The proceedings of two Witness Seminars held by the History of Modern Biomedicine Research Group, Queen Mary University of London, on 29th January 2010 and 3 September 2015*, Wellcome Witness to Contemporary Medicine, vol. 61, Queen Mary University of London, London 2017.

²⁶³ Lo strumento del *witness seminar* fu messo a punto dall’Institute of Contemporary British History e poi traslato nell’ambito medico-sanitario dal gruppo di ricerca della londinese Queen Mary University. Per ulteriori informazioni sulla genesi e gli utilizzi di tale tipologia di strumento, si veda E. M. Tansey, “Witnessing the Witness: pitfalls and potentials of the Witness Seminar in twentieth century medicine”, in: R. Doel, T. Soderqvist (Ed.), *Writing Recent Science: the historiography of contemporary science, technology and medicine*, Routledge, Oxford 2006, pp. 260-278.

²⁶⁴ C. Overy, E. M. Tansey (Ed.), *Op. cit.*, p. V.

²⁶⁵ *Ibidem*.

Il primo dei due seminari resocontati dal volume si è incentrato sullo sviluppo della medicina rurale tra il 1970 e il 2000 in Inghilterra, in Scozia e in Galles e ha avuto luogo a Londra il 3 settembre 2015, con l'intervento di sei partecipanti presenti in aula e dodici in connessione tramite webcam dall'estero (dalla Norvegia, dalla Serbia, dalla Nuova Zelanda, per fare alcuni esempi di provenienze geografiche), studiosi di medicina e di storia della medicina, medici ed una direttrice sanitaria di un distretto rurale del Galles. La diversificazione dei *topics*, ovvero dei nuclei tematici esplorati nel dibattito tra i partecipanti, consentiva di analizzare in profondità la pratica della medicina rurale e il ruolo professionale del "country doctor": l'importanza della specializzazione, la medicina generale e la sua relazione con la pratica medica rurale, l'identità e lo status professionale, l'impatto dello sviluppo economico con particolare attenzione ai trasporti e alla comunicazione, le reti e le organizzazioni nazionali e internazionali, i rapporti con altre tipologie di professioni sanitarie, la connessione e la separazione tra città e campagna, la responsabilità e l'equità sociale, la questione del genere, l'apporto della famiglia, la sostenibilità della professione (intesa come insieme dei supporti formativi, economici, personali e professionali d'aiuto al medico)²⁶⁶.

L'altro "witness seminar", dal titolo "The history of rural medicine and rural medical education", è il secondo riportato nel volume, ma dal punto di vista cronologico è il meno recente ed ebbe luogo il 29 gennaio 2010 all'University College of London. Ebbe una più ristretta partecipazione, con undici presenti tra studiosi del settore e medici, e la lista degli argomenti da affrontare vedeva tre macrotemi (pratica medica, formazione e futuro della storia della RARM, ossia della "Remote and Rural Medicine"), di cui si cercava di far emergere l'evoluzione nel tempo, le caratterizzazioni attuali e le prospettive future.

Altri indirizzi della ricerca contemporanea si sono concentrati sul presente, piuttosto che sul passato, della medicina rurale: in questa sede può essere utile citare alcuni studi in materia si prefiggono lo scopo di aiutare medici e professionisti sanitari a superare il diffuso stereotipo dell'asperità e della

²⁶⁶ Ivi, p. 37.

complessità delle condizioni di lavoro nei contesti rurali e della difficoltà della relazione terapeutica, con il supporto di azioni e programmi che mirano al coinvolgimento del personale sanitario o dei pazienti.

Si può citare, a titolo esemplificativo, il lavoro dei due ricercatori statunitensi Johanna Shapiro e Randall Longenecker *Country Doctors in Literature: Helping Medical Students Understand What Rural Practice is All About*²⁶⁷, che riporta i risultati di una sperimentazione condotta nel 2004 nell'ambito delle attività promosse dal Rural Health Scholars Program del Ohio State University College of Medicine: undici studenti del corso universitario in medicina parteciparono volontariamente ad un seminario intensivo della durata di due giorni che, facendo ricorso alla lettura e alla riflessione condivisa di testi letterari che avevano medici di campagna come autori oppure come argomento, e in un secondo momento utilizzando anche strumenti di tipo narrativo (poesie e saggi brevi) redatti per l'occasione dagli stessi studenti, dimostrava che “students used reading and writing as triggers to better comprehend and reflect on intangibles such as the nature of small-town life, relative professional isolation, and the unique aspects of the doctor–patient relationship in rural practice. Quantitative and qualitative evaluations suggest that this literature-based approach was enjoyable and stimulating for students, provided useful insights, and reinforced their interest in rural practice”²⁶⁸.

In tempi più recenti²⁶⁹, un team di ricercatori australiani (Andrea L. Hernan, Christine Walker, Jeffrey Fuller, Julie K. Johnson, Amr Abou Elnor e James A. Dunbar) ha invece concentrato la propria attenzione su pazienti e figure di supporto al malato (in lingua inglese, *carers*) di contesti rurali per valutarne la percezione della *safety*, termine traducibile con l'italiano “sicurezza”, intesa nel caso specifico nel suo significato correlato al complesso di prestazioni di cura e all'assistenza medica e paramedica su cui si può “contare” e cui ci si può affidare,

²⁶⁷ J. Shapiro, R. Longenecker, *Country Doctors in Literature: helping medical students understand what rural practice is all about*, in “Academic Medicine”, vol. 80, n. 8, August 2005, pp. 724-727.

²⁶⁸ Ivi, p. 724.

²⁶⁹ Lo studio è stato pubblicato nel 2014, ma si riferisce ad una indagine condotta nel 2012. Il riferimento completo è: A. L. Hernan, C. Walker, J. Fuller, J. K. Johnson, A. A. Elnour, J. A. Dunbar, *Patients' and carers' perceptions of safety in rural general practice*, in “Medical Journal of Australia”, 201, 3, 4 August 2014, pp. 560-563.

che consentono al cittadino di sviluppare la consapevolezza, appunto, della sicurezza e di una serena fiducia nella gestione pubblica della sanità. Se studi precedenti avevano analizzato la qualità delle prestazioni di cura per le popolazioni rurali, ancora inesplorato risultava invece appunto l'aspetto relativo alla percezione della sicurezza sanitaria nei medesimi contesti: "It is important to understand rural patients' perspectives of safety, as they may have specific needs or different perspectives from urban populations"²⁷⁰. L'indagine si è concretizzata nella conduzione di quattro focus group che hanno coinvolto 26 tra pazienti e assistenti residenti nell'area rurale del sud ovest della regione australiana di Victoria, accomunati dalla frequenza del ricorso al medico di medicina generale, perché colpiti da una patologia di tipo cronico e dunque necessitanti terapie continuative, oppure perché di età avanzata o ancora in quanto madri di bambini di pochi anni. I focus group, integralmente registrati e trascritti e poi analizzati mediante metodologie di tipo narrativo, hanno messo in evidenza che "participants who had experienced some level of harm were able to comment more extensively on safety aspects of care. [...] An assumed sense of safety in general practice was predominant, and was influenced by participants' level of risk awareness and trust in their general practitioner. Additional unique themes included feelings of vulnerability, desire for an explanation and apology, a forgiving view of mistakes, and preference for general practitioners interpersonal skills over competence"²⁷¹.

L'idea di "vulnerabilità" sembra essere dunque il tratto distintivo del contesto rurale, per l'isolamento geografico e spesso anche sociale che sembra chiudere la località distanziandola dalle infrastrutture di città di dimensioni maggiori, per l'"autarchia" di servizi cui la comunità, presto o tardi, finisce per abituarsi, per la mancanza di possibilità di scelta causata dal fatto che i cittadini hanno, nella maggior parte dei casi, un solo interlocutore deputato a rispondere ad una determinata richiesta o ad erogare uno specifico servizio (ad esempio, un solo medico di riferimento). La sfida sta proprio nel capovolgere lo svantaggio in vantaggio, la minaccia in opportunità, nel fare in modo che il senso di vulnerabilità

²⁷⁰ Ivi, p. 560.

²⁷¹ *Ibidem*.

avvertito da tutti gli attori protagonisti del processo di cura (medici, infermieri, pazienti, assistenti) si traduca nella capacità di ottimizzare le risorse a disposizione e soprattutto nell'aver fiducia nelle decisioni e nell'operato proprio e altrui. Fatte le debite trasposizioni di luoghi, di tempi e di persone, il parallelismo tra il presente della *rural medicine* internazionale e il passato della condotta medica italiana appare quanto mai opportuno.

SECONDO CAPITOLO

Parola ai medici condotti: le interviste

2.1. Dallo stato dell'arte al disegno di ricerca

Lo spunto di riflessione, l'idea originaria da cui ha preso le mosse il presente lavoro di ricerca, si trova in un diario. Un diario postumo, dato alle stampe un po' di anni fa, in poche copie, ad uso e consumo dei familiari dell'autore, senza particolare volontà di diffusione e notorietà, con il solo obiettivo di realizzare a distanza di tempo il desiderio dello scrittore, ormai morto, di vedere in forma di libro la propria storia di vita e di lavoro. L'autore era stato medico condotto in un piccolo paese di contadini e di pastori sulle pendici del promontorio del Gargano, in provincia di Foggia, a cavallo tra gli anni Quaranta e Cinquanta. Nel diario, il medico metteva su carta esperienze, episodi, aneddoti, per fissare i ricordi e dare loro legittimità di testimonianza per i figli ed i nipoti. Capitato casualmente nelle mani di chi scrive, il diario¹ ha da subito spalancato le finestre su un mondo lontano e fascinoso, il mondo di una professione (il medico condotto, appunto) oggi dimenticata e di uno specifico "luogo", geografico, sociale e culturale (la Capitanata), in un'epoca (l'immediatezza del secondo dopoguerra) che è già considerabile a tutti gli effetti storia.

Da qui, dal diario di lavoro di un medico, letto velocemente, tutto d'un fiato, ha avuto origine l'idea iniziale di una ricerca che cercasse di saperne di più su quel

¹ Il diario in questione è quello a firma del dottor Angelo Aulisa, di cui si dirà più diffusamente nel terzo capitolo del presente lavoro di tesi.

particolare “spaccato” della storia della medicina e della scienza che è la condotta medica.

Il lavoro di indagine che ha avuto per oggetto la storia della condotta medica in Italia, i cui risultati sono esposti nel primo capitolo del presente lavoro di tesi, ha preso spunto dalla necessità di inquadrare la figura professionale dei medici condotti nell’evolversi del concetto generale di sanità pubblica e delle sue diverse e specifiche forme di attuazione, nel più ampio scenario dei grandi cambiamenti che coinvolsero una nazione – l’Italia – che proprio nella seconda metà dell’Ottocento, in parallelo con la formale istituzione della condotta, vedeva il compimento della propria unità territoriale e politica. E così fu anche nel secolo successivo, la cui cronologia degli eventi non mancò mai in qualche modo di dettare, insieme alle tappe principali della storia d’Italia nelle fasi belliche, del regime e poi della repubblica, anche le sorti della gestione “pubblica” della salute e della condotta medica, fino a decretare la fine di quest’ultima per lasciare spazio al Servizio Sanitario Nazionale.

Il lavoro di ricerca bibliografica sulla letteratura scientifica dedicata *in toto* o in parte alla storia della medicina condotta si è naturalmente intersecato con altre esigenze, con altri filoni di studio: da qui l’allargamento del raggio di indagine anche a volumi e contributi che guardassero al medico condotto “dal di dentro”, ovvero dal punto di vista di chi aveva rivestito in prima persona questo ruolo, nella concretezza della propria vita lavorativa. Ed ecco dunque le tante voci di medici del passato, che su riviste, bollettini e organi di stampa di associazioni di categoria dicevano la loro, raccontavano la propria esperienza, lamentavano carenze ed eccessi, avanzavano proposte che rendessero migliori e più efficienti le condizioni di lavoro. Il risultato è una corposa quantità di informazioni e notizie, cui vanno ad aggiungersi i tanti ritratti, altrettanto veritieri, di medici di condotta e di campagna disegnati dalla letteratura, dall’arte e dalla cinematografia.

L’analisi dello stato dell’arte ha poi privilegiato due aspetti, che si è ritenuto fossero di particolare interesse: da un lato, un *focus* sulla realtà locale e sull’eventuale presenza di studi sulla professione di medico condotto nella provincia di Foggia; sull’altro versante, l’individuazione di lavori di ricerca, sia in

Italia che all'estero, che si fossero prefissi l'obiettivo di esaminare la condotta medica (o similari istituzioni straniere) con un duplice approccio, storico e biografico.

La constatazione della sostanziale assenza di indagini specifiche nel contesto della Capitanata² e il reperimento e la lettura analitica di lavori dedicati alla medicina di condotta e di campagna sul piano nazionale e internazionale³ ha aperto la strada a riflessioni sull'utilità e sulla appropriatezza di una ricerca che andasse più in profondità nello studio delle caratteristiche, delle condizioni e delle finalità di tale specifica forma di professione medica, dalla lunga storia pratica ma dalla breve vita normativa. La necessità della focalizzazione sul contesto locale nasce dall'esigenza di colmare la mancanza di studi che guardassero in maniera più capillare alla mappa geografica della provincia di Foggia, nella sua diversità morfologica e geografica (la pianura, i rilievi montani interni, sul tratto preappenninico, e quelli invece prospicienti il mare, sul Gargano) e che proseguissero lungo la via già percorsa dall'unico lavoro di ricerca⁴ ad oggi esplicitamente dedicato alle vicende della condotta medica nell'ambito di una specifica realtà comunale della Capitanata, quella di Manfredonia.

La disamina dello stato dell'arte ha fatto emergere anche un altro fronte di riflessione, relativo ad un ulteriore aspetto rimasto in ombra, un altro campo di indagine non ancora sufficientemente esplorato, ovvero la fase finale della vita della medicina condotta, quella cioè che segue il secondo conflitto mondiale e, attraverso gli anni della rinascita e della costruzione, porta fino al 1978 e alla fondazione del Servizio Sanitario Nazionale. Ingente è infatti la quantità di studi che si sono concentrati sulla condotta nella fase centrale e più vitale della sua

² Come notato anche da Pellegrino nelle battute finali di uno suo breve lavoro sulla condotta medica a Manfredonia, "in Capitanata sulle condotte mediche, veterinarie ed ostetriche e sugli ufficiali sanitari si hanno poche notizie nell'ambito della evoluzione complessiva degli esercenti le arti sanitarie. Mancano del tutto ricerche e pubblicazioni su come abbiano operato nelle singole comunità, sulle modalità organizzative, sul ruolo avuto nel risolvere esigenze fondamentali dei cittadini. A ciò vuole ovviare il presente studio limitato a Manfredonia, una delle città più popolose della provincia. È auspicabile che ulteriori approfondimenti su altre città consentano valutazioni comparative non solo nell'ambito della provincia, ma anche con l'intera regione e con il resto del territorio nazionale" (L. Pellegrino, *La sanità pubblica a Manfredonia*, cit., p. 298).

³ Il riferimento è in particolare all'analisi qualitativa condotta da Monica Simeoni nel 2009, di cui si è ampiamente detto nelle pagine precedenti.

⁴ Si tratta dell'appena ricordato contributo sulla condotta medica a firma di Lorenzo Pellegrino (si veda nota 2 nel presente capitolo).

esistenza (i secoli che precedettero la sua “nascita” normativa nel 1888 e poi i primi decenni di attuazione della legge), investigando la professione di condotto dai più diversificati punti di vista: storico-medico, storico-legislativo, politico, sociale. A fronte di una letteratura scientifica così ampia in materia, si registra invece un *gap*, una riduzione dell’attenzione nei confronti, come già detto, della seconda e ultima stagione di vita della condotta, quella in cui tale istituzione dovette per forza di cose confrontarsi con altre forme di assistenza medica e di erogazione dei servizi sanitari, come ad esempio le cosiddette “casse” mutualistiche e, più in generale, il sorgere di infrastrutture a caratterizzazione medico-sanitaria con una più capillare diffusione sul territorio, che in qualche modo riducevano il raggio d’azione e di intervento del medico condotto.

Emergeva così l’esigenza di ulteriori sviluppi di ricerca nella direzione di un approfondimento della conoscenza di quella particolare fase dell’esistenza della condotta medica che fu la seconda metà del Novecento, guardando ad una specifica area geografica – la provincia di Foggia – che nella sua particolarità ben si presta a fare da caso, da modello per la situazione generale della nazione. E se da un punto di vista cronologico, dunque, l’interesse di ricerca si spostava verso i decenni dal secondo dopoguerra in poi, ancora poco esplorati dagli studi precedenti, un’ulteriore focalizzazione dell’obiettivo – questa volta una focalizzazione di tipo geografico – portava a privilegiare l’indagine di contesti territoriali di limitate dimensioni, e dunque la realtà della condotta medica nei piccoli centri abitati, che per il ristretto numero di abitanti costituiscono una realtà in sé “chiusa” e spesso omogeneamente caratterizzata da un punto di vista economico, culturale e sociale.

L’iniziale interesse generale per il ruolo ricoperto dalla condotta medica nel panorama medico e sanitario della provincia di Foggia, interesse dal quale ha preso le mosse lo strutturarsi del disegno di ricerca, si è dunque progressivamente specificizzato, originando una ben precisa domanda così riassumibile: quali elementi e quali condizioni caratterizzarono la realtà della condotta medica nel contesto territoriale della provincia di Foggia negli ultimi decenni di esistenza

normativa di tale professione, ovvero tra gli anni Cinquanta e Ottanta del XX secolo?

Terminata la fase iniziale di ricerca bibliografica – che ha avuto durata di un intero anno, dal gennaio 2016 al dicembre 2016 e dalla quale è conseguito, come si è visto, un necessario affinamento della domanda – la ricerca è entrata nel vivo della sua operatività ed è stato necessario individuare lo strumento di rilevazione più adatto e utile per il raggiungimento degli obiettivi. Il reperimento del diario di medico condotto di cui si è detto in apertura del presente capitolo ha suggerito la possibilità che esistessero altri scritti (pubblicati e dati alle stampe o rimasti allo stato di memoria autografa) assimilabili per contenuto e finalità: un'azione di ricerca sarebbe dunque stata l'individuazione, la lettura e l'analisi di altri diari di ex medici condotti, in servizio nei centri abitati della provincia di Foggia nell'intervallo di tempo compreso tra la fine del secondo conflitto mondiale e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. A corroborare il *corpus* di dati – storici, ma anche biografici – ricavabili dallo studio dei diari, si è profilata la possibilità di ricorrere ad un altro strumento di rilevazione che si muovesse sempre nel solco della raccolta di una testimonianza di vita e che consentisse di andare più in profondità, ovvero di indagare aspetti ulteriori che la narrazione diaristica lasciava invece più sullo sfondo o ai quali non faceva, per volontà dell'autore o per casualità, il minimo cenno. A tal fine, lo strumento che più si è rivelato confacente alle esigenze della ricerca è risultato essere l'intervista semistrutturata, da sottoporre a ex medici condotti, che furono in servizio tra gli anni Cinquanta e i primi anni Ottanta dello scorso secolo nei piccoli centri abitati della provincia di Foggia, privilegiando le località del Gargano e del Subappennino Dauno, ossia le aree della Capitanata a maggiore caratterizzazione rurale e dalla più complessa morfologia geografica.

Il disegno di ricerca si è andato poi strutturando con una pianificazione in fasi di lavoro, per consentire una ottimizzazione dei tempi a disposizione e delle attività da mettere in pratica⁵.

⁵ Importante riferimento bibliografico in termini di supporto nell'organizzazione logistica del progetto di ricerca, soprattutto per quel che ha riguardato l'azione relativa alla somministrazione delle

La prima fase, come già detto, ha avuto durata di un anno ed è consistita nella ricerca bibliografica sullo stato dell'arte, la definizione del progetto di ricerca e la scelta delle azioni da attuare e dello strumento di rilevazione cui fare ricorso.

Nella seconda fase, che ha avuto durata da gennaio 2017 a marzo 2017, si è proceduto all'organizzazione logistica dell'intervista, con l'ideazione e la stesura delle domande e la predisposizione del materiale di accompagnamento (lettera di presentazione del progetto di ricerca, da consegnare, firmata e datata dall'intervistatrice, al medico intervistato; scheda da compilare con i dati dell'intervistato). Nello stesso periodo si è proceduto al reperimento dei nominativi dei medici da intervistare e, contestualmente, dei medici autori di eventuali racconti scritti della propria esperienza professionale.

Ha avuto così inizio la fase della vera e propria raccolta dei dati, da aprile 2017 fino a dicembre 2017, mediante la somministrazione dell'intervista agli ex medici condotti che si erano resi disponibili a collaborare e attraverso la lettura delle testimonianze in forma scritta dell'esperienza professionale; nel medesimo periodo, si è proceduto ad una ricognizione e ad un censimento dei documenti relativi alla condotta medica nei paesi di uno dei medici intervistati, documenti presenti presso l'Archivio di Stato, Sezione di Foggia.

L'ultima fase ha avuto inizio a gennaio del 2018 ed è proseguita fino alla conclusione dei lavori. I dati ricavati dalla somministrazione dell'intervista e dall'analisi dei racconti scritti sono stati codificati e analizzati, al pari dei dati provenienti dai documenti d'archivio. L'atto successivo è stata poi la comunicazione dei risultati ricavati dall'analisi dei dati per mezzo della stesura della presente tesi.

2.2. L'intervista, fonte e strumento di ricerca storica

Dal punto di vista delle metodologie utilizzate nell'ambito della presente ricerca, è necessario sottolineare come esse siano state la diretta conseguenza dello

interviste, è stato: P. Lucisano, A. Salerni, *Metodologia della ricerca in educazione e formazione*, Carocci Editore, Roma 2002.

scopo che si prefiggeva di raggiungere la ricerca e delle risorse che si avevano a disposizione. La possibilità di entrare in diretto contatto con testimoni oggi ancora in vita, ovvero medici già collocati a riposo o alle soglie della pensione, ancora impegnati in altri ambiti della medicina, che nella seconda metà del Novecento ricoprirono il ruolo di medico condotto nei piccoli centri abitati della provincia di Foggia per un lasso di tempo più o meno esteso, tale possibilità ha portato alla scelta dell'approccio biografico, che avrebbe consentito di far emergere diversi spunti di riflessione, dal dato relativo al concreto svolgersi della pratica della condotta medica al significato soggettivo che l'intervistato attribuisce alle proprie esperienze.

Lo strumento privilegiato è stato quello della testimonianza orale⁶, da raccogliere con l'aiuto un'intervista semistrutturata, che potesse fornire a chi avesse condotto il colloquio una traccia da seguire, una mappa di concetti da enucleare e da "toccare" con l'intervistato, in un ordine che non dovesse essere necessariamente rigido e che lasciasse dunque grande libertà di gestione del colloquio.

Le testimonianze orali sono da tempo entrate ufficialmente a far parte del vasto repertorio di fonti cui fa ricorso la ricerca storica. Tutto può essere considerato fonte, sostenevano gli storici che all'inizio dello scorso secolo aderirono alla rivista e alla scuola delle "Annales". La rivista – il cui titolo completo era "Annales d'histoire économique et sociale" e che venne fondata nel 1929 da Marc Bloch e da Lucien Febvre, cui subito si affiancò Fernand Braudel – come è noto ebbe il merito di corroborare lo studio e la conoscenza della storia intesa nel senso più tradizionale del termine, ovvero la storia dei grandi eventi politici che hanno segnato le tappe del cammino dell'umanità, dando grande rilevanza all'apporto delle tante "microstorie" fino ad allora considerate minori e non meritevoli di attenzione da parte dello storico. Se la storiografia si era sempre interessata di storia politica nazionale o internazionale, in un'ottica di indagine che per secoli era stata del tutto eurocentrica, la "nuova storia" pensata e voluta dagli

⁶ La letteratura sul tema dell'utilizzo delle fonti orali nella ricerca storica è molto ricca. Su tutti, oltre ai testi più avanti citati, si consiglia G. Contini, A. Martini, *Verba manent. L'uso delle fonti orali per la storia contemporanea*, Nuova Italia Scientifica, Roma 1993.

annalisti allargava lo sguardo a qualsiasi campo di attività dell'uomo che fosse in grado di aggiungere informazioni atte a ricostruire con maggiore dovizia di dettagli un quadro, quanto più minuzioso possibile, di vita del passato⁷, cui guardare con una prospettiva che era chiaramente anche sociale e che assumeva una scala geografica mondiale: una storia che “non contiene in sé alcun credo” e “non impegna che alla ricerca”⁸, una storia che predilige il quadro temporale della lunga durata, il cui racconto è profondamente intriso dell'apporto delle altre scienze sociali. È una storia, quella cui guardano gli annalisti, che vede assegnare un ruolo da protagonista allo storico e al suo rigoroso metodo di lavoro e di ricerca, che parte dalla formulazione del problema, pone poi le giuste domande, individua gli strumenti più utili, raccoglie i dati e li interpreta, offrendo la propria personale ricostruzione del fatto storico⁹.

L'ampliamento delle domande e dei contenuti della ricerca storica comportò, chiaramente, anche un totale ripensamento della definizione di documento, dando dignità di fonte anche a testi scritti provenienti dal passato sulle più varie tematiche, atti amministrativi, oggetti e reperti, dipinti e più in generale opere artistiche, giornali, e per i tempi cronologicamente più vicini al presente filmati video e registrazioni audio¹⁰. La varietà tipologica delle fonti va tenuta in attenta considerazione da chiunque si appresti a compiere una attività di ricerca storica,

⁷ Scrive Braudel che tanti, tantissimi sono i “punti di vista possibili” della ricerca storica, afferenti all'ampio concetto di *vita materiale*: “quelli della storia che rappresentano da soli un ventaglio assai largo, ma anche quelli della geografia, dell'antropologia, della sociologia, dell'economia, della demografia, del folklore, della preistoria, della linguistica, della medicina, della statistica” e l'elenco non ha affatto la pretesa di essere esaustivo (F. Braudel, *I tempi della storia: economie, società, civiltà*, Edizioni Dedalo, 1986, p. 294).

⁸ M. Bloch, *Apologia della storia o mestiere di storico*, Einaudi, Torino 1969, p. 37.

⁹ Si veda, a tale proposito, F. Cantù, *Aspetti di metodologia della ricerca nella storiografia delle Annales*, in “*Mélanges de l'école française de Rome*”, 1981, 93-1, pp. 433-455.

¹⁰ In una recente pubblicazione a cura di Sergio Luzzatto sul tema della metodologia della ricerca storica, viene dedicato un capitolo ad ogni specifico tipo di fonte utilizzabile in tal senso. Scrive così il curatore nella premessa al libro: “Nessuno studioso di storia formatosi durante la seconda metà del Novecento, meno che mai agli esordi del terzo millennio, sarebbe disposto a considerare come fonti i soli documenti *scritti*. Almeno da mezzo secolo a questa parte, la storiografia si ciba del pane di una quantità di fonti che poco o nulla condividono con la scrittura: segni del paesaggio o vestigia dell'uomo, manufatti artigianali o prodotti seriali. [...] Né si fa storia unicamente con fonti le quali, senza essere scritte, restano comunque fonti materiali. Sempre più e sempre meglio, gli storici hanno imparato a maneggiare fonti immateriali o addirittura vir-tuali: parole registrate in un audio, immagini girate in video, fotografie scaricate da un sito” (S. Luzzatto (a cura di), *Prima lezione di metodo storico*, Editori Laterza, Roma-Bari 2010, p. 5). I saggi contenuti nel volume offrono ciascuno un esempio concreto e circostanziato di fonte (notarile, epistolare, contabile, epigrafica, cronachistica, oratoria, iconografica, diaristica, orale, elettronica, come si evince dalla lettura dei titoli dei diversi saggi nel sommario), con l'obiettivo di costruire un orizzonte ad ampio respiro per la contemporaneità della ricerca storica.

“non a mero scopo classificatorio, ma per considerare adeguatamente le specifiche potenzialità di ciascun tipo di fonte”¹¹ e anche – è bene tenerne conto – i limiti, senza perdere mai di vista un’imprescindibile consapevolezza, ovvero che “il complesso delle fonti esistenti per una certa realtà passata non costituisce l’oggetto dell’indagine, ma qualcosa che da esso proviene e ad esso rimanda, che lo ‘rappresenta’, ma non lo sostituisce interamente”¹² ed è dunque sempre auspicabile l’affiancamento ed il confronto tra più tipologie di fonti e di testimonianze, di punti di vista sullo spaccato (cronologico, geografico, sociale) di passato che si intende indagare.

Nell’ampia varietà di distinzioni che gli studiosi hanno individuato e proposto con l’obiettivo di sistematizzare le diversificate tipologie di testimonianze provenienti dal passato, le fonti orali sono venute acquisendo sempre maggiore peso, in particolare quando il periodo temporale oggetto di ricerca è prossimo al presente ed i suoi protagonisti e testimoni sono ancora in vita. E tra le fonti orali, spicca in termini di attuazione e di resa l’efficacia dell’intervista narrativa, forma di colloquio di stampo più libero, che può giungere a fare a meno del canovaccio di domande e prende spunto da una domanda-stimolo, lasciando poi l’intervistato libero di procedere per collegamenti e associazioni di pensiero, costruendo il proprio, personalissimo racconto esistenziale¹³. “L’intervista può favorire un flusso autonomo di memoria, che riporta il discorso nell’ambito del rapporto fra storia e memoria, fra tradizione orale e storiografia, e del valore delle fonti diaristiche e memorialistiche”¹⁴ e la sinergia delle fonti orali con altre tipologie di documenti e testimonianze rivela ampie prospettive di confronto. Particolarmente utilizzate nell’ambito di ricerche storiche che si sono proposte, soprattutto dalla seconda guerra mondiale in poi, di “documentare, raccogliendone le voci, le vite e il passato di gruppi umani fino allora ignorati dagli storici – in primo luogo la classe operaia, ma anche le

¹¹ P. Corrao, P. Viola, *Introduzione agli studi di storia*, Donzelli Editore, Roma 2005, p. 44.

¹² Ivi, p. 35.

¹³ In tema di intervista narrativa, si consultino i seguenti titoli: R. Cipriani, *La metodologia delle storie di vita*, Euroma La Goliardica, Roma 1995; R. Atkinson, *L’intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.

¹⁴ Si veda C. Pavone, *Prima lezione di storia contemporanea*, Editori Laterza, Roma-Bari 2007, cap. 4 “Fonti”.

minoranze etniche e sessuali, le donne, i dissidenti”¹⁵, le pratiche dell’intervista e, più in generale, della storia orale consentivano di fare luce su categorie sociali spesso lasciate in ombra, o perché non capaci di scrivere o in quanto escluse o scarsamente rappresentate nella documentazione scritta disponibile a livello ufficiale¹⁶. Inoltre, la possibilità di raccogliere informazioni non solo sui “grandi” fatti storici, ma anche sulla storia cosiddetta “dal basso”, sulla vita quotidiana e materiale e sul privato¹⁷, ha fatto sì che il ricorso all’intervista sia diventato pratica comune anche nell’ambito di indagini storiche non necessariamente connotate da un punto di vista sociale, ma che si proponessero di investigare uno specifico segmento di storia, anche piccolo. Ed è il caso della ricerca oggetto del presente lavoro di tesi, nell’ambito della quale si è pensato, appunto, che la pratica dell’intervista potesse servire agli obiettivi che ci si prefiggeva di raggiungere, ovvero delineare un ritratto, di professione e di vita, del medico condotto nel contesto cronologico e geografico di interesse.

E a proposito di contenuti, è necessario fare più di una specifica per quel che riguarda le caratterizzazioni dello strumento dell’intervista. Prima di tutto, la questione relativa alla trascrizione: se da un lato l’operazione di tradurre integralmente un documento orale in un testo scritto è una operazione necessaria da compiere al fine di rendere leggibile e analizzabile, e dunque fruibile, l’intervista, al tempo stesso è innegabile che anche la trascrizione più fedele e pedissequa, quella maggiormente attenta agli aspetti anche estetici della comunicazione orale (le pause, le intonazioni, per non dire delle esitazioni, delle

¹⁵ A. Portelli, *Storie orali. Racconto, immaginazione, dialogo*, Donzelli Editore, Roma 2007, p. VIII.

¹⁶ Per una disamina accurata del crescente interesse ed impegno riversato nel contesto italiano nell’acquisizione, nella catalogazione e nello studio di rilevanti documenti storici di tipo orale, spesso organizzati in archivi con i più vari *focus* tematici, cfr. M. Pistacchi (a cura di), *Vive voci. L’intervista fonte di documentazione*, Donzelli Editore, Roma 2010, pp. VII-XIII.

¹⁷ Si faccia riferimento, per quel che riguarda la storia “dal basso”, attenta alla concreta quotidianità degli individui, all’importante apporto delle “storie di vita”, racconti autobiografici raccolti appositamente per gli scopi di una determinata ricerca di solito a metà tra lo storico e il sociale, storie che hanno il pregio di creare interessanti connessioni tra il privato e il pubblico, l’individuo e la società. Le storie di vita sono diventate frequente pratica in diverse attività professionali, come la formazione continua e l’orientamento. Due i riferimenti bibliografici particolarmente utili: il primo ha per autore Franco Ferrarotti (F. Ferrarotti, *Storia e storie di vita*, Edizioni Laterza, Roma-Bari 1981) e in appendice contiene anche una interessante “guida bibliografica” che passa in rassegna i principali saggi dedicati all’argomento nel contesto internazionale di studi della seconda metà del XX secolo; il secondo invece è di più recente pubblicazione e ha un taglio maggiormente sociale (M. Lichtner, *Esperienze vissute e costruzione del sapere. Le storie di vita nella ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano 2008) e illustra l’utilità delle storie di vita sia come “generazione di teoria” che come “verifica” di teorie esistenti.

espressioni del viso, della postura del corpo e di tutto quanto è in grado di passare per il tramite della comunicazione non verbale¹⁸) avrà sempre un ovvio e imprescindibile scarto rispetto alla fonte originale raccolta in presa diretta, non sarà “una riproduzione, e quindi un sostituto, del documento di partenza, ma una sua *rappresentazione* con altri mezzi, soggetti ad altre grammatiche di cui è necessario tenere conto”¹⁹.

Senza dimenticare il duplice livello di lettura ed interpretazione dei dati offerto dallo strumento dell’intervista: su un fronte, il dato concreto del contenuto, ossia le notizie e le informazioni praticamente desumibili dal racconto orale²⁰ (notizie e informazioni sulla cui attendibilità e verificabilità è sempre opportuno che il ricercatore si interroghi²¹); sull’altro fronte, il dato intangibile, più sfumato e sotteso, del significato soggettivo, l’interpretazione, l’attribuzione di senso che il narratore dà alle notizie e alle informazioni che si premura di fornire (o che evita, involontariamente o deliberatamente, di fornire) nel corso dell’intervista, significato riconducibile ad aspetti e procedure di analisi del testo che non sono troppo dissimili dall’approccio ermeneutico e che tengono ad esempio conto del maggiore o minore peso riservato ad un determinato argomento nel corpo complessivo del racconto o all’ordine – verrebbe da dire all’intreccio, utilizzando la terminologia specifica dell’analisi letteraria – di esposizione dei fatti narrati.

Alla luce di tali riflessioni, si può asserire che “l’attendibilità delle fonti orali è un’attendibilità *diversa*. L’interesse della testimonianza non consiste solo nella sua aderenza ai fatti ma anche nella sua *divaricazione* da essi, perché in questo scarto si insinua l’immaginazione, il simbolico, il desiderio”²². E le motivazioni di

¹⁸ Si veda, a tale proposito, il paragrafo “La comunicazione non verbale nell’interazione intervistatore-intervistato” in V. L. Zammuner, *Tecniche dell’intervista e del questionario*, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 242-249.

¹⁹ A. Portelli, *Op. cit.*, p. 7. E a proposito di difficoltà legate alla trascrizione, un caso tipico è quello dell’oscillazione dell’uso di lingua e dialetto, cui spesso si fa ricorso nell’ambito delle interviste, anche a mo’ di semplice battuta o intercalare.

²⁰ In tema di contenuti e conoscenze storiche *tout-court*, occorre tenere presente anche la possibilità che una o più interviste non forniscano alcun nuovo dettaglio: nella maggior parte dei casi, l’intervista “conferma e verifica conoscenze già acquisite, e non è certo fonte di conoscenze nuove [...]. Nondimeno essa pretende di confermare e verificare” (F: Ferrarotti, *Op. cit.*, pp. 92-93).

²¹ Si veda a tal proposito il paragrafo “Affidabilità e validità della narrazione” in R. Atkinson, *Op. cit.*, pp. 90-95, nel quale l’autore si sofferma sulle variabili della coerenza esterna e interna del racconto, e su corroborazione e persuasione utilizzate come parametri di controllo circa la validità di un’intervista.

²² A. Portelli, *Op. cit.*, p. 13.

tale scarto, sempre interessante da guardare, possono essere dovute anche ad imperfezioni della memoria, a sviste ed errori involontari causati dalla distanza temporale che separa il presente del racconto dal passato dell'azione, una distanza temporale che per motivi fisiologici non supera mai gli otto, nove decenni di vita, nel più fortunato dei casi, un tempo limite che però è già abbondantemente storicizzato e storicizzabile.

Ulteriore e significativo aspetto di riflessione connesso alla pratica dell'intervista è la presa di coscienza che l'intervista stessa è il frutto di un dialogo, di una relazione tra due individui, l'intervistato e l'intervistatore²³. Al primo viene richiesto l'indispensabile atto iniziale del rendersi disponibile al colloquio, del mettere in gioco e in condivisione una parte di sé, un segmento più o meno esteso dei propri ricordi, del proprio passato e tale disponibilità alla parola e al racconto potrebbe essere concessa con difficoltà o non essere concessa affatto²⁴. Protagonista al centro della scena del racconto storico, l'intervistato è al contempo soggetto agente e voce narrante, personaggio e voce fuori campo dell'evento (e poco importa quanto sia grande o piccola la sua portata storica) su cui incentra la propria testimonianza. Vi è poi il non meno importante apporto dell'intervistatore²⁵, il cui contributo in termini non solo di spunti, stimoli e domande, ma anche di espressività, grado di interesse, atteggiamenti espliciti ed impliciti trasforma il colloquio con l'intervistato in una fonte per definizione

²³ Va infatti notato che le fonti orali "sono sempre il risultato di un rapporto a due, di un lavoro comune, cui prendono parte intervistato e intervistatore (per questo, è importante che lo storico conduca almeno la maggior parte delle interviste personalmente). Il documento scritto ha una forma immutabile ed esiste ancora prima di essere reperito e utilizzato dallo storico; la narrazione orale invece è una fonte solo potenziale finché il ricercatore non ne provoca l'esistenza dando inizio all'intervista" (Ivi, p. 17). E ancora: "Ogni intervista documentata ha due autori: la persona che fa le domande e la persona che risponde" (C. T. Davis, H. L. Gates (a cura di), *The Slave's Narrative*, Oxford University Press, Oxford-New York 1985, p. 6).

²⁴ "Condividere memorie private può anche equivalere a una perdita; anche per motivi come questo l'intervista è un momento estremamente delicato e un elemento di disagio spesso può affiorare nel raccogliere la voce di una persona" (A. Fischetti, P. Cavallari, "Ventitré anni di interviste", in M. Pistacchi (a cura di), *Op. cit.*, p. XIX).

²⁵ Zammuner riassume in quattro macrocategorie il complesso sistema di compiti che attiene all'intervistatore: "a) contattare (e 'selezionare' gli intervistati-target e assicurarsene la cooperazione; b) addestrare e motivare gli intervistati ad assumere il loro ruolo; c) porre a ciascun intervistato le domande (completamente predefinite, oppure no) e registrarne le risposte in modo adeguato; d) registrare qualunque altro dato sia ritenuto pertinente circa il contesto di somministrazione" (V. L. Zammuner, *Op. cit.*, p. 235).

costruita, variabile, parziale²⁶, la cui stessa esistenza è dovuta ad una volontà precisa del ricercatore, alla sua deliberata scelta di condurre un'intervista a quel determinato individuo per discorrere di quel determinato argomento. Il risultato finale – ovvero l'intervista stessa – è naturalmente il frutto dell'interazione tra i due soggetti appena nominati, della relazione diadica tra chi intervista e chi viene intervistato, una relazione complessa, intrinsecamente costituita dall'idea immediata, quasi a prima vista, che ciascun interlocutore ha dell'altro, dal mescolarsi di aspettative che spesso si autoavverano e inevitabilmente fanno da filtro alla formulazione tanto delle domande quanto delle risposte, dalla volontà di creare un particolare “effetto” emotivo su chi si ha di fronte (compiacimento, stupore, commozione, per fare qualche esempio).

L'intervista è risultata dunque essere, alla luce delle riflessioni metodologiche compiute, lo strumento più idoneo a raccogliere i dati che si aveva la necessità di reperire per approfondire la conoscenza della pratica della condotta medica nel contesto della Capitanata del secondo Novecento. Un'intervista – una narrazione, un racconto – che potrebbe essere definita in tutto autobiografica, se non fosse volutamente ristretta e limitata ad uno specifico periodo temporale e ad una particolare sfera di vissuto dell'esistenza della voce narrante, ovvero l'esperienza professionale da medico condotto, di cui ci si propone di fare un accurato e dettagliato resoconto storico²⁷.

²⁶ L. Portelli, *Op. cit.*, p. 17. Dello stesso tenore le parole di Atkinson: “La chiave per creare un rapporto efficace e produttivo è saper trovare un equilibrio tra guidare e seguire l'intervistato, e sapere quando conviene lasciare che sia lui a dettare il ritmo e la direzione dell'intervista” (R. Atkinson, *Op. cit.*, p. 48).

²⁷ È con questo nome (in inglese, *life history*) che si indica una testimonianza orale che “si concentra quasi sempre su un aspetto specifico della vita di una persona, come la vita lavorativa o un ruolo particolare che il narratore ha ricoperto nella vita di una comunità. Il resoconto storico riguarda quasi sempre la comunità o ciò che ricorda il soggetto di un evento, di un fatto, di un luogo” (Ivi, p. 14). Atkinson tiene a specificare che il resoconto storico è una forma particolare – più contenuta nell'enfasi e nella portata della narrazione – rispetto alla più ampia narrazione autobiografica, dall'autore definita come “il racconto che una persona decide di fare sulla vita che ha vissuto, descrivendo nel modo più onesto e completo possibile ciò che ricorda di essa e ciò che vuol far sapere agli altri riguardo ad essa, di solito con l'aiuto di un'intervista condotta da un'altra persona” (Ivi, p. 13).

2.3. La predisposizione dell'intervista e dei materiali a corredo

Individuato lo strumento di riferimento che meglio si confaceva al raggiungimento degli obiettivi di ricerca, il passo successivo è stato la predisposizione dei materiali necessari per lo svolgimento dell'indagine. Su tutti, l'intervista semistrutturata²⁸, ovvero l'elenco di domande che durante il colloquio facesse da traccia per l'intervistatrice e permettesse di esplorare "in profondità"²⁹ l'argomento di discussione, ovvero l'esperienza professionale come medico condotto vissuta da parte degli intervistati. L'idea è stata quella di predisporre un canovaccio, una sorta di *vademecum* per chi avesse il compito di intervistare, una serie di domande che facessero da spunto e da stimolo per la riflessione e il racconto dell'intervistato, nella consapevolezza che non dovessero necessariamente essere poste in quell'ordine, anzi, che potessero all'estremo anche non essere affatto formulate, se nel corso dell'intervista fosse sopraggiunta la necessità di eludere alcuni argomenti. Nella stessa misura, la lista delle domande non escludeva l'eventualità di divagazioni e ampliamenti, in quanto ulteriori quesiti potevano essere posti e altri argomenti esplorati, per approfondire aspetti che fossero emersi nella concreta situazione del colloquio³⁰.

Come si può notare³¹, le domande afferiscono a quattro nuclei concettuali di indagine: il percorso di studi e di scelte di vita e di lavoro che ha portato l'intervistato a divenire medico condotto, la pratica quotidiana della condotta

²⁸ Per intervista semistrutturata si intende una intervista di tipo discorsivo, che contempla l'assenza di standardizzazione delle domande e delle risposte, la somministrazione di tutte le domande, un ordine di somministrazione non prevedibile. La definizione fa riferimento alla distinzione tra intervista strutturata, semistrutturata e non strutturata (Ivi, p. XI).

²⁹ L'uso di tale espressione non è casuale e si riferisce ad una specifica modalità, detta appunto "intervista in profondità", "poco o quasi per nulla strutturata che si prefigge di raccogliere dati di tipo qualitativo [...]. Al soggetto, soprattutto inizialmente, si pongono *domande aperte* di carattere generale circa un certo argomento [...]. È possibile (e auspicabile) cercare di approfondire o di chiarire man mano con ulteriori domande più specifiche ciò che il soggetto dice" (V. L. Zammuner, *Op. cit.*, p. 74).

³⁰ Tra tali accorgimenti rientra il cosiddetto *probing*, ossia la richiesta di spiegazione e approfondimento con l'obiettivo di elicitarne una risposta in caso di risposte incomplete o ambigue o addirittura assenti (Ivi, pp. 262-264).

³¹ L'elenco di quesiti dell'intervista predisposta nell'ambito del lavoro di ricerca è visionabile in appendice alla presente tesi, suddiviso nelle quattro sezioni qui descritte (Allegato n. 1). Le domande comprese nell'intervista sono tutte aperte, "di natura descrittiva, strutturale o comparativa, che stimolano delle risposte più approfondite e articolate" (R. Atkinson, *Op. cit.*, pp. 67-68), con l'obiettivo di ricavare dati di vario tipo, dalle descrizioni di ambienti e situazioni, all'esplicitazione dell'organizzazione di conoscenze e di attività, fino all'evocazione di dimensioni di significato.

medica, la relazione terapeutica con i pazienti, e infine l'abitudine a raccontare, in forma orale o scritta, la propria esperienza professionale. La scelta degli argomenti è stata chiaramente calibrata sulla base delle esigenze di conoscenza e di approfondimento di specifici temi per i quali era emersa una certa curiosità nel corso della lunga fase di studio della letteratura scientifica sull'argomento della condotta medica, studio che, come si è data prova nella trattazione del primo capitolo del presente lavoro di tesi, ha cercato di guardare a tale istituzione da differenti punti di vista (storico, scientifico e clinico, culturale, sociale, artistico, secondo una prospettiva ora diacronica ora sincronica), per delineare un ritratto a tutto tondo del medico condotto.

Le domande-stimolo sono state formulate con l'obiettivo di indagare diversi fronti: consentono prima di tutto di ricavare dati storici di natura medico-clinica, in riferimento allo stato di salute della popolazione locale, all'occorrenza e all'eventuale stagionalità di determinate patologie, alla tipologia di terapie e/o trattamenti prescritti e, molto spesso, anche prestati. L'intervista offre anche la possibilità di ottenere informazioni sul contesto sociale, economico e culturale di riferimento, e sulle abitudini di vita dei cittadini assistiti dal medico condotto (è quanto può emergere per il tramite delle prime sei domande, incluse nelle sezioni "Diventare medico condotto" e "Essere medico condotto").

Accanto ai dati appena ricordati, pregnanti e concreti, contemplabili all'interno del campo d'azione della storia della medicina e della storia locale, vanno annoverati altri aspetti che si potrebbero definire "intangibili"³², connessi alla modalità del medico condotto di interagire con i pazienti e ad eventuali, personalissime riflessioni dell'intervistato sull'evolversi della relazione terapeutica nel prosieguo della propria attività professionale (le domande in questione sono le due contenute nella sezione "Relazionarsi con i pazienti").

In ultimo, l'intervista costituisce l'occasione, per l'intervistato, di guardare con consapevolezza nuova alla possibilità di raccontare la propria esperienza di medico condotto, prefigurando una sorta di "passaggio di testimone" alle nuove

³² A proposito della distinzione tra dati oggettivi (oggettivamente definibili e osservabili in linea di principio anche da un altro individuo) e soggettivi (cioè conoscibili solo dall'individuo attraverso un processo di introspezione) indagabili tramite un'intervista, si veda: V. L. Zammuner, *Op. cit.*, pp. 16-17.

generazioni di medici di medicina generale, ancora in formazione o già in servizio (si fa qui riferimento alle ultime tre domande, comprese nella sezione “Raccontare e testimoniare l’esperienza professionale”).

La varietà di temi che l’intervista si prefiggeva di esplorare tiene fede alla duplice direttrice sulla quale ha inteso muoversi l’intero progetto di ricerca: da un lato, l’indagine di natura storico-scientifica e, nello specifico, storico-medica, che si propone di raccogliere dati concreti, “pratici”, seguendo un approccio squisitamente storico che guarda all’intervista come ad una testimonianza del passato, una fonte del tutto equiparabile ad un documento d’archivio o ad un reperto materiale; sull’altro versante, il punto di vista biografico, profondamente calato nella narrazione di uno o più eventi appartenenti alla vita di chi parla, un punto di vista che non può non interrogarsi non solo sul “che cosa” venga raccontato, ma anche sul “come” e sul “perché”, con una prospettiva che può a buon diritto essere considerata pedagogica, soprattutto quando si concentra sulla presa di coscienza, da parte della voce narrante, dell’importanza della stessa operazione del ricordo e della testimonianza, per se stesso e per la comunità civica e professionale.

Oltre alla scaletta dell’intervista, si è provveduto a redigere anche una lettera informativa da consegnare ai medici intervistati, che espone in sintesi il contenuto e le finalità del progetto di ricerca nell’ambito del quale rientra l’intervista e, al contempo, fornisce i riferimenti operativi a garanzia della privacy³³.

Infine, è stato predisposto anche un modulo per la partecipazione³⁴, da far compilare ai medici con l’indicazione dei propri dati anagrafici e delle informazioni relative all’attività professionale da condotto. Nel modulo – che viene compilato e firmato dall’intervistato e conservato da chi somministra l’intervista – viene rilasciata l’autorizzazione ad utilizzare il materiale raccolto per gli scopi della ricerca e il consenso al trattamento dei dati personali forniti. Viene

³³ Il documento è consultabile in appendice al presente lavoro (Allegato 2). Sulla necessità di una corretta ed esaustiva informazione all’intervistato da parte dell’intervistatore, per quel che riguarda gli scopi e le modalità di realizzazione dell’indagine, si veda: R. Atkinson, *Op. cit.*, p. 47.

³⁴ Anche il modulo di partecipazione è visionabile nella sezione dedicata agli allegati (Allegato n. 3).

inoltre specificato che per l'intervistato è possibile, se lo ritiene necessario, omettere nomi relativi a persone e luoghi o sostituirli con nomi di fantasia.

2.4. “Fare” l'intervista: l'individuazione del campione e la raccolta dei dati

L'azione successiva è stata la profilazione del campione dell'indagine. Per procedere alla scelta dei soggetti da intervistare si è deciso di utilizzare come criterio d'elezione il servizio svolto in qualità di medico condotto presso uno dei comuni del Subappennino o del Gargano. La decisione di non prendere in considerazione i medici che avevano lavorato presso centri urbani di maggiori dimensioni si motiva con la volontà di entrare in contatto con piccoli centri abitati, i cui collegamenti (viari, commerciali, culturali e sociali) con il capoluogo di provincia erano vistosamente complicati dalla morfologia del territorio, aspra e prevalentemente montuosa. Il piccolo paese, lontano dal grande centro e dai più numerosi e meglio strutturati servizi che esso era in grado di offrire, costituisce una sorta di “isola” in qualche modo autosufficiente, e consente dunque una maggiore profondità di studio e di riflessione sulle variabili che hanno a che fare, nello specifico, con le occasioni nelle quali la gente ricorreva al medico condotto e con le possibilità di cura e di assistenza da lui garantite. Sono stati dunque esclusi dalla ricerca i medici in servizio nel capoluogo Foggia e in altri grandi centri medio-grandi della provincia, come ad esempio Manfredonia, San Severo, Cerignola, San Giovanni Rotondo, dotati di ospedali, case di cura, poliambulatori e punti di pronto soccorso che ampliavano e fortificavano i luoghi dell'assistenza sanitaria ai cittadini, diminuendo di fatto le situazioni nelle quali si chiamava il medico condotto.

Considerando che la scomparsa della condotta medica data agli anni compresi tra il finire dei Settanta e i primi Ottanta dello scorso secolo, è da subito apparso evidente che la maggior parte dei medici condotti non è oggi più in vita o è in età molto avanzata. Se si considera che un individuo ultranovantenne può aver

rivestito il ruolo di medico condotto a partire dall'anno della laurea (evento ipotizzabile al minimo a 24 anni di età, tenendo presente un conseguimento del titolo di studi nel minor tempo possibile, ossia nei sei anni della durata regolare di un corso di laurea in Medicina e chirurgia, senza incorrere nel fuoricorsismo), un calcolo piuttosto rapido porta a concludere che non sarebbe stato possibile intervistare medici che avessero lavorato come condotti più di settanta anni fa, ovvero prima degli ultimissimi anni Quaranta e dell'inizio dei Cinquanta del Novecento. Risalire più indietro nel tempo sarebbe stato, con tutta probabilità, una ipotesi non realizzabile, perché avrebbe comportato una fortuita e rarissima condizione, quella di imbattersi in un ultracentenario medico ex condotto. Un vincolo³⁵, quello anagrafico, che ha da subito posto le basi della profilazione del campione e ha connotato lo stesso disegno di ricerca di caratteristiche ben precise.

Accanto ai medici più anziani, da diversi anni in pensione, che conobbero la realtà della condotta medica nell'immediatezza del secondo dopoguerra, vi è poi da considerare un ridotto numero di professionisti, ancora oggi in servizio, impegnati su altri fronti della professione medica e prossimi però ad essere collocati a riposo, che esercitò la condotta nel primissimo periodo della propria attività, all'indomani del conseguimento della laurea e dell'abilitazione all'esercizio della professione, e visse dunque l'ultima fase della "stagione" della condotta, in uno scenario socio-culturale profondamente cambiato rispetto agli anni Cinquanta.

Dal punto di vista dell'età, il campione si è andato profilando includendo medici che, per forza di cose, avessero al momento delle interviste dai sessantacinque anni in su, ovvero l'età minima necessaria a far sì che avessero potuto lavorare come condotti all'indomani della loro laurea. Se fossero stati più giovani, non avrebbero avuto la possibilità di vivere tale esperienza professionale, perché la legge n. 833 del 1978 aveva già sancito la definitiva eliminazione della condotta medica dallo scenario dell'assistenza sanitaria italiana.

³⁵ Sul concetto di vincolo inerente al campione o ai soggetti esaminati nell'ambito di una ricerca condotta mediante intervista o questionario, un utile riferimento bibliografico è: V. L. Zammuner, *Op. cit.*, pp. 54-55.

Alla oggettiva difficoltà nel reperimento di medici da intervistare, dovuta alla distanza temporale che separa il presente dagli anni in cui la condotta medica era in vigore (e questo fa sì che oggi tutti i medici siano appunto “ex” condotti e dunque impegnati in altro tipo di attività medica o posti in pensione), si è da subito affiancata una ulteriore complicazione, connessa all’assenza di un elenco ufficiale dei medici condotti in servizio nei comuni della provincia, tanto presso l’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Foggia quanto nella sede dell’attuale Azienda Sanitaria Locale ASL Foggia. Tale assenza si motiva alla luce del fatto che i medici condotti erano dipendenti a carico delle amministrazioni comunali e pertanto gli enti e le associazioni istituzionalmente connessi con la medicina e la sanità non ebbero mai la necessità e la volontà di redigere un elenco specificatamente dedicato ai medici condotti. Esisteva – è vero – l’albo degli iscritti all’Ordine, redatto e pubblicato annualmente dallo stesso Ordine dei Medici di Capitanata, che riuniva i nomi e i dati anagrafici di tutti coloro che esercitavano la professione medica nella provincia, con tanto di indicazione dell’anno e della sede di laurea, della sessione di abilitazione e degli anni e dei luoghi dove si erano conseguite le eventuali specializzazioni. Tale albo non forniva però indicazioni legate all’effettiva pratica professionale degli iscritti e dunque non era di alcun aiuto per il reperimento di nominativi da intervistare.

In assenza di elenchi ufficiali, il campione dei medici coinvolti si è pertanto composto sulla scorta di contatti venutisi a creare attraverso conoscenze personali o grazie alla collaborazione dell’Ordine dei Medici di Foggia e di colleghi medici che hanno fatto da tramite con gli intervistati.

Il primo contatto è avvenuto per via telefonica ed è servito ad illustrare per sommi capi le finalità del progetto di ricerca e naturalmente a prendere i dovuti accordi logistici per la somministrazione dell’intervista. Nel corso della telefonata, si è prestata particolare cura ad evitare di dare notizie eccessivamente dettagliate sulla natura dell’indagine, per far sì che il colloquio avvenisse nella maniera il più possibile “libera” e non mediata, e ci si è limitati a rispondere ad eventuali domande di chiarimento da parte dell’interlocutore, con l’obiettivo, al contempo, di fugare eventuali dubbi e retrosie a partecipare.

Tutti i medici contattati hanno accettato di prendere parte all'intervista, che ha avuto poi in effetti luogo nei giorni immediatamente successivi al primo contatto. Il campione definitivo selezionato e arruolato è risultato composto da sette soggetti, tutti di sesso maschile, con un'età al momento dell'intervista compresa tra 66 e 92 (età media 78 anni).

2.5. “Fare” l'intervista: la raccolta dei dati

La somministrazione delle interviste è avvenuta nel periodo compreso tra aprile e dicembre 2017, con ritmi dunque dilatati, ed è proceduta in parallelo con la raccolta di dati mediante le altre due azioni di cui si dirà meglio più avanti, la lettura e l'analisi di diari di medici ex condotti e il reperimento di materiali d'archivio sul tema della condotta medica. La scelta di far avanzare la ricerca contemporaneamente su più fronti è stata senz'altro motivata da ragioni logistiche dettate dalle necessità di rispettare il *timing* di svolgimento delle attività. La contestualità delle azioni ha al contempo consentito che la stessa operazione di raccolta e di reperimento dei dati venisse arricchita e sostanziata dai “passi in avanti” compiuti nella ricognizione di documenti archivistici oppure nella lettura dei diari, che facevano emergere inediti spunti di riflessione o nodi concettuali da chiarire e approfondire: in qualche modo, dunque, la ricerca si “faceva” nel suo stesso svolgersi.

Di seguito si dà elenco dei nominativi dei medici intervistati, con l'indicazione di alcuni dati, anagrafici e professionali:

- dott. Pietro Calabrese, nato il 24/06/1948 a Motta Montecorvino (FG) e residente a Lucera (FG), di anni 69 al momento dell'intervista, medico condotto presso il comune di Volturino (FG) dal 1975 al 1983, attualmente medico di medicina generale a Lucera, intervistato a Lucera in data 13/04/2017 (durata intervista minuti 41.18);
- dott. Pietro Trombetta, nato il 20/04/1925 a San Marco in Lamis (FG) e deceduto nell'aprile 2018 a Sannicandro Garganico (FG), di anni 92 al

- momento dell'intervista), ufficiale sanitario e medico libero esercente presso i comuni di Sannicandro Garganico e Cagnano Varano (FG) dal 1953 al 1956, in seguito medico della mutua a Sannicandro Garganico fino al 1992, attualmente in pensione, intervistato a Sannicandro Garganico in data 18/04/2017 (durata intervista minuti 35.79);
- dott. Matteo Vittorio Potenza, nato il 29/12/1928 a Monte Sant'Angelo (FG) e residente a Mattinata (FG), di anni 88 al momento dell'intervista, dal 1956 al 1998 medico libero esercente presso il comune di Mattinata (FG), per brevi periodi anche medico condotto e ufficiale sanitario in paesi limitrofi, attualmente in pensione, intervistato a Mattinata in data 10/6/2017 (durata intervista minuti 34.70);
 - dott. Antonio Lepore, nato il 19/09/1931 a Orsara di Puglia (FG) e residente a Foggia, di anni 86 al momento dell'intervista, medico della mutua presso il comune di Orsara di Puglia dal 1968 al 1975, in seguito medico dell'Inps, attualmente in pensione, intervistato a Foggia in data 16/06/2017 (durata intervista ore 1.06.02);
 - dott. Amilcare Spinapolice, nato il 9/10/1951 a Foggia e residente a Foggia, di anni 66 al momento dell'intervista, medico condotto nei comuni consorziati di Faeto e Celle San Vito (FG) dal 1977 al 1978, attualmente medico specialista in ginecologia e ostetricia, intervistato a Foggia in data 4/10/1951 (durata intervista minuti 26.38);
 - dott. Achille Mario Cocuzzi, nato il 14/11/1946 a Celle San Vito (FG) e residente a Foggia, di anni 71 al momento dell'intervista, medico condotto presso il comune di Volturara Appula (FG) dal 1979 al 1989, in seguito medico di medicina generale, attualmente in pensione, intervistato a Foggia in data 16/11/2017 (durata intervista minuti 48.55);
 - dott. Valter Maria Gentile, nato il 5/11/1943 a Voghera (PV) e residente a Foggia, di anni 74 al momento dell'intervista, medico condotto alle Isole Tremiti dal 1970 al 1971, in seguito medico di medicina generale, attualmente in pensione, intervistato a Foggia in data 6/12/2017 (durata intervista minuti 32.05).

Delle sette interviste effettuate, quattro hanno avuto luogo presso l'abitazione del medico coinvolto, due presso l'ambulatorio ed una presso un locale messo a disposizione dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Foggia. La varietà della sede si motiva sulla scorta della differente età dei soggetti intervistati (già in pensione i medici intervistati in casa e presso l'Ordine, ancora in attività i due nello studio). In generale, è stata lasciata a ciascun intervistato l'opportunità di scegliere quale fosse il *setting* più idoneo all'intervista, esprimendo come unica condizione che si trattasse di un ambiente silenzioso, nella certezza che ogni medico avrebbe preferito il contesto a lui più familiare, che lo mettesse maggiormente a suo agio³⁶.

Le interviste hanno avuto durata variabile, da un minimo di 26.38 minuti (è il caso del dottor Spinapolice) ad un massimo di 1 ora e 6.02 minuti (questo il tempo del colloquio con il dottor Lepore). In alcuni casi, l'intervista è stata effettuata in un'unica tornata, senza interruzioni o riprese, mentre in altri l'intervistato ha chiesto una pausa per motivi di varia tipologia oppure, quando sembrava aver concluso l'intervista, ha rammentato di avere altri dettagli da aggiungere e ha ripreso a parlare.

All'inizio di ciascun colloquio, ai medici è stato illustrato il progetto di ricerca, con il dettaglio dei contenuti, dei metodi e degli obiettivi, ed è stata poi spiegata la modalità di svolgimento dell'intervista. Si è proceduto poi con la consegna dell'informativa relativa alla privacy (Allegato 2), precedentemente riempita con il nominativo dell'intervistato e corredata di firma dell'intervistatrice, ed è stato poi presentato il modulo di partecipazione (Allegato 3), che si è chiesto di compilare e di restituire.

Gli intervistati sono stati infine informati che, previo loro consenso, il colloquio sarebbe stato audioregistrato e l'autorizzazione alla registrazione è stata fornita da tutti, senza che la cosa destasse particolari remore. Durante il colloquio, si è provveduto anche a prendere appunti a mano su un foglio, per tenere traccia

³⁶ A proposito del luogo dove effettuare l'intervista, "L'ideale sarebbe scegliere per l'intervista un ambiente rilassato e confortevole, che l'intervistato conosce molto bene. Di solito un ambiente familiare, come la casa dell'intervistato, è quello più adatto. Una stanza informale e silenziosa che favorisce la sincerità è probabilmente il luogo migliore in cui effettuare l'intervista" (R. Atkinson, *Op. cit.*, p. 49).

non tanto dei contenuti (per i quali era più che sufficiente il supporto garantito dalla registrazione), quanto di aspetti che si riteneva sarebbero stati utili nelle successive fasi di analisi e valutazione, in ordine ad esempio alla segnalazione di aspetti “visivi”, come l’espressività facciale dell’interlocutore o oggetti eventualmente mostrati nel corso della conversazione o ancora elementi descrittivi delle persone presenti o del luogo in cui ci si trova, di cui l’audio non è in grado di dare il segno. Nel caso di oggetti reputati di particolare interesse ai fini dell’indagine, sono state realizzate delle fotografie a supporto degli appunti e della registrazione audio.

Ogni medico è stato intervistato da solo, ad eccezione di tre casi nei quali al colloquio su richiesta del medico hanno preso parte una o più persone, legate da un rapporto di parentela diretto (in due situazioni si trattava della moglie, accompagnata per un medico dal figlio e per l’altro da un nipote, nel terzo caso da una nipote). I tre medici in questione erano – è il caso di farlo notare – i più anziani del campione (rispettivamente i dottori Lepore, Potenza e Trombetta) e con tutta probabilità la scelta di avere al proprio fianco una persona fidata può essere letta da varie prospettive: il timore di non ricordare a dovere nomi e date e l’opportunità di avere a portata di voce qualcuno che possa fare da garante, da “custode” della memoria o, più semplicemente, il desiderio di un sostegno emotivo, un supporto, il che lascia trapelare l’ansia e l’agitazione che il colloquio porta con sé, a dispetto dell’apparente tranquillità degli intervistati. Le persone presenti non sono mai intervenute, ad eccezione della moglie del dott. Lepore che invece – come si sottolineerà più avanti – ha più volte preso la parola nel corso del colloquio.

Ogni medico intervistato è stato invitato ad esprimersi liberamente sugli argomenti oggetti dello studio con il supporto della “scaletta” semistrutturata di domande dell’intervista, che è stata sempre a disposizione dell’intervistatrice per fare da guida durante il colloquio e per verificare le aree di maggiore pregnanza o i quesiti ancora da trattare. In alcuni casi, come già accennato, l’ordine di trattazione degli argomenti è stato variato per venire incontro all’interlocutore, che talvolta giungeva a parlare di tematiche di suo particolare interesse prima che si facesse

esplicito riferimento ad essi con una apposita domanda. Alcuni nodi concettuali, inoltre, sono stati esplorati maggiormente rispetto ad altri, lasciati invece più in ombra, nel caso in cui ci si rendesse conto di un particolare desiderio del medico di “narrare” quel determinato argomento. La libertà garantita al racconto delle esperienze e dei ricordi ha fatto sì che il risultato della ricerca fosse un *corpus* di testimonianze, un complesso di fonti piuttosto variegato in quanto a durata delle interviste, all’ordine di esposizione degli argomenti e al “peso” dato a ciascuno di essi.

Ciascuna intervista è stata poi trascritta³⁷, per consentire un più agevole lavoro di lettura e di analisi del contenuto, sia relativamente ai dati che ai termini e concetti ricorrenti. Nella trascrizione è stata data nota anche delle domande³⁸, oltre che delle risposte, così come sono state segnalate eventuali interruzioni del colloquio. L’operazione di trascrizione – una vera e propria “pragmatica della scrittura”³⁹, secondo Bourdieu – non è stata esente da difficoltà: particolarmente complessa è stata la scelta dei segni di interpunzione da inserire nel testo⁴⁰, la cui

³⁷ Tutte le trascrizioni delle interviste sono consultabili in appendice al presente lavoro, nella sezione degli allegati (dal n. 4 al n. 10). A tal proposito, si specifica che da questo luogo in poi per citare i riferimenti agli estratti delle interviste ai medici condotti svolte nell’ambito della ricerca, si userà il seguente sistema di abbreviazioni:

- PC (Intervista al dott. Pietro Calabrese, Allegato n. 4, comprendente 7 fogli);
- PT (Intervista al dott. Pietro Trombetta, Allegato n. 5, comprendente 5 fogli);
- MP (Intervista al dott. Matteo Potenza, Allegato n. 6, comprendente 4 fogli);
- AL (Intervista al dott. Antonio Lepore, Allegato n. 7, comprendente 4 fogli);
- AS (Intervista al dott. Amilcare Spinapolice, Allegato n. 8, comprendente 4 fogli);
- AC (Intervista al dott. Achille Cocuzzi, Allegato n. 9, comprendente 7 fogli);
- VG (Intervista al dott. Valter Gentile, Allegato n. 10, comprendente 5 fogli).

Ogni riferimento sarà accompagnato dall’indicazione del foglio da cui è tratta la singola citazione riportata.

³⁸ Ribadisce Portelli: “Se l’intervista è il prodotto di due autori, questo deve emergere al momento della pubblicazione. Gran parte delle raccolte scritte o audiovisive di testimonianze orali organizzano i testi in modo da dare l’impressione che si tratti di un flusso ininterrotto di narrazione spontanea, facendo sparire le domande e gli interventi del ricercatore. In questo modo, compiono una manipolazione, perché forniscono le risposte del narratore ma non le domande cui risponde, e tendono a dare l’impressione che quella persona darebbe *sempre* quel racconto con quelle parole, nello stesso modo” (A. Portelli, *Op. cit.*, p. 18).

³⁹ L’espressione, coniata dal sociologo francese Pierre Bourdieu (P. Bourdieu, *La misère du monde*, Seuil, Paris 1993, pp. 903-939), è usata per dare il segno della complessità dell’operazione, che ha l’arduo compito di conciliare gli obiettivi contraddittori della fedeltà al contenuto e alla forma dell’orale originale e della leggibilità e godibilità del testo scritto (D. Demazière, C. Dubar, *Dentro le storie. Analizzare le interviste biografiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 29).

⁴⁰ I segni di punteggiatura “sono sempre un intervento del trascrittore, basato sulle percezioni e sulla cultura di quest’ultimo. La punteggiatura, infatti, rappresenta delle pause disposte secondo norme grammaticali che ne stabiliscono la collocazione e attribuiscono loro un significato e una durata convenzionali, che assai di rado coincidono con il ritmo e le pause effettive di chi parla” (A. Portelli, *Op. cit.*, p. 8).

definizione e il cui posizionamento erano sempre affidati al libero arbitrio dello scrivente, con il conseguente costante timore di capovolgere o stravolgere il racconto originario. Altro discorso è quello relativo alle pause: se le pause brevi e regolari dell'esposizione hanno una agevole possibilità di traduzione nei già ricordati segni di punteggiatura, non è così per interruzioni più lunghe e profonde, che spesso denotano il carico emozionale di un determinato passaggio del racconto, o ancora accentuano la volontà di marcare il momento topico connotandolo di una solennità quasi epica, e quest'ultima tipologia di pause è di certo molto più difficile, se non impossibile da rendere fedelmente in forma di testo scritto. Senza trascurare l'aspetto relativo alla velocità dell'emissione della voce: su determinati argomenti l'intervistato procede più veloce e spedito, su altri sembra quasi che dovesse "trovare" la risposta, cercare le giuste parole⁴¹ e di tale discontinuità di ritmo del racconto la trascrizione è del tutto impossibilitata a dare prova.

2.6. L'analisi dei dati: alcune riflessioni preliminari

Dopo aver raccolto le interviste, si è entrati nel vivo della ricerca con il momento dell'analisi dei dati raccolti. La stessa operazione di trascrizione dei colloqui e, ancora di più, la successiva fase di studio del materiale ha dato modo di rileggere "a mente fredda" le varie interviste e di riflettere sulle informazioni emergenti e sulle dimensioni di significato più ricorrenti, individuando connessioni e convergenze di tematiche. Ogni intervista è stata esaminata nella sua singolarità di documento e, al contempo, in parallelo con gli ulteriori colloqui e con i documenti di altra tipologia che hanno costituito gli assi fondanti del lavoro di ricerca, ovvero i diari di medici e i materiali d'archivio. Lo sguardo d'indagine, insieme analitico e sintetico, ha consentito di esaminare da più prospettive i

⁴¹ Come interpretare la maggiore o minore rapidità e facilità della narrazione? Non in maniera univoca: "Un rallentamento può significare una sottolineatura o un'incertezza; un'accelerazione può significare il desiderio di sorvolare, ma anche familiarità e facilità di espressione" (Ivi, p. 9).

contenuti delle interviste, con l'arricchimento delle suggestioni di ricerca provenienti da altre, altrettanto rilevanti, fonti.

Nonostante la preventiva attività di campionamento avesse selezionato gli intervistati secondo criteri di una certa omogeneità, le testimonianze raccolte sono tra loro molto diverse. A differenziarle, certamente l'età del medico narratore: più anziano era e maggiore era la possibilità di risalire indietro nel tempo e, sotto un certo punto di vista, più "prezioso" poteva essere considerato il suo contributo. È innegabile, infatti, che l'esperienza professionale di un medico condotto operante negli anni Cinquanta o Sessanta del Novecento ebbe caratteristiche profondamente diverse rispetto alla stessa esperienza vissuta sul finire degli anni Settanta o nei primi Ottanta, quando il contesto socio-culturale e lo stato dell'arte delle scienze mediche erano maggiormente assimilabili al presente. Allo stesso tempo, sarebbe semplicistico "liquidare" i racconti di esperienze professionali cronologicamente più vicine all'attualità ritenendoli poco interessanti e significativi: essi danno notizia infatti degli ultimi anni di vita di un'istituzione secolare quale quella della condotta medica, e comprovano la difficile transizione ad nuovo mondo, quello di un servizio sanitario nazionale che, almeno sulla carta, nasceva per garantire *in toto* l'assistenza medico-sanitaria agli italiani. In tal senso, dunque, la testimonianza di una professione che di lì a poco sarebbe scomparsa dallo scenario lavorativo del Paese si arricchisce della possibilità di scattare l'istantanea della fine di una stagione.

Altro motivo di diversificazione è stato di certo la durata dell'esperienza professionale, che in alcuni casi è stata molto breve, in altri di maggiore lunghezza: si va da un minimo di sei mesi (come è stato per il dottor Spinapolice) ad un massimo di dieci anni (così per il dottor Cocuzzi) ed è evidente che all'aumentare degli anni di condotta corrisponde la possibilità che il medico dia maggiore spazio e abbia più forte e più riflettuta consapevolezza dell'esperienza vissuta. Dal punto di vista temporale, un'ulteriore riflessione merita di essere fatta: tutti gli intervistati sono stati medici condotti in giovane età e questo aspetto di certo ha contribuito a connotare l'attività da condotto di una certa transitorietà e l'ha ineludibilmente collegata ai primi passi della carriera e dunque ad una sorta di

apprendistato negli anni immediatamente successivi alla laurea, in attesa di trovare la propria strada, che per sei medici sul totale dei sette intervistati ha coinciso con l'attività di medico di famiglia o, per dirla con una terminologia più recente, di medico di medicina generale.

A diversificare tra loro le singole testimonianze, oltre naturalmente alle estrinseche caratterizzazioni temporali dell'esperienza professionale (in termini di periodo di svolgimento, durata e inserimento nell'arco della vita biografica e lavorativa dell'intervistato), c'è poi l'intrinseca varietà del campione, costituito da individui che se da un verso sono chiaramente accomunati dal grado e dall'ambito degli studi svolti, dalla situazione lavorativa ed economica e dall'età al tempo della condotta, dall'altro sono diversi per esperienze, risorse personali e caratteriali, persone con alle spalle ciascuna un proprio sostrato di pensieri, una logica tutta soggettiva, che ha dato vita a testimonianze assolutamente "uniche" e sfaccettate, specchio del personalissimo mondo del medico narratore, di "quel" medico.

Dal punto di vista della partecipazione all'iniziativa, tutti gli intervistati si sono dimostrati disponibili e interessati tanto all'argomento della ricerca, quanto alla modalità di svolgimento e, anche quando palesassero qualche timido cenno di esitazione nel primo contatto e nella fase di presentazione degli obiettivi dello studio, non hanno poi mostrato alcuna reticenza durante il colloquio. È parsa subito evidente, per tutti i medici incontrati, la volontà di collaborare attivamente alla ricerca con la propria testimonianza: un "entusiasmo" del racconto che si palesava spesso nella richiesta, all'inizio o alla fine dell'intervista, di quali fossero gli altri nominativi di medici già incontrati o ancora da incontrare e la soddisfazione di far "parte di un gruppo" di testimoni privilegiati di un'istituzione e di un'epoca.

Nel complesso, gli intervistati hanno manifestato un atteggiamento sereno e ben disposto, che in alcuni momenti pareva sfociare nel compiaciuto e nel divertito, con una partecipazione emotiva sempre controllata e misurata, di cui dava il segno il tono della voce, in genere terso e sicuro, la postura rilassata del corpo e i movimenti dello sguardo diretti. Grande disponibilità è stata anche dimostrata nel mettere a disposizione materiali da fotografare (per lo più attrezzi

del mestiere risalenti agli anni dell'esercizio della condotta) e nell'aprire le porte del proprio ambulatorio, laddove fosse possibile da un punto di vista logistico.

Nella fase di analisi dei dati, l'obiettivo che ci si è posti è stato duplice: estrarre dati e notizie storico-mediche concernenti il singolo caso, e dunque il singolo professionista e il singolo paese sede di lavoro; al contempo, ragionare sui nuclei di significato più salienti, i dettagli cui più l'intervistato aveva attribuito senso, individuando gli aspetti più rilevanti di ciascuna testimonianza e successivamente, andare alla ricerca dei dati di fondo, i punti in comune, i fattori in grado di attraversare tutte le storie raccolte, sulla cui base procedere a definire un percorso di riflessione⁴². In altre parole, dapprima ci si è prefissi di analizzare nella sua specificità ogni singolo racconto, e poi si è cercato di operare una *reductio ad unum*, un movimento dal particolare al generale che non mettesse da parte, però, la preziosa unicità di ciascuna storia.

L'analisi dei dati ha portato così all'identificazione di quattro categorie tematiche, che rimandano a grandi linee alla suddivisione in argomenti già utilizzata nella fase di ideazione e stesura delle domande dell'intervista, ed è a questa categorizzazione che si farà riferimento per riportare e commentare, nei paragrafi successivi, i risultati dell'indagine. Si è cercato dunque di mettere in atto un'analisi di tipo tematico, il cui principio, come noto, "consiste nell'individuare e nell'isolare in un'intervista dei temi, allo scopo di consentirne la comparazione con altre interviste"⁴³, avendo però cura di evitare di cadere in un facile errore, ovvero quello che la ricerca della coerenza tematica tra le varie interviste faccia perdere di vista la coerenza individuale della singola storia.

⁴² Un procedimento in qualche modo assimilabile al metodo di ricerca empirica e di teorizzazione analitica noto con il nome di *grounded theory*, messa a punto da Glaser e Strauss (B. G. Glaser, A. L. Strauss, *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago 1967). Con la dicitura "teoria fondata" (è questa la traduzione letterale dell'espressione inglese) si intende una teoria che deriva induttivamente dal fenomeno studiato, che non preesiste alla ricerca e della cui ipotesi dunque la ricerca non è dimostrazione, ma produzione stessa, una teoria radicata, ancorata, fondata appunto sui dati raccolti (cfr. D. Demazière, C. Dubar, *Op. cit.*, pp. 47-68).

⁴³ Ivi, p. 17. In letteratura si fa risalire l'origine degli studi sull'analisi tematica agli anni Cinquanta e ai lavori di Berelson, dai quali discende la necessità di descrivere il contenuto manifesto delle comunicazioni in maniera oggettiva, sistematica e quantitativa, allo scopo di creare dei sistemi interpretativi di riferimento; un tipo di analisi che non è esente da rischi, come quello già ricordato della dispersione del senso globale e unitario del singolo colloquio.

Per scongiurare il rischio di incorrere in un'eccessiva frammentazione del corpo del colloquio in segmenti tematici e per continuare a guardare a ciascuna intervista non in comparazione con il sistema di rimandi e confronti con le altre, ma anche nella sua specificità, nella sua singolarità di storia e di testimonianza, si è ritenuto opportuno procedere anche alla descrizione sintetica di ogni dialogo, provando a rintracciare il filo della storia e la particolarità dell'esperienza professionale narrata (è quanto esposto nel gruppo di sottoparagrafi da 2.7.1 a 2.7.7). Nel blocco successivo di paragrafi (da 2.8.1 a 2.8.4), si proseguirà con l'analisi delle categorie concettuali trasversali a tutte le interviste, rintracciando tematiche convergenti o divergenti, punti di contatto, termini di paragone o di differenza, con l'obiettivo di ricavare dati che permettano di delineare il più dettagliatamente possibile un ritratto professionale della figura del medico condotto nel contesto dei piccoli centri abitati nella seconda metà del Novecento.

2.7. A ciascun medico, la sua storia di condotta

2.7.1. Il dottor Pietro Calabrese: "eravamo responsabili di tutto"

Il dottor Calabrese, 69 anni al momento dell'intervista, è alle soglie della pensione ma per qualche tempo ancora è impegnato come medico di medicina generale a Lucera, sua città di residenza. La sua esperienza professionale da medico condotto ha avuto luogo nel paese di Volturino, nei Monti Dauni settentrionali, e si colloca all'inizio della carriera, immediatamente dopo il conseguimento della laurea a Catania nel 1975, proseguendo fino al 1983, anno in cui il dottor Calabrese decide di optare per la medicina di famiglia a Lucera.

L'intervistato si mostra da subito disponibile e a suo agio, e la conversazione dura infatti nel complesso oltre 40 minuti. Il dottore mostra strumenti e attrezzi del mestiere⁴⁴ risalenti agli anni della condotta e al termine della conversazione, tiene

⁴⁴ Le fotografie degli strumenti del dottor Calabrese sono visibili nell'Allegato n. 11, contenente la documentazione fotografica relativa alle interviste (immagini nn. 1-3).

a segnalare la presenza di tre quadri⁴⁵, appesi alle pareti della sala d'attesa dell'ambulatorio, realizzati e donati da un paziente dei tempi della condotta. La scelta stessa dei soggetti (un uomo steso nel suo letto con accanto il medico intento a visitarlo, e poi due scene agresti di vita nei campi) dimostra il forte legame di gratitudine e affetto che intercorreva tra paziente e medico, e testimonia il radicamento della figura del professionista sanitario nel contesto sociale ed economico del territorio e il riconoscimento che gli veniva tributato dalla comunità.

La storia professionale del dottor Calabrese è quella di una condotta ormai alle soglie del termine della sua esistenza normativa, quando il confine di competenze tra medicina condotta e medicina di famiglia è divenuto molto labile. Il racconto che viene dalla voce del medico ruota intorno alla parola “responsabilità”, ricorrente nel corso della conversazione⁴⁶. Il senso di responsabilità è il filo conduttore che unisce i vari momenti della giornata di un medico condotto, a partire dalla determinante decisione di aprire l'ambulatorio alle prime ore del mattino per venire incontro alle esigenze lavorative dei paesani, per finire con lo stancante impegno delle chiamate notturne in urgenza di cui il medico condotto aveva, appunto, la responsabilità. Un misto di senso del dovere, consapevolezza dell'importanza del proprio operato e presa in carico tanto del singolo paziente, quanto dell'intera comunità di abitanti del paese, di cui il medico condotto si prende costantemente cura.

2.7.2. Il dottor Pietro Trombetta: “io ho avuto sempre l'hobby di scrivere”

Alle soglie dei 92 anni di età – li compirà due giorni dopo l'intervista – il dottor Trombetta si fa intervistare nel salotto della sua abitazione a Sannicandro Garganico, mostrandosi sin dalle prime battute pienamente disponibile, quasi

⁴⁵ Si veda l'Allegato n. 11, immagini nn. 4-6.

⁴⁶ All'interno del testo dell'intervista al dottor Pietro Calabrese, l'aggettivo *responsabile* ritorna quattro volte: “restava nel paese l'altro [medico] che era responsabile di tutto”, foglio 2; “Io ero il medico di un intero paese, responsabile di qualsiasi cosa” (PC, foglio 2); “per quattro anni sono stato responsabile in ogni momento delle urgenze e delle richieste di assistenza” (PC, foglio 5); “[il medico condotto] era un responsabile dell'assistito” (PC, foglio 7). Due sono invece le ricorrenze del sostantivo *responsabilità*: “Fu la prima esperienza di morte e anche di senso di responsabilità” (PC, foglio 2); “non avevamo più la responsabilità legale di dover rispondere a tutte le chiamate” (*Ibidem*).

divertito all'idea che qualcuno possa essere interessato alla sua biografia. A fare da intermediaria per la realizzazione dell'intervista è stata la nipote, Ludovica Lops, cui il nonno chiede di essere presente all'intervista.

Una premessa è doverosa. Il dottor Trombetta non è mai stato medico condotto, ma per la maggior parte della sua vita professionale medico della mutua nel paese di residenza, Sannicandro, e per soli tre anni, all'inizio della sua carriera, ufficiale sanitario nel vicino paese di Cagnano Varano. La sua presenza nell'elenco degli intervistati si motiva non tanto per la breve esperienza da ufficiale sanitario (tipologia di professione meritevole di interesse nell'ambito del presente lavoro di ricerca, perché assimilabile e spesso coincidente con quella di medico condotto, come si è detto in più luoghi del primo capitolo), quanto per la passione e l'abitudine nei confronti della scrittura che lo ha accompagnato per buona parte della sua vita. Autore di tre libri dedicati alla medicina e al mestiere di medico, uno dei quali è un singolare diario della propria attività⁴⁷, curatore inoltre di una rubrica dedicata alla salute, che trovava pubblicazione a cadenza regolare sul periodico locale "La mia città", il dottor Trombetta ha sempre avuto una penna fertile⁴⁸, per sua stessa ammissione però dal momento della pensione in poi, perché prima i ritmi intensi di lavoro non gli consentirono mai di dedicarsi con la dovuta tranquillità alla riflessione in forma scritta.

Il continuo riferirsi ai propri scritti, pubblicati o ancora allo stato di bozze, è il *leit motiv* dell'intervista, che vede in più momenti il medico indicare questo o quel punto delle pagine stampate o semplicemente dattiloscritte che ha portato con sé e messo in bella vista sul tavolo (e che alla fine del colloquio terrà a donare all'intervistatrice), ribadendo continuamente che "è tutto scritto"⁴⁹, con

⁴⁷ Il diario del dottor Trombetta è uno dei tre analizzati nel terzo capitolo del presente lavoro di tesi, e la sua singolarità, come si vedrà, sta nel fatto che i ricordi e gli aneddoti professionali sono puntualmente legati ciascuno ad un differente "bigliettino" scritto a mano da un paziente al medico per ringraziarlo o per segnalargli una particolare situazione clinica.

⁴⁸ Ai tre volumi (di cui si dirà meglio più avanti) sono da aggiungere un lungo articolo intitolato *La professione medica... ieri e oggi*, inserito nelle pagine del notiziario "Etnostoria garganica" nel dicembre 2006, e poi un lavoro dattiloscritto ancora allo stato di bozza e mai pubblicato, *I miei primi 40 anni*.

⁴⁹ Diverse le occorrenze di espressioni assimilabili a quella riportata: "è tutto scritto tra le mie cose, i miei ricordi, ecco... (PT, foglio 1); "è tutto scritto in questo mio articolo, 'La professione medica ieri e oggi': qui è tutto specificato, anche" (PT, foglio 1-2); "Lo dico anche qua..." (PT, foglio 2); "Lo dico qua..." (*Ibidem*); "Lo dico chiaramente nell'articolo 'La professione del medico ieri e oggi'" (*Ibidem*); "Anche in questo, la risposta è nei miei libri!" (PT, foglio 4). In un caso, il dottor Trombetta arriva a leggere

l'orgoglioso desiderio di attestare e dimostrare con la forza e la dettagliata precisione della carta quanto sta dicendo a voce.

Le parole del dottore ricostruiscono la scena di una esperienza medica lontana nel tempo, permeata degli usi e costumi della gente del paese, delle sue credenze, dei suoi riti. Lo studio all'interno dell'abitazione e l'ambulatorio destinato al pubblico, ubicato al piano terra del palazzo di famiglia nel quale risiede il dottor Trombetta, sembrano appena stati chiusi al termine di una intensa giornata di lavoro, dopo l'uscita dell'ultimo paziente: gli scaffali pieni di libri, le scrivanie affastellate di carte e documenti, le vetrinette riempite di scatole di medicinali e strumenti⁵⁰ di vario tipo, offrono un'istantanea fotografica di come dovesse essere fervida l'attività lavorativa del medico e danno pregnanza alla testimonianza della sua esperienza professionale, ricordata con vivida lucidità e appassionato entusiasmo.

Il dottor Trombetta è morto un anno dopo l'intervista, nell'aprile 2018, poco dopo aver compiuto 93 anni.

2.7.3. Il dottor Matteo Potenza: "i pazienti andavano visitati tutti quanti"

Medico libero esercente dal 1956 a Mattinata, cittadina collocata sulle pendici del promontorio del Gargano, alle porte della strada statale che, costeggiando il mare, conduce alla nota località turistica di Vieste, il dottor Matteo Potenza (vicino ai novant'anni e oggi in pensione) accoglie l'intervistatrice nel salotto della sua casa, insieme alla moglie e al nipote, anch'egli medico, che ha fatto da tramite per la presa di contatti per il colloquio. Il resoconto ricostruisce con rigore e dovizia di particolari i lunghi anni da medico libero esercente e i più brevi incarichi come medico condotto e ufficiale sanitario, in un contesto – quello di alcuni paesi del Gargano tra gli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento – di contadini e pastori sempre al lavoro nei campi e tra le greggi, con convinzioni e abitudini fortemente

per intero una frase estrapolata da uno dei suoi libri ("Per rispondere a questa domanda, leggo l'ultima frase: '...'" (PT, foglio 3) e si preoccupa di recuperare l'elenco dei titoli degli articoli da lui pubblicati sul periodico "La mia città" (*Ibidem*).

⁵⁰ Alcune delle fotografie scattate nell'ambulatorio del dottor Trombetta sono visionabili nell'Allegato n. 11 (immagini nn. 7-8).

radicate che resero molto complicato, soprattutto nei primi anni, l'esercizio della professione medica.

L'aspetto su cui il dottor Potenza insiste di più è quello del rapporto continuativo con gli assistiti, grazie al quale è riuscito nel tempo a conquistare la fiducia e l'affetto della gente del paese e sfatare certi "miti" terapeutici cui si ricorreva con facilità per ignoranza o per abitudine. Un rapporto fatto di visite frequenti⁵¹ presso le abitazioni dei pazienti, a qualunque ora del giorno e della notte, spesso anche di domenica. Di tali visite tengono il conto i taccuini⁵² gelosamente custoditi dal dottore e mostrati con orgoglio già prima che cominci l'intervista, taccuini sui quali, come si dirà più avanti, egli ebbe la pazienza di prendere nota di nominativi e indirizzi di malati da visitare e spesso, da rivedere una seconda o una terza volta per i controlli del caso. La preziosa valenza della visita a casa del paziente, non solo per la maggiore e più tempestiva efficacia terapeutica, ma anche per la possibilità che essa offre di un contatto più ravvicinato con il contesto di vita del malato e della sua famiglia, è per ammissione stessa del dottor Potenza il cardine su cui ha imperniato la propria attività di medico, nella costante consapevolezza che non si può "fare" il medico eludendo la necessità della visita e dei momenti che la costituiscono (raccolta dell'anamnesi ed esame obiettivo del corpo e dei sintomi, nonché controllo nei giorni a seguire dell'andamento delle cure).

2.7.4. Il dottor Antonio Lepore: "ho fatto tutti i tipi di esperienze"

⁵¹ In ben cinque diversi momenti dell'intervista, il dottor Potenza si trova a parlare di visite domiciliari, sempre in termini di impegno e di rilevanza della portata numerica di tale attività: "Il lavoro delle domiciliari era molto impegnativo" (MP, foglio 1); "[nel]le ore pomeridiane [...] c'erano da fare le domiciliari non completate durante la mattinata" (MP, foglio 2); "Vede, la cosa che probabilmente ho acquisito, ho imparato, è che i pazienti andavano visti, visitati tutti quanti... questo è il concetto principale da dire" (MP, foglio 3); nel raccontare un aneddoto legato ad un versamento pleurico di una paziente, "se non avessi insistito per visitarla e le avessi dato un farmaco qualsiasi, probabilmente sarebbe stata una leggerezza imperdonabile" (*Ibidem*); e riferendosi alle odierne abitudini della medicina generale, "le domiciliari... chissà se se ne fa qualcuna... forse il numero di visite che facevo io era una mia esagerazione, perché io avevo l'abitudine di tornare anche a fare una seconda visita di controllo, soprattutto nel periodo influenzale, li andavo a vedere tutti quanti... perché non volevo avere scrupoli!" (MP, foglio 4).

⁵² Alcune immagini fotografiche dei taccuini sono in appendice (Allegato n. 11, immagini nn. 12-15), insieme alla documentazione relativa ad un apparecchio per radiografie conservato presso lo studio del dottor Potenza (immagini nn. 9-11).

Medico della mutua dal 1968 al 1975 ad Orsara di Puglia, paese nel cuore del territorio dei Monti Dauni Meridionali, in seguito medico inquadrato all'interno della sede foggiana dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale, il dottor Antonio Lepore non ha mai esercitato il ruolo di medico condotto né di ufficiale sanitario e tale mancata condizione rappresenta quello che in qualche modo può essere considerato un errore nell'arruolamento dell'intervistato all'interno del campione, errore dovuto ad una inesatta informazione fornita all'intervistatrice dal figlio del medico in questione, che ha fatto da intermediario nella fase preparatoria dell'intervista. L'incontro con il dottor Lepore, nonostante non abbia fornito informazioni relative alla condotta medica, ha comunque fatto emergere aspetti significativi dal punto di vista della gestione della salute e della sanità di un paese come Orsara di Puglia, un centro abitato che per le piccole dimensioni e la caratterizzazione morfologica di tipo montano è del tutto affine agli altri comuni coinvolti nell'indagine. Inoltre, l'attività professionale dell'intervistato in qualità di medico della mutua ha costituito oggetto di interesse dal punto di vista della ricostruzione storica della pratica medica nel secondo Dopoguerra, in considerazione del rilevante ruolo svolto, in affiancamento al medico condotto, dal medico della mutua, figura di professionista sanitario anch'essa oggi non più esistente, ma che nel secolo scorso ebbe in affidò l'assistenza di larghe fasce della popolazione attraverso il sovvenzionamento economico delle cosiddette "casce" mutualistiche. Medico condotto e medico della mutua esercitavano entrambi la propria professione retribuiti da un soggetto esterno (per il primo l'amministrazione comunale, mentre per il secondo una determinata cassa cui era collegato il mutuato in virtù della tipologia di lavoro svolto), senza alcun aggravio di spesa per i pazienti, che fruivano di assistenza sanitaria in maniera del tutto gratuita⁵³. Alla luce di tali considerazioni, l'intervista con il dottor Lepore, una volta raccolta, è stata dunque trascritta e analizzata al pari delle altre.

⁵³ Cosa diversa accadeva invece per il medico libero esercente, la cui parcella era a totale carico dei pazienti, e questo faceva sì che la fascia di persone che ricorreva alle cure di questo tipo di medico fosse più agiata e con maggiori disponibilità economiche, rispetto agli iscritti nelle liste comunali dei poveri (assistiti dal medico condotto) e ai lavoratori dipendenti a carico delle casce mutualistiche. A proposito della forma di assistenza sanitaria fornita dalle casce e dal medico cosiddetto "della mutua", si veda: S. Luzzi, *Op. cit.*, pp. 105-107. E su tale tema, non si può non ricordare il divertente e a tratti amaro ritratto del medico Guido

All'incontro sono presenti il figlio dell'intervistato, anch'egli medico di medicina generale, e la moglie, che si è inserita in maniera corposa nel corso del colloquio. La signora Antonietta è coprotagonista a pieno titolo sulla scena del racconto evocato dalle parole del marito, e spesso è intervenuta per commentare, aggiungere, correggere, espungere, mostrando l'interesse e la curiosità che certamente la contraddistinguevano decenni fa, mentre accoglieva in casa i pazienti, si poneva in silenzioso ascolto e, quando necessario, finiva per collaborare attivamente all'espletamento delle terapie e degli interventi, sterilizzando i ferri o tenendo fermo il malato o addirittura medicando piccole ferite. Alla moglie il marito guarda spesso, come a cercare conferma di quanto sta dicendo e ammettendo con candore che "ti ricordi più tu gli aneddoti, di me!"⁵⁴.

La storia professionale del dottor Lepore vive due stagioni, entrambe fortemente caratterizzate. Prima, i sette anni da medico della mutua all'interno dei ristretti confini di Orsara, suo paese natale, con il frequente bussare dei pazienti alla porta dell'abitazione che faceva anche da ambulatorio, il variegato ventaglio di esperienze e casi che un medico di paese era tenuto a gestire in assenza di un vicino soccorso ospedaliero, lo stretto rapporto di conoscenza e fiducia con la gente del luogo⁵⁵. Poi, il trasferimento della residenza e dell'attività lavorativa a Foggia e il costante confronto, da medico dell'Inps, con la burocrazia dei certificati, delle esenzioni e del complesso *iter* per il riconoscimento delle varie forme di invalidità.

Costante è il riferimento che il medico fa, nel corso dell'intervista, ad una serie di documenti che ha portato con sé, contenuti all'interno di una cartellina, per

Tersilli, impersonato da Alberto Sordi nel film "Il medico della mutua", diretto nel 1968 da Luigi Zampa e ispirato all'omonimo romanzo di pochi anni prima (G. D'agata, *Il medico della mutua*, Bompiani, Milano 1964), ed è significativo segnalare che alla pellicola con Sordi fa esplicito riferimento lo stesso dottor Lepore nel corso della sua intervista, mentre descrive la scena della scelta del luogo dove aprire l'ambulatorio, una volta trasferito a Foggia ("Vi racconto una cosa simpatica... quando si trattò di scegliere in che quartiere aprire lo studio a Foggia, mi misi a tavolino con mio cognato che lavorava all'Istituto delle case popolari, proprio come fece Alberto Sordi nel film 'Il medico della mutua', che era uscito in quegli anni!", foglio 4).

⁵⁴ AL, foglio 2.

⁵⁵ Si riportano, a tal proposito, alcune significative citazioni dall'intervista al dottor Lepore: "Lui faceva di tutto, metteva punti di sutura... era raro che mandava qualcuno a Foggia, risolveva tutto lui" (a parlare è la moglie del medico, AL, foglio 1); "Ho fatto tutti i tipi di esperienza, di tutto e di più!" (*Ibidem*); "Ero sempre disponibile alle chiamate e questa cosa la apprezzavano tutti" (AL, foglio 2); "Io facevo il medico con tutto il cuore" (*Ibidem*).

attestare con la certezza delle fonti ufficiali le date e i luoghi della propria carriera professionale, in quanto, come lui stesso ammette, “ho portato un po’ di carte perché la memoria non mi aiuta”⁵⁶.

2.7.5. Il dottor Amilcare Spinapolice: “io sono fautore della medicina delle parole”

Il dottor Spinapolice è il più giovane degli intervistati ed è anche l’unico a non aver esercitato la medicina generale, una volta dimessi i panni da medico condotto, che tra l’altro indossò per un brevissimo lasso di tempo, solo pochi mesi, in due paesi del Subappennino tra loro consorziati, Faeto e Celle San Vito.

Il ricordo della prima esperienza professionale all’indomani della laurea, quella da medico condotto, appunto, ha per l’intervistato i contorni della gradevolezza e della positività, per la passione e la voglia di fare che caratterizzava il suo approccio al lavoro, come è tipico dell’“l’entusiasmo del neofita”⁵⁷, per il sincero affetto mostrato dalla popolazione e, più in generale, per la serena lentezza, lontana dai frenetici ritmi di vita moderni, che connotava la vita quotidiana del tempo nei piccoli paesi sede della condotta.

Il dottor Spinapolice lascia poi emergere, in particolare nella seconda parte dell’intervista, riflessioni⁵⁸ sull’importanza di un solido rapporto tra medico e paziente e di una medicina “delle parole”, che guardi al malato, al singolo malato, e non alla malattia, una medicina il cui *animus* si nutra non di soli protocolli e statistiche, ma di confronto, dialogo, contatto individuale. Riflessioni che testimoniano il personale interesse dell’intervistato per tematiche quali la relazione e l’alleanza terapeutica, la *compliance*, la comunicazione verbale e non verbale da parte del medico, su cui tanta parte della riflessione scientifica in chiave

⁵⁶ AS, foglio 1.

⁵⁷ AS, foglio 2.

⁵⁸ Si vedano, a tale proposito, i seguenti momenti dell’intervista al dottor Spinapolice: “Fare il medico è invece una professione liberale. La medicina non è una branca scientifica, la medicina non è esatta. [...] la medicina ha in sé un animo di mistero che è quello della ricerca della malattia [...]. La medicina è una scelta umanistica, improntata sull’individualità. La magia della medicina è l’individualità” (AS, fogli 3-4); “Quindi l’importante è prepararsi, cercando di non dimenticare, soprattutto nel rapporto medico-paziente, l’insieme. [...] Il vissuto va sempre considerato, non ci possiamo fermare al sintomo” (AS, foglio 4).

psicologica, sociale e pedagogica sta insistendo negli ultimi anni anche in ambito medico-sanitario⁵⁹. Per tali tematiche il dottor Spinapolice dichiara, fuori dall'intervista, di provare grande interesse, di cui è testimonianza l'attività di studio e di formazione che lo vede impegnato da tempo in questa direzione.

2.7.6. Il dottor Achille Cocuzzi: “non esisteva una giornata ‘normale’”

Il dottor Achille Cocuzzi ha dalla sua l'esperienza professionale di condotta medica di più lunga durata, tra quelle degli intervistati. Ben dieci anni (dal 1979 al 1989) come medico condotto nel paese di Volturara Appula, tra le alture dei Monti Dauni Settentrionali: un esteso intervallo temporale per giunta successivo all'emanazione della Legge n. 833 del 1978, un decennio che vede dunque sopravvivere ancora per un po' l'istituto della condotta medica alla stessa norma giuridica che, fondando il Servizio Sanitario Nazionale, liberava i Comuni dal compito di gestire le locali questioni sanitarie.

Il fatto che la sua esperienza da medico condotto sia proseguita per lungo tempo di certo consente al dottor Cocuzzi di esprimersi con una fondata capacità di analisi e di giudizio su quanto vissuto negli anni di Volturara, anche alla luce della successiva e altrettanto importante pratica da medico di medicina generale nel capoluogo di provincia, Foggia. La fascinazione per la figura di un medico condotto conosciuto durante la propria infanzia guida il dottore anche durante gli anni di studio universitario e la presa di servizio nella condotta rappresenta una conquista, cui l'intervistato resta fortemente legato per dieci importanti anni, nei quali ha modo di affinare sul campo le proprie competenze tecnico-professionali, prendendo in cura l'intero paese.

L'aggettivo più ricorrente⁶⁰ nell'intervista è “normale”, utilizzato però al negativo, per sottolineare come la pratica da medico condotto non avesse nulla di

⁵⁹ Per un approfondimento sugli aspetti connessi alla relazione medico-paziente e alla comunicazione nel contesto clinico, si veda un volume di recente pubblicazione tra i tanti dedicati a tali argomenti: M. Bongiovanni, P. Travagliante (a cura di), *La medicina narrativa strumento trasversale di azione, compliance e empowerment*, FrancoAngeli, Milano 2017.

⁶⁰ Di seguito le occorrenze del termine nell'intervista al dottor Cocuzzi (in tutto sette): “Lei mi chiedeva di descrivere una giornata-tipo... non c'era una giornata, diciamo, ‘normale’! Capitavano le cose più varie!” (AC, foglio 2); “Non c'era una giornata ‘normale’ perché c'era sempre qualcosa che non potevi

“normale”, nulla cioè di tipico, di ordinario, di regolare. “Vede, la giornata ‘normale’ non esisteva, in qualunque momento ti chiamavano per un’emergenza”, dice il dottor Cocuzzi, ed è il pensiero che guida l’intervistato nel ricordo e nel racconto di un’ampia carrellata di vicende, episodi, casi, la cui varietà testimonia l’ampio raggio d’azione del medico condotto. Il tratto della non-normalità, dell’inusuale, del non ordinario e non prevedibile fa sì che l’esperienza da medico condotto a distanza di anni si rivesta, nell’immaginario del medico ormai in pensione, del carattere dell’eccezionale, quasi dell’eroico, ed è a quell’importante pratica professionale che il dottor Cocuzzi attribuisce l’acquisizione dell’intuitività diagnostica, della perizia tecnica e della relazionalità con i pazienti che hanno contraddistinto il suo essere medico.

2.7.7. Il dottor Valter Gentile: “seguivo intere famiglie, dal bambino all’anziano”

Il dottor Valter Gentile, medico della mutua da qualche anno in pensione, all’inizio della sua carriera ha vissuto l’esperienza della condotta in uno scenario di grande singolarità: l’arcipelago delle Tremiti, un gruppo di sei isole posizionato nel mar Adriatico in corrispondenza del lago di Lesina, che comprende le due isole di estensione maggiore, dove si concentra la popolazione locale (San Nicola e San Domino), poi Pianosa e Capraia (due pianori erbosi completamente disabitati) e infine il Cretaccio e la Vecchia, poco più di due grandi scogli che fuoriescono dal livello del mare. Meta di vacanze già dagli anni Settanta dello scorso secolo, le isole convivono con il fenomeno di importanti flussi turistici a carattere stagionale, che concorrono a creare un rilevante divario numerico tra il numero di persone residente stabilmente sull’isola durante l’intero anno (all’incirca 350) e quello invece a carattere temporaneo del periodo estivo. Ad assicurare i collegamenti con la terraferma, in aggiunta alle possibilità offerte da singole imbarcazioni private, è un servizio marittimo di aliscafi che fa capo al porto più vicino, quello di Termoli

prevedere” (*Ibidem*); “Per dire... tornando alla giornata ‘normale’... vede, la giornata ‘normale’ non esisteva, in qualunque momento ti chiamavano per un’emergenza” (AC, foglio 3); “E non esisteva nemmeno una notte ‘normale!’” (AC, foglio 4); “Per dire... la giornata ‘normale’ o la mattinata ‘normale’ non c’erano” (AC, foglio 5).

in Molise, cui negli scorsi anni si affiancava anche il porto di Manfredonia in Capitanata⁶¹.

La storia di condotta del dottor Gentile assume dunque, nel ricordo e nella testimonianza, i contorni vividi e coinvolgenti del racconto d'avventura, intrisa com'è di dettagli che la rendono unica nel suo genere. L'abitudine del medico a non fare riferimento all'ambulatorio, ma a spostarsi nelle due isole nelle varie abitazioni dei pazienti, "con la borsa in mano, sempre in giro"⁶², facendo "il medico condotto come si usava un tempo, andando di casa in casa"⁶³, il rapporto con la gente del posto, dal carattere rude e insieme accogliente, le semplici abitudini quotidiane, tutto contribuisce a evocare il ricordo della vita sull'isola, con i suoi lenti ritmi e il contatto ravvicinato e costante con il mare, protagonista assoluto del paesaggio e degli eventi narrati dal dottor Gentile, come nel caso dell'uomo miracolosamente sopravvissuto alla caduta da un'erta scarpata a picco sull'acqua o come per il cadavere restituito dalle onde, sfigurato e tumefatto, o ancora, fuori dall'ambito professionale, come testimonia la passione per la pesca subacquea cui il medico dedica ogni momento libero dal lavoro⁶⁴, con la costante sensazione del privilegio di vivere "su un'isola che è una meraviglia"⁶⁵.

2.8. Dall'analisi delle interviste alla delineazione del ritratto professionale del medico condotto

Come preannunciato, il materiale raccolto per mezzo della somministrazione delle interviste viene di seguito presentato attraverso una tematizzazione per

⁶¹ Ai nostri giorni, è attivo anche un collegamento via elicottero con il capoluogo Foggia, che però non esisteva negli anni in cui il dottor Gentile fu medico condotto sulle isole. Il trasporto in elicottero è oggi utilizzato anche per garantire un rapido soccorso nelle situazioni di emergenza medica, cosa che invece negli anni Settanta veniva effettuata tramite mezzi di navigazione della Guardia Costiera o della Marina Militare che raggiungevano appositamente le isole in caso di necessità e trasferivano il paziente nei vicini ospedali di Termoli e Manfredonia, come racconta lo stesso dottor Gentile (VG, fogli 1 e 4).

⁶² VG, foglio 5.

⁶³ VG, foglio 2.

⁶⁴ Di grande icasticità è il dettaglio del medico con indosso ancora la muta da sub, intento a prestare soccorso ad una donna in preda ad una crisi isterica (VG, foglio 2). I due episodi precedentemente citati sono invece in: VG, fogli 1 e 4; VG, foglio 3.

⁶⁵ VG, foglio 3.

macroargomenti. Nello specifico, la suddivisione utilizzata nei paragrafi da 2.8.1 a 2.8.4 è per gruppi di domande e le riflessioni e le considerazioni dell'intervistatrice sono accompagnate da alcune citazioni testuali estratte dalle testimonianze dei medici.

2.8.1. Diventare medico condotto

In apertura di intervista, quasi sempre è stato chiesto al medico di raccontare il percorso di studi e di scelte professionali che lo ha portato all'esperienza della condotta. Tutti gli intervistati hanno dichiarato di essere diventati medici per realizzare un progetto professionale ben definito, talvolta già scritto nella storia familiare oppure segno di una predilezione particolare per quel tipo di studi e di carriera.

Beh, dovevo fare il medico, la mia intenzione era quella di fare il medico di famiglia.

Dunque, io ho scelto di fare medicina sia per tradizione (venivo da una famiglia di medici: mio padre, mio suocero, mio nonno erano tutti medici), sia per vocazione. Ecco, queste sono state le motivazioni della scelta.

Io ho sempre avuto la predisposizione per la medicina, cioè ho sempre saputo sin dal liceo che avrei fatto medicina e praticamente è stato un percorso di studi sotto questo punto di vista abbastanza facilitato dalla convinzione.⁶⁶

Per tutti, come già accennato, la condotta medica è stata la prima o una delle prime esperienze lavorative all'indomani della laurea. Conseguiti il titolo universitario e l'abilitazione alla professione, si rientrava nel paese natale e ci si guardava intorno alla ricerca di una prima possibilità di sperimentare il lavoro per cui si aveva studiato e la possibilità di fare il medico condotto appare quella più a portata di mano⁶⁷.

⁶⁶ Rispettivamente: PT, foglio 1; MP, foglio 1; AS, foglio 1.

⁶⁷ Per fare qualche esempio: "All'inizio avevo pensato di specializzarmi in neurologia o neuropsichiatria e ho fatto anche un giro nel Veneto dove ho fratelli e sorelle. Poi ritornai per l'estate qui

In due casi, quelli dei dottori Cocuzzi e Gentile, la scelta di fare il medico condotto è la conseguenza del fascino e dell'ammirazione sempre provata per tale figura professionale, incarnata negli anni dell'infanzia degli intervistati da altre figure – rispettivamente, il dottore del paese natale e il padre – che il ricordo e la distanza temporale ha senza dubbio contribuito ad ammantare di suggestione e di spessore.

Siccome io sono nato in un paesino, Celle San Vito, dove la figura del medico condotto, già da piccolo, da bambino, era per me una figura eccezionale, quindi già quando studiavo, all'università a Torino, avevo questo sogno.

Dunque, mio padre è stato medico condotto per almeno venti anni, prima a Cervesina, in provincia di Pavia, e poi a Castelletto di Branduzzo, sempre nell'Oltrepo pavese. Lui era medico condotto, ed io sono cresciuto con questo esempio davanti agli occhi. La passione l'avevo nel sangue!⁶⁸

Da lì il normale iter di contatto con il sindaco e l'amministrazione comunale (molto spesso la messa a disposizione e il colloquio per chiamata diretta, in alcuni casi e per contratti più continuativi una procedura di concorso più strutturata) e la presa di servizio⁶⁹.

Appare evidente per tutti come, alla base della scelta di svolgere il ruolo di medico condotto, vi sia stata una sorta di condizione di necessità, frammista al desiderio di cimentarsi il prima possibile con il lavoro dopo i lunghi anni di studio.

per aiutare i miei genitori che erano coltivatori diretti a Motta Montecorvino e non avendo avuto alcuna chiamata, ho saputo che c'era il posto libero di medico condotto a Volturino, paese distante 11 km” (PC, foglio 1); “In realtà la scelta di andare a fare il medico condotto fu una scelta secondaria rispetto al fatto che dovetti lasciare l'Istituto di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Chieti. [...] Rientrato a casa, iniziai a capire quali potevano essere le possibilità lavorative” (AS, foglio 1).

⁶⁸ Rispettivamente: AC, foglio 1; VG, foglio 1.

⁶⁹ Nello specifico, il dottor Calabrese presentò domanda di messa a disposizione e fu poi chiamato a lavorare come condotto con un contratto a tempo determinato di un anno; tempo dopo, decise di partecipare alla procedura di concorso pubblico, vinto il quale fu confermato di ruolo nella condotta di Volturino (PC, foglio 1). Per messa a disposizione fu chiamato a lavorare anche Amilcare Spinapolice (AS, foglio 1). Anche il dottor Cocuzzi accedette alla condotta per mezzo di messa a disposizione, una volta saputo tramite un collega che si era liberato il posto a Volturara, ed ebbe poi modo di stabilizzare la propria posizione attraverso una procedura concorsuale (“Poi non ricordo se a giugno o a luglio dell'anno seguente, il 1980, ci fu l'ultimo concorso dei medici condotti, per diventare medico condotto effettivo, diciamo... in tutta la provincia c'erano parecchi posti vacanti, quindi si faceva questo concorso agli Ospedali Riuniti”, AC, foglio 1).

La professione di condotto comportava l'evidente vantaggio di consentire il ritorno a casa dalla propria famiglia, nella città natale (è importante ricordare che esercitare la condotta richiedeva la residenza nel paese sede di lavoro) ed è di certo tra le più facili da raggiungere, in quanto non richiede il possesso di una particolare specializzazione o di un titolo aggiuntivo rispetto alla laurea. Molti dei medici intervistati si sentono però in dovere di acquisire determinate competenze di natura maggiormente "pratica", prima di cominciare il nuovo lavoro: è il caso del dottor Calabrese, ad esempio, che decide di frequentare da volontario per due mesi il pronto soccorso della città capoluogo Foggia ed ha modo poi di riscontrare sul campo, una volta preso il posto da condotto, quanto fosse importante avere imparato a destreggiarsi in situazioni d'urgenza⁷⁰.

2.8.2. *Essere medico condotto*

Particolareggiata e dettagliata è stata la descrizione, da parte degli intervistati, dei luoghi, dei tempi e delle modalità che caratterizzavano nel concreto lo svolgersi del loro lavoro di condotti. E in tema di luoghi, il primo riferimento è allo scenario spaziale più evocativo e rappresentativo della professione medica, l'ambulatorio⁷¹. L'ambulatorio è sempre ubicato nel centro del paese, spesso in una stanza messa a disposizione dall'amministrazione comunale, in qualche altro caso in un locale (di solito un pianterreno) affittato dal medico⁷². Nel caso di medici poi che affiancavano all'incarico da condotti anche la libera professione, l'ambulatorio è all'interno della stessa abitazione o al pianterreno del palazzo di

⁷⁰ "Mi fu molto utile il tirocinio estivo presso il pronto soccorso di Foggia, dove imparai a mettere flebo, suture, a fare il medico anche nelle urgenze, visto che il medico delle urgenze non lo avevo mai fatto!" (PC, foglio 2). Lo stesso accadde al dottor Cocuzzi, impegnato presso l'Ospedale D'Avanzo nei mesi precedenti l'esperienza da condotto (AC, foglio 1).

⁷¹ A proposito delle attribuzioni di significato sociale ai luoghi di frequentazione pubblica, si veda il capitolo dedicato agli spazi destinati alla cura, tra i quali è chiaramente presente l'ambulatorio medico, in: F. Marsciani, *Traccati di etnosemiotica*, FrancoAngeli, Milano 2007, pp. 17-38.

⁷² "L'ambulatorio era al centro del paese, nella piazzetta vicino alla chiesa, corso Vittorio Emanuele. Era una casa in affitto" (PC, foglio 1); "L'ambulatorio era anch'esso nei locali del Municipio" (AC, foglio 1); "A Faeto facevo ambulatorio presso il municipio, in un locale messo a disposizione dal Comune. A Celle Sam Vito invece facevo ambulatorio nell'edificio scolastico, c'era una stanza riservata" (AS, foglio 1).

residenza⁷³. Singolare è invece la situazione rievocata dal dottor Gentile, che alle isole Tremiti aveva uno studio, ubicato nello specifico sull'isola di San Domino, che però non utilizzava mai in quanto gli abitanti erano equamente distribuiti tra quell'isola e quella vicina di San Nicola e per il medico era dunque molto più comodo, da un punto di vista logistico, suddividere la sua giornata di lavoro tra le due isole, spostandosi di casa in casa dei pazienti, senza fare riferimento ad alcun ambulatorio.

La gestione era un po' problematica, perché l'ambulatorio era su un'isola, ma io abitavo sull'altra e le visite preferivo dunque andarle a fare a domicilio. La mia casa era a San Nicola, mentre l'ambulatorio a San Domino. Stavo poco in ambulatorio, anzi non ci stavo mai... preferivo andare personalmente in casa dei pazienti, su un'isola e sull'altra.⁷⁴

Non mancano nei racconti i dettagli fortemente visuali, che contribuiscono a rappresentare in maniera quasi iconografica la scena dello studio medico. Resta impresso ad esempio nella memoria di chi parla – e di chi ascolta – un frammento di vita, come se fosse il particolare di un quadro o di un fotogramma di un film: la rientranza del muro nei pressi dell'ingresso dell'ambulatorio dove i più anziani erano soliti trovare riparo dal gelido vento del primo mattino prima che lo studio aprisse i battenti⁷⁵; oppure le donne più anziane del paese che la domenica, puntualmente, dopo la messa, passavano dal medico a farsi visitare⁷⁶, quasi come a voler accontentare tanto il parroco quanto il dottore, dimostrando come fosse ancora viva l'antica rivalità tra le due figure-guida dell'anima e del corpo dei paesani.

⁷³ “L'ambulatorio di Sannicandro era qui al piano terra” (PT, foglio 1); “[L'ambulatorio] era annesso alla casa, questa casa in cui ci troviamo adesso. [...] È ancora perfettamente efficiente perché io delle visite le faccio ancora” (MP, foglio 2); “L'ambulatorio era una stanza della nostra casa, non era all'esterno, era dentro casa” (AL, foglio 1).

⁷⁴ VG, foglio 2. Più avanti nello stesso foglio, il medico specifica che l'ambulatorio veniva aperto solo la domenica, dopo la messa, perché “non avrebbe avuto senso aprirlo prima... erano tutti in chiesa!”.

⁷⁵ Il dottor Calabrese ricorda che di fronte al proprio ambulatorio, nella parete laterale della chiesa, “c'era una porticina dove si riparavano dal vento le vecchiette e qualche vecchietto... Volturino era famosa per il vento freddo!” (PC, foglio 2).

⁷⁶ “Finanche le bizzoche, andavano a messa, poi al ritorno dalla messa venivano dal medico a farsi visitare” (PT, foglio 2).

L'attività di studio cominciava molto presto al mattino, per consentire la venuta di pazienti impegnati nel corso della giornata con le attività agricole: “Io aprivo alle sette del mattino, perché la gente poi doveva andare a lavorare nei campi e quindi si cominciava molto presto la mattina. Per le sette già aprivo, ma loro mi anticipavano comunque”⁷⁷. Una volta esaurito il lavoro in ambulatorio, di solito a metà mattinata, si procedeva con le visite domiciliari presso le abitazioni dei pazienti dai quali era giunta una chiamata; la stessa cosa avveniva nel pomeriggio e il medico tornava in studio per un'ulteriore ora e mezzo di attività all'incirca, per poi dedicarsi ad altre visite prima che arrivasse la sera.

Giungeva così la notte, che non sempre però riusciva a garantire il meritato riposo. Da contratto, il medico condotto era reperibile 24 ore su 24⁷⁸ e dunque erano frequenti le chiamate direttamente al domicilio del dottore, con il caratteristico bussare alla porta concitato che ne preannunciava l'arrivo, qualunque fosse la situazione meteorologica: “Le chiamate erano quasi sempre di persona: venivano a bussare, il telefono esisteva ma si usava raramente. A qualsiasi ora della notte bussavano ed io, continuando ad indossare il pigiama, infilavo sopra i vestiti e il cappotto e nella neve andavo a fare la prestazione di urgenza”⁷⁹. Nel complesso, emerge con nettezza un dato relativo alle visite domiciliari, che erano allora molto più frequenti rispetto alle attuali pratiche della medicina generale, ed il cui carico era avvertito dal medico stesso come faticoso ed impegnativo anche a causa del fatto che le case dei pazienti venivano raggiunte spesso a piedi o con

⁷⁷ PC, foglio 2. Dello stesso tenore i dottori Achille Cocuzzi (“Aprivo molto presto, già alle 8, perché poi andavano a lavorare in campagna”, foglio 2) e Matteo Potenza (“Aprivo presto, alle sette, sette e mezzo. Quando ero giovane si poteva fare... aprivo alle sette, sette e mezzo e continuavo fino ad esaurimento. Erano i pazienti a chiedere di aprire così presto... poi andavano a lavorare”, foglio 1).

⁷⁸ Questa fu la norma fino all'istituzione del servizio di continuità assistenziale, meglio noto come “guardia medica”, creato nel 1979 in tutti i comuni italiani per ottemperare alla Legge n. 833 del 1978 che fondava il Servizio Sanitario Nazionale. Da quel momento in poi, fu la guardia medica a gestire le prestazioni notturne e quelle dei giorni prefestivi e festivi, anche se in molti paesi si continuò spesso a fare riferimento ai medici condotti, più che a quelli di nuova acquisizione del servizio di guardia medica. Si vedano, a tal proposito, le interviste ai dottori Pietro Calabrese, Matteo Potenza, Achille Cocuzzi (PC, fogli 2 e 5; MP, foglio 2; AC, foglio 2).

⁷⁹ PC, foglio 2. Così anche il dottor Trombetta: “Di notte io non riuscivo a dormire per niente, perché venivo chiamato, mi svegliavo, andavo a fare una visita, tornavo e chissà quanto ci voleva per riaddormentarmi. Finalmente mi riaddormentavo e bussavano di nuovo al portone, un'altra volta mi alzavo e andavo a fare un'altra visita e questo succedeva frequentemente” (PT, foglio 4). Ancora, il dottor Cocuzzi dice che “Quando andavo a letto, non sapevo se sarei riuscito a dormire o se... e mettevo in conto di dovermi svegliare, sa quante notti ho perso! Mi chiamavano al telefono o venivano a bussare direttamente alla porta” (AC, foglio 4).

mezzi di fortuna messi a disposizione dalla famiglia del paziente da visitare⁸⁰. A proposito dell'importanza delle visite domiciliari, i medici sono concordi nel ritenere che esse consentono la formulazione di una diagnosi e una indicazione terapeutica di certo più puntuali ed efficaci, grazie non solo ad un pronto esame obiettivo della situazione clinica in cui si trova il paziente, ma anche in virtù di una conoscenza più approfondita del contesto e dello stile di vita del malato, a partire dalla sua abitazione e dalle persone che gli sono attorno. “Vede, la cosa che probabilmente ho acquisito, ho imparato, è che i pazienti andavano visti, visitati tutti quanti... questo è il concetto principale da dire”⁸¹, afferma quasi con solennità uno dei medici intervistati.

A proposito dell'attività di studio, va segnalato che non si esauriva mai dal lunedì al venerdì, ma accadeva con facilità che si decidesse di lavorare non solo di sabato, ma anche di domenica⁸². Il dottor Trombetta commenta addirittura che “La domenica era il giorno in cui più si lavorava... [...] I calzolari, gli artigiani, i commercianti tenevano chiuso il negozio e venivano dal medico! Le mamme portavano i bambini tutti i giorni a scuola e la domenica li portavano dal medico”⁸³.

Ritmi di lavoro serrati e disponibilità e reperibilità continuative caratterizzavano dunque la giornata (e la settimana) di lavoro da medico condotto, e certi intervistati sottolineano la costante messa a disposizione nei confronti dell'intera comunità di abitanti, di cui si fa simbolo l'abitazione privata del dottore, frequentemente visitata dalla gente del luogo (“La mia porta era la casa di tutti! Chiunque avesse bisogno, veniva, anche solo se si trovava a passare davanti alla mia abitazione” e ancora “Bussavano in ogni momento, durante il pranzo o la

⁸⁰ “Il lavoro delle domiciliari era molto impegnativo, anche perché nei primi anni lo facevo a piedi e solo successivamente mi sono fornito di macchina” (MP, foglio 1); “mi ricordo che molte volte per raggiungere le masserie lontane dal paese, sommerse dalla neve, mi venivano a prendere sulla strada principale con il trattore!” (AC, foglio 3).

⁸¹ MP, foglio 3.

⁸² L'informazione è riportata da diversi medici (rispettivamente, PC, foglio 2; MP, foglio 2; AL, foglio 1; AS, foglio 1). Il dottor Cocuzzi riferisce invece che di sabato e di domenica lo studio era chiuso, ma il medico era sempre a disposizione a casa (AC, foglio 2).

⁸³ PT, foglio 2.

cena, la notte. La porta restava sempre aperta, non aveva la chiave, bastava spingere e si entrava”⁸⁴).

Non mancano nelle riflessioni di alcuni medici, soprattutto i più anziani⁸⁵, i paragoni con gli orari più contenuti e le più distese modalità di gestire l’attività ambulatoriale e le visite domiciliari dei medici di medicina generale dei nostri giorni, che sono oggi affiancati nell’espletamento delle proprie funzioni dal servizio di continuità assistenziale, operativa nelle fasce orarie serali e notturne e nelle intere giornate festive e prefestive. Per quanto riguardava la possibilità di ferie o permessi dal lavoro, l’unica soluzione era quella di organizzarsi con i pochi altri medici operanti nel paese – un secondo medico condotto, se era presente, oppure il medico della mutua – per uno scambio reciproco⁸⁶.

Molto ampia era la gamma di servizi e di prestazioni che il medico condotto era tenuto a garantire e che doveva essere in grado di svolgere: come racconta il dottor Calabrese, “facevo servizio di vaccinazioni, servizio di necropsia, reperibilità per le urgenze, per tutti i tipi di urgenze, guardia medica notturna... Io ero il medico di un intero paese, responsabile di qualsiasi cosa”⁸⁷. Il medico condotto doveva possedere anche competenze specialistiche (“facevamo tutto noi – dice il dottor Pietro Trombetta – medico condotto e medico generico, eravamo anche degli specialisti. [...] Facevamo tutto quello che dovevamo”⁸⁸; e ancora, “Noi medici facevamo praticamente di tutto”⁸⁹), soprattutto in determinati ambiti quali quello della ginecologia e dell’odontoiatria: “Quella [la visita ginecologica] era una richiesta frequente... loro erano abituati in questo modo, non usavano andare dallo specialista a Foggia o a Lucera, ma si rivolgevano al condotto. [...]

⁸⁴ Rispettivamente, in: AC, foglio 4; AL, foglio 1.

⁸⁵ Dice ad esempio il dottor Trombetta: “Niente a che vedere con il modo di lavorare di adesso dei medici di famiglia, che fanno il giorno di riposo festivo, il giorno di riposo prefestivo, poi il riposo la notte, dalle otto la sera alle otto la mattina riposano comodamente a casa propria!” (PT, foglio 2).

⁸⁶ PC, foglio 2.

⁸⁷ PC, foglio 2.

⁸⁸ PT, foglio 2. L’intervistato sottolinea che l’evento che fece da spartiacque tra il tempo dell’impegno medico-clinico su tutti i fronti e quello invece del ricorso allo specialista coinvolto sul singolo caso fu il 1978, che con la Legge n. 833 istituì le Unità Sanitarie Locali in modo che “quasi ogni paese importante aveva il suo poliambulatorio specialistico e quindi noi medici mandavamo dallo specialista per determinate visite” (*Ibidem*).

⁸⁹ MP, foglio 2.

Nell'ambulatorio facevamo anche estrazioni dentarie: quando la gente aveva bisogno, veniva per queste prestazioni e bisognava essere in grado di farle"⁹⁰.

A proposito di gravidanze, una specifica è necessaria: al medico condotto sovente capitava di seguire una donna durante i nove mesi di attesa, svolgendo in tutto e per tutto il compito che attualmente viene delegato a chi possiede una specializzazione in ginecologia, ma al momento della nascita entrava in scena un'altra figura cui veniva affidata *in toto* la gestione del travaglio e del parto, la levatrice, che nella storia recente ha avuto anch'essa il privilegio dello statuto della condotta al pari del medico⁹¹. Alla levatrice – spesso già chiamata ostetrica – veniva attribuito il delicato compito di assistere la donna nelle fasi finali dell'espletamento del parto e la sua competenza era riconosciuta da tutti, dalla partoriente, come dai familiari e dalla gente del paese, medico compreso. Il dottor Calabrese, ad esempio, ha tenuto a specificare la bravura dell'ostetrica e il ruolo quasi da comparsa assegnato al medico, che si limitava ad intervenire solo qualora ci fosse bisogno di praticare un'episiotomia, applicare punti di sutura o se fossero sopraggiunte complicanze per la mamma o per il neonato⁹². Significativa è poi la riflessione compiuta dal dottor Cocuzzi, che confessa a distanza di anni la sensazione di paura e di inadeguatezza provata in occasione dei parti:

E poi... capitavano anche i parti! Non era una cosa che vivevo bene, a distanza di anni oggi lo posso dire, tanto non ci sente nessuno! Non lo vivevo bene perché io sono pessimista già per natura [...]. Il fatto è che io pensavo alle

⁹⁰ PC. Foglio 4. Per quel che riguarda le cure odontoiatriche, il dottor Calabrese conserva ancora alcune pinze per estrazioni dentarie risalenti all'inizio degli anni Settanta, oggi non più in uso, che ha mostrato nel corso dell'intervista (si veda l'Allegato n. 11, immagine n. 1).

⁹¹ Per un approfondimento sul ruolo dell'ostetrica levatrice, figura di antichissima tradizione, in tempi più recenti transitata dallo scenario dei mestieri popolari allo status del riconoscimento giuridico, si veda: A. Lonni, *Il mestiere di ostetrica al confine tra lecito e illecito*, in "Società e storia", 1984, n. 25, pp. 563-593.

⁹² "Per partorire c'era l'ostetrica ed era lei a venire in casa. Sono stato presente anche io, qualche volta, però era una cosa di cui era competente l'ostetrica. Si partoriva spesso in casa. L'ostetrica era abbastanza allenata... tra l'altro è ancora viva. Era molto in gamba, quindi io le stavo solo vicino per l'intervento medico, ma non ho mai fatto un parto da solo nella vita, sempre con l'ostetrica vicina che era abbastanza capace" (PC, foglio 4). "Quando si doveva partorire, si chiamava l'ostetrica condotta che veniva a casa, non si andava a partorire in ospedale... ma quando qualche cosa non andava, subito eravamo noi medici a correre, e a me è capitato parecchie volte di assistere al parto e di intervenire dopo, magari accadeva che c'era la dilatazione della vulva e dovevo mettere dei punti o la lacerazione del perineo oppure altre cose..." (PT, foglio 2).

complicanze che ci potevano essere durante il parto. Ci sono i reparti di Maternità attrezzati, medici più competenti di me, strutture organizzate... e invece noi in paese non avevamo niente! Ti capita un'emorragia, un'insufficienza respiratoria o della mamma o del feto! C'era l'ostetrica condotta, bravissima, che seguiva il parto in casa. Tutte in paese partorivano in casa, a quel tempo. Certo, c'era già la Maternità a Foggia, facilmente raggiungibile, dove tutto era in sicurezza, ma nonostante questo, tutte partorivano lo stesso a casa. Ed io ogni volta mi trovavo a pensare che, se fosse capitata una complicanza, non avremmo avuto nulla a disposizione. [...] Adesso non lo farei più... le dico la verità.⁹³

Tra le incombenze del medico condotto c'erano anche quelle che in comuni di dimensioni maggiori erano specificatamente delegate ad apposite figure di professionisti sanitari e che invece, nel contesto del piccolo paese, "toccano" al condotto. È il caso, ad esempio, del medico legale, come accadde al dottor Spinapolice, chiamato ad eseguire una riesumazione di cadavere presso il cimitero di Faeto, o al dottor Gentile, coinvolto nell'esame autoptico dei resti di un corpo umano recuperato dal mare delle Tremiti:

La cosa mi colpì molto ed è una delle cose che ricordo con più precisione. [...] Il punto è che io ho sempre fatto l'ostetrico dal quarto anno, il che significa che sono sempre stato un medico per la vita. L'impatto con la morte è davvero molto particolare per noi ginecologi. [...] Avere a che fare con un cadavere è sempre un'esperienza forte e quella di Faeto per me fu la prima di questo genere.

Ricordo ad esempio che un giorno ci fu il ritrovamento di resti umani in avanzato stato di decomposizione e mi occupai io dell'esame dei resti. Era sicuramente un uomo caduto da un peschereccio, chissà quanto tempo prima.

⁹³ AC, foglio 3. Nel corso dell'intervista il dottore torna a fare riferimento alla decisa sicurezza con cui si prendeva carico di situazioni d'emergenza che allo stato attuale, consapevole dell'alto livello di responsabilità richiesto al medico, non esiterebbe a demandare ad altra forma di soccorso e assistenza quale quella ospedaliera: "Io avevo imparato benissimo a suturare, oramai ero attrezzato per la piccola chirurgia! Ad esempio sapevo come trattare a perfezione gli ascessi! Ora non farei più nemmeno quello, però, perché adesso con tutte le assunzioni di responsabilità, bisogna stare molto attenti! Allora invece facevo quello che dovevo fare, le persone erano contente, le cose andavano bene, quindi...!" (AC, foglio 6).

Certo non avevo a disposizione tecniche ed esami di laboratorio, però insomma... Ed era di giovane età, perché le diafisi non erano ancora saldate, e lo capii anche da quel che restava dei vestiti che indossava.⁹⁴

Il medico condotto aveva anche competenze in fatto di igiene pubblica, che andavano dall'attenzione prestata alla colorazione dell'acqua potabile⁹⁵ alle funzioni tipiche del medico scolastico, particolarmente impegnato nei casi frequenti di "ondate" di pediculosi⁹⁶. Ancora, capitava spesso che il medico condotto facesse pure da medico carcerario⁹⁷, laddove nel comune di pertinenza esistesse una casa di detenzione, relazionandosi con i corpi di polizia e carabinieri e con la Pretura.

Le interviste sono una testimonianza preziosa anche allo scopo di ricavare informazioni sulle malattie più ricorrenti e di mappare lo "stato di salute" di alcuni dei centri abitati di piccole dimensioni della Capitanata, ricavandone un ritratto tipico della situazione sanitaria dell'intera provincia. Di seguito si offre dunque un elenco delle patologie citate dai singoli medici intervistati, riscontrate nello svolgersi del loro lavoro:

- dott. Pietro Calabrese (Volturino): patologie cardiovascolari (infarto, ipertensione, cardiopatie, sclerosi dei vasi), broncopatie (sia cronico-ostruttive che acute), bronchite, coliche (di tipo biliare e renale), appendicite, fratture e traumi da caduta, ferite da taglio;
- dott. Pietro Trombetta (Cagnano Varano e Sannicandro Garganico): malaria, artrite, artrosi, bronchite acuta e cronica, diabete, malattie cardiovascolari;

⁹⁴ Rispettivamente: AS, foglio 2; VG, foglio 3. Anche il dottor Cocuzzi riferisce di essere stato spesso chiamato a constatare il decesso di morti a causa di incidenti stradali ("Io dovevo fare il medico legale quando si portavano i morti degli incidenti nel cimitero... era mio compito visitare i cadaveri e redigere il verbale, cosa non semplice, perché con la tensione che avevi dovevi descrivere nei minimi dettagli quello che vedevi, le cause della morte... Facevo il medico legale anche se non avevo la competenza del medico legale, però non è che potevi dire al pretore 'Non lo so!'. Dovevi esaminare e descrivere quello che obiettivamente tu vedevi" (AC, fogli 2-3); lo stesso medico racconta anche di essere intervenuto in occasione della scoperta di alcuni loculi danneggiati al cimitero di Volturara, che lasciavano intravedere le vecchie bare all'interno (AC, foglio 4).

⁹⁵ Cfr. AC, foglio 4.

⁹⁶ Il riferimento alla diffusione dei pidocchi nelle classi degli asili e delle scuole elementari e medie è in due interviste (AL, foglio 3; AC, foglio 4), unitamente all'occorrenza delle malattie esantematiche in età infantile.

⁹⁷ Il racconto è per voce del dottor Cocuzzi, a Volturara, dove in passato era in funzione un carcere di piccole dimensioni (AC, foglio 2).

- dott. Matteo Potenza (Mattinata e Monte Sant'Angelo): brucellosi, malattie da raffreddamento, traumi da caduta, parotite, versamento pleurico, bronchite, ustione;
- dott. Antonio Lepore (Orsara di Puglia): traumi da caduta, ferite da taglio, ictus;
- dott. Amilcare Spinapolice (Celle San Vito e Faeto): patologie ossee, ipertensione, diabete, malattie dei bronchi e della respirazione;
- dott. Achille Cocuzzi (Volturara Appula): traumi da caduta, diabete, coma ipoglicemico, ictus, infarto, colpo di calore, perforazione allo stomaco, ipertensione;
- dott. Valter Gentile (isole Tremiti): traumi da caduta, crisi isterica, ipertensione, cardiopatie, forme artrosiche, infarto.

Nel complesso, dunque, le malattie più ricorrenti sono quelle connesse all'età media piuttosto avanzata della popolazione nei paesi sedi di lavoro dei dottori intervistati, unitamente alle patologie conseguenti ad una alimentazione non del tutto misurata⁹⁸, all'abitudine al consumo di alcolici⁹⁹ e ad una massiva diffusione del fumo di sigarette¹⁰⁰. Due medici descrivono la vita dei loro pazienti come serena e rilassata, scevra da rischi, del tutto antitetica allo stress e alla frenesia della grande città: un contesto caratterizzato da “un clima assolutamente eccezionale, uno stile di vita improntato sulla lentezza e un'alimentazione a chilometro zero, [dove] tutto si svolgeva in maniera molto lenta, con una serenità di base che oggi non abbiamo più”¹⁰¹. Il dottor Gentile ha anche modo di notare, una volta trasferitosi a Foggia, che nel capoluogo gli “capitava di incontrare molto di più gente stressata, casi di depressione, mentre lì [sulle isole Tremiti] non

⁹⁸ “Lì facevano uso di alimenti grassi, ammazzavano i maiali... e allora non è che si faceva come adesso, non si facevano tutti gli esami per il colesterolo!” (AC, foglio 6).

⁹⁹ Durante l'intervista al dottor Lepore, in particolare, emerge il ricordo dei cosiddetti “ubriacconi” – così li definisce il medico stesso – che di sera imperversavano nelle strade del paese e spesso di ritrovavano a bussare anche alla porta dell'intervistato (AL, foglio 2).

¹⁰⁰ AL, foglio 2; PT, fogli 2 e 3.

¹⁰¹ AS, foglio 2.

c'erano stressati. [...] patologie di questo genere non avevano ragione di esistere, in quel contesto"¹⁰².

Qualche parola in più merita il riferimento specifico, fatto da alcuni intervistati, a particolari malattie che si sono trovati più spesso a constatare. È il caso della brucellosi a Mattinata, notata dal dottor Potenza:

Il paese è evidentemente agricolo e patologie particolari non ce n'erano, tranne una malattia, la brucellosi, che era legata alla particolare attività armentizia della popolazione. Era una malattia, direi, endemica... la brucellosi. [...] È andata poi scemando nel tempo... abbiamo cercato di eliminarne le cause, partendo dalle istruzioni elementari, per quanto riguardava l'uso del latte e dei latticini. È stata una malattia endemica per parecchi anni.¹⁰³

Un'altra malattia territorialmente significativa è la malaria¹⁰⁴, riscontrata dal dottor Trombetta nei due paesi del Gargano di sua competenza, Cagnano e Sannicandro: "D'estate ci trasferivamo a San Marco [in Lamis], perché Cagnano era zona malarica" e, più avanti nell'intervista, "La malaria era molto diffusa, soprattutto a Cagnano"¹⁰⁵.

Interessante è inoltre la riflessione compiuta da alcuni medici sulla correlazione di alcune patologie con abitudini, stili di vita e pratiche lavorative dei pazienti. Sono state ad esempio segnalate malattie che si potrebbero definire come "professionali", ovvero artrosi e bronchiti legate al lavoro da contadini nei campi¹⁰⁶, traumi occorsi in seguito alla caduta dagli alberi o dalle scale nella

¹⁰² VG, foglio 3. Voce fuori dal coro è quella del dottor Cocuzzi, che nota invece che a Volturara "facevano una vita anche molto stressata, secondo me... questa gente lavorava, andava veramente presto in campagna e tornava la sera tardi. Questo incidere sulla possibilità di ipertensione e ictus" (AC, foglio 6).

¹⁰³ MP, foglio 2. A proposito della brucellosi umana e della sua incidenza sulla popolazione rurale, si vedano: E. Shorter, *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*, Feltrinelli, Milano 1993, pp. 341-350; R. Romano, C. Vivanti, *Storia d'Italia. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, p. 959.

¹⁰⁴ Un riferimento bibliografico di indubbia autorevolezza, per una conoscenza più approfondita dell'evoluzione epidemiologica della malaria nell'intero territorio nazionale, è: F. Boccini, M. Piccialuti, *Fonti per la storia della malaria in Italia*, Ministero per i beni e le attività culturali, Direzione generale per gli Archivi, Roma 2003.

¹⁰⁵ PT, fogli 1 e 2.

¹⁰⁶ "Erano imputabili al lavoro nei campi senz'altro le artropatie, le artrosi deformanti, le condropatie, le tendinosi e le tendiniti" (PC, foglio 3).

stagione della raccolta delle olive¹⁰⁷, tagli dovuti ad incidenti in occasione della raccolta della legna¹⁰⁸, ancora intossicazioni provocate dall'attività di spargimento di concimi o diserbanti¹⁰⁹ o ancora patologie artritiche che colpivano i pescatori a causa del costante contatto con l'umidità del mare¹¹⁰.

Così commenta un medico, utilizzando l'aggettivo "stagionale" per definire il riferimento temporale tra l'insorgenza di un determinato evento clinico ed una specifica attività lavorativa tipica di un certo periodo dell'anno agricolo: "Posso dunque dire di aver riscontrato una stagionalità delle patologie a seconda della stagionalità dei lavori nei campi! Questo fatto è da evidenziare, ed era molto caratteristico. [...] Spesso anche ad intuito, sapendo in che periodo dell'anno ci si trovava e che lavoro si faceva, si collegava la patologia alla causa"¹¹¹.

Tra le terapie proposte o direttamente effettuate dal medico condotto, vengono citate l'endovenosi (attuata molto più spesso a domicilio¹¹², come era d'uso in quegli anni senza la necessità di un ricovero ospedaliero), l'immobilizzazione tramite ingessatura nel caso di fratture, i punti di sutura per ferite di varia entità, piccoli interventi chirurgici praticabili in ambulatorio o a domicilio¹¹³. Alcuni medici citano anche particolari modalità di trattamento di specifiche patologie o eventi clinici, alcune delle quali non più in uso, e dunque interessanti da un punto di vista prettamente storico-medico: ad esempio, il dottor Gentile racconta che negli anni della sua permanenza alle isole Tremiti ebbe modo

¹⁰⁷ "Vulturino è un paese dove si coltivano molti ulivi e quindi arrivava il momento della raccolta delle olive, un periodo caratteristico in cui cresceva in maniera rilevante il numero dei traumi acuti provocati da questo tipo di lavoro. Mi capitavano molti incidenti dovuti a cadute dalle scale o dai rami degli alberi, e quindi c'erano lussazioni, fratture, e si faceva un intervento di immobilizzazione. Spesso le fratture erano lombari, perché il tipo di caduta aveva quella conseguenza" (PC, foglio 3); "Facilmente c'erano cadute dagli alberi di ulivo nel periodo della raccolta dei frutti, atti traumatici... gli alberi di ulivo qui sono di mole importante, secolari e imponevano l'uso della scale" (MP, foglio 2).

¹⁰⁸ "In un altro periodo dell'anno, quello della potatura degli alberi e della raccolta della legna nei boschi (se ne doveva raccogliere tanta, perché veniva usata per i riscaldamenti), abbondavano i tagli con le accette, con le asce, con vari tipi di seghe" (PC, foglio 3).

¹⁰⁹ "Un altro esempio di questo genere sono le intossicazioni conseguenti allo spargimento di concimi e diserbanti. Capitavano in ambulatorio persone che respiravano male: 'Che hai fatto ieri, l'altro ieri?', 'Eh, ho buttato diserbe sul grano!' oppure 'Ho buttato il concime nelle...'" (PC, foglio 3);

¹¹⁰ "Poi notavo che i pescatori soffrivano spesso di artrite e di artrosi" (PT, foglio 2).

¹¹¹ PC, foglio 3.

¹¹² A proposito di un'endovenosi effettuata con scopi analgesici ad una paziente afflitta da una violenta conica renale, il dottor Calabrese specifica che in quegli anni tale tipo di terapia veniva praticata frequentemente a casa (PC, foglio 3). Ad una flebo fa riferimento anche il dottor Cocuzzi, ripetutamente somministrata ad un paziente diabetico spesso in coma ipoglicemico (AC, foglio 2).

¹¹³ "Chissà quante cisti cutanee ho asportato!", commenta il dottor Trombetta (PT, foglio 2). Oppure il dottor Cocuzzi: "Sapevo come trattare a perfezione gli ascessi!" (AC, foglio 6).

di notare che si era soliti tenere l'infartuato fermo per circa quaranta giorni a letto, laddove invece oggi si procede subito a mobilitare il paziente, perché una mobilitazione precoce favorisce un veloce recupero¹¹⁴; il dottor Cocuzzi, invece, riferisce di un grave colpo di calore occorso ad una donna in estate, trattato ricoprendo interamente di ghiaccio la paziente con l'aiuto dell'intera comunità di abitanti ("Io ribellai tutto il paese e feci andare mia moglie in giro a dire a tutti di recuperare tutto il ghiaccio che era disponibile, perché l'unica cosa possibile da fare era questa. [...] A chiunque venisse con il ghiaccio, dicevo di andare dai vicini a recuperarne altro, il più possibile"¹¹⁵).

Il ricorso al pronto soccorso ospedaliero o al ricovero in un reparto specializzato era cosa che avveniva con poca frequenza e, quando questo accadeva, la struttura ospedaliera di riferimento erano i Riuniti del capoluogo Foggia, ma anche gli ospedali di Lucera, di Manfredonia e di San Giovanni Rotondo¹¹⁶, a seconda chiaramente della collocazione geografica del paese di provenienza del paziente. Un dettaglio è comune a più medici, quello relativo all'abitudine ad accompagnare di persona il malato in ospedale, un'usanza che certamente nasceva dalla concreta contingenza della scarsa disponibilità di automobili nei decenni passati e in virtù del fatto che una delle poche macchine reperibili fosse appunto quella del medico, ma al tempo stesso tale abitudine diventa esempio concreto della totale apertura nei confronti del paziente. Come ricorda il dottor Lepore, "abbiamo fatto i medici con una disponibilità totale al paziente [...]. Per esempio, il fatto che capitava che io accompagnavo con la mia macchina i pazienti più gravi in ospedale... è una cosa significativa"¹¹⁷. In generale il ricorso all'ospedale era la

¹¹⁴ VG, foglio 3. Sempre in tema di infarti, è il dottor Cocuzzi a raccontare dell'ospedalizzazione di un uomo colpito da quello che al medico sembrava senza dubbi un infarto, cosa che però non veniva evidenziato nelle prime ore dall'elettrocardiogramma: "allora tra l'altro l'unico esame era quello dell'elettrocardiogramma, che però nei primi momenti risulta negativo. Oggi fanno anche gli enzimi cardiaci e quelli sono più veritieri su una patologia infartuale, anche rispetto all'elettrocardiogramma" (AC, foglio 5).

¹¹⁵ AC, foglio 3.

¹¹⁶ MP, foglio 2.

¹¹⁷ AL, foglio 3. Nel corso dell'intervista, la moglie del dottor Lepore ricorda anche quanto accadde durante uno dei viaggi di ritorno del marito dopo il trasferimento di un paziente in ospedale, ovvero un incidente stradale ai danni della sua automobile, dopo il quale finì egli stesso ricoverato, poche stanze più in là rispetto al suo assistito (AL, foglio 3). Anche il dottor Cocuzzi era solito scortare con la propria macchina i suoi pazienti (AC, foglio 5) e così il dottor Gentile, che aveva l'abitudine di salire a bordo delle

soluzione estrema, nella presa in carico del paziente da parte del medico condotto, anche in virtù della distanza spesso considerevole che separava il paese della casa di cura più prossima, ed è interessante a tal proposito evidenziare il senso quasi di orgogliosa soddisfazione con cui uno dei medici sottolinea, nel corso dell'intervista, di essere il più delle volte riuscito a risolvere tutto in autonomia, senza necessità di un ricovero ospedaliero¹¹⁸.

Per quel che riguarda i medicinali, il punto di vista comune è la maggiore “snellezza” burocratica dell'atto della prescrizione, per la quale era sufficiente l'indicazione del nome del farmaco e della relativa posologia su carta bianca su cui era apposto un timbro recante il nome e i dati anagrafici del medico, senza la segnalazione delle cosiddette “note” e dei codici di esenzione che oggi riempiono la ricetta medica. Dai racconti dei medici intervistati non emergono in quantità significative nomi specifici di farmaci (né con la denominazione commerciale, né con l'indicazione del principio attivo), ad eccezione della soluzione *Schoum*, un detossificante epatico (“di colore verde, era molto gradita ai pazienti: ‘Dammi due o tre bottiglie di quelle verdi!’”¹¹⁹), dell'elisir *Terpina*, un sedativo della tosse dal “gustoso sapore alcolico”¹²⁰, tanto gradito e ricercato dagli anziani del paese, che ne facevano una sorta di sostituto autorizzato e legalizzato dei più costosi superalcolici, poi le fiale di *Catapresan*, usate in endovena per trattare una coma ipoglicemico¹²¹, e l'ansiolitico *Noan* somministrato in occasione del manifestarsi di una crisi isterica¹²². In generale, si ricorreva spesso alle pomate: antidolorifiche, antinfiammatorie, qualunque fosse lo scopo e l'indicazione del loro utilizzo, erano prescritte con una certa facilità¹²³.

A proposito delle condizioni di salute che spingevano un paziente a fare ricorso al medico condotto, viene spesso sottolineato come fosse poco radicata la

imbarcazioni che giungevano alle Tremiti dalla terraferma per trasportare in ospedale i casi più gravi (VG, fogli 1 e 4).

¹¹⁸ Il medico in questione è Antonio Lepore: “Lui faceva di tutto... era raro che mandava qualcuno all'ospedale a Foggia, risolveva tutto lui” (AL, foglio 1, frase pronunciata dalla moglie del medico); “Raramente mandavo un cliente a Foggia... solo se vedevo che proprio c'era bisogno!” (AL, foglio 2).

¹¹⁹ PC, foglio 5. La soluzione è ricordata anche da un altro medico, il dottor Spinapolice (AS, foglio 2).

¹²⁰ PC, foglio 5.

¹²¹ AC, foglio 5.

¹²² VG, foglio 2.

¹²³ PC, foglio 5.

consapevolezza dell'importanza della prevenzione, e tale aspetto costituisce una rilevante differenza con il presente della medicina di famiglia:

Diciamo che adesso c'è più ricerca dell'assistenza anche per patologie croniche, come il diabete, per patologie dismetaboliche, diciamo così. Allora i pazienti venivano più quando si sentivano male, con patologie più osservabili direttamente, allo stato acuto. Non mancavano le patologie croniche, però il paziente chiedeva l'intervento solo quando stava male. Si faceva poca prevenzione. Ad eccezione delle vaccinazioni e di qualche analisi (e se ne facevano davvero poche), la prevenzione era scarsa. Conoscevamo le varie patologie dislipidemiche, diabetiche, ma le si prendeva in cura quando il problema veniva fuori [...]. Non si facevano analisi di controllo.¹²⁴

2.8.3. Relazionarsi con i pazienti

Di fronte al medico, seduto dall'altra parte di una scrivania, intento ad esporre il proprio caso, oppure steso su un letto e pronto per essere sottoposto a visita, c'è sempre il paziente¹²⁵. Ed è con il paziente che il medico si relaziona, dentro e fuori dall'ambulatorio, sovente anche camminando per le strade del paese.

Il medico condotto per forza di cose conosce l'intera comunità di cittadini, sia perché nel comune sede della condotta è obbligato ad avere anche la residenza, sia perché lo "scambio" saltuario di pazienti con i pochi altri medici del paese stesso o dei paesi limitrofi metteva in condizioni di avere contatti diretti con tutti. Significative sono le parole di alcuni dei medici intervistati, a questo proposito:

L'altro collega si assentava più spesso di me e i suoi assistiti venivano da me quando lui andava in vacanza, e così avevo modo di conoscere tutto il paese.
[...] Tra l'altro avevo 26 anni e mezzo quando mi sono laureato e ho

¹²⁴ PC, foglio 3. La stessa riflessione è anche in: AC, foglio 6.

¹²⁵ È interessante anche esaminare il ventaglio di termini utilizzati dai medici intervistati per definire l'individuo preso in cura dal medico. "Paziente" è di certo la parola con il maggior numero di attestazioni, di uso comune in tutte le interviste, ma è da segnalare anche la presenza, più ridotta, di termini come "assistito" (52 ricorrenze), "cliente" (5 ricorrenze) e "mutuato" (2 ricorrenze), gli ultimi due termini utilizzati sempre e solo nell'intervista al dottor Lepore.

cominciato a lavorare e avevo creato un bel legame con i giovani del paese, stavo spesso con loro.

Io seguivo intere famiglie, dal bambino all'anziano. Non c'era un pediatra, non c'era un medico scolastico, facevo tutto io, curavo tutti. Era un rapporto di amicizia, più che altro... amicizia con tutti. Ci si vedeva e incontrava dappertutto, chiaramente. C'è un libro di memorie di quegli anni alle Tremiti, e sono citato pure io!

Andavo nelle case delle persone tutti i giorni. Anche quando camminavo, si affacciavano alla porta e dicevano: 'Dottore entrate!'. Una chiacchiera, una visita... le mie bambine poi erano piccole e conoscevano altri bambini e con loro noi conoscevamo le famiglie. Ci si conosceva tutti.¹²⁶

Per quel che riguarda la relazione terapeutica tra medico e paziente, le scelte lessicali compiute dai professionisti ascoltati per esplicitare il proprio modo di rapportarsi con i propri assistiti sono ricorrenti, trasversali a tutte le interviste raccolte. I concetti di "fiducia", "disponibilità", "affetto", "stima"¹²⁷, con le personali variazioni sul tema¹²⁸, tornano in tutti i racconti e danno il segno di un rapporto forte, improntato ad un reciproco fidarsi e affidarsi, ad una conoscenza personale e profonda che solo in un centro abitato dalle piccole dimensioni può sussistere. Una conoscenza che si potrebbe definire "diffusa", ovvero non limitata ai ristretti confini di quello spazio fisico e sociale che è l'ambulatorio, con il suo rituale di ruoli e di momenti, ma che si allarga alle strade, alle piazze, alle case dei pazienti, all'intero paese, di cui il medico, dismesso il camice e riposta la borsa degli strumenti, è abitante e cittadino al pari dei suoi assistiti.

¹²⁶ Rispettivamente in: PC, foglio 5; VG, foglio 3; AC, foglio 7.

¹²⁷ I quattro termini citati sono quelli numericamente più frequenti, prendendo in considerazione l'intero corpo di testi raccolti nell'ambito delle sette interviste. Nel dettaglio, 16 sono le occorrenze della parola "fiducia" e dei termini ad essa semanticamente connessi (fidarsi, confidare, affidare), 9 le volte in cui vengono utilizzate nel complesso l'aggettivo "disponibile" e il sostantivo "disponibilità" (alle quali vanno aggiunti i 4 utilizzi del sostantivo "disposizione" in contesti connessi al rapporto medico-paziente), 5 le risultanze della parola "affetto", 3 invece per il termine "stima" (di cui una è una voce del verbo "stimare").

¹²⁸ Il dottor Calabrese, ad esempio, che ha seguito specifici corsi di formazione e di aggiornamento sul tema della relazione terapeutica, parla di "feeling", "counselling", "analisi transazionale" (PC, foglio 4). Così è per il dottor Spinapolice, che nella seconda parte della sua intervista ribadisce con forza l'importanza della componente narrativa nella relazione terapeutica, in virtù del particolare interesse professionale che lo muove da anni in tale direzione (AS, foglio 4).

Alcuni medici tengono a ricordare l'abitudine, ancora oggi esistente, dei pazienti di portare un regalo al proprio dottore, un regalo quasi mai acquistato per lo scopo ma frutto dell'attività professionale o amatoriale dello stesso paziente, come i già citati quadri opera di un assistito di uno dei medici intervistati, o come ricordano le seguenti frasi estrapolate dalle interviste:

È significativo ad esempio il fatto che i pazienti portano ancora in regalo al medico le uova, portano il pollo, la bottiglia di vino... [...] questa pratica regge ed è un segno di ringraziamento, di affetto nei confronti del medico.

Molti pazienti poi erano particolarmente affezionati a me e mi facevano regali. Una volta mi regalarono un gatto, un cane... pure l'albero di Natale, mi hanno regalato! Portavano frutta, uova, carne, cose da mangiare, alimenti sempre prodotti da loro stessi, non accadeva mai che comprassero, ma era sempre qualcosa di loro proprietà.¹²⁹

Sul piano della relazione con i pazienti, uno degli intervistati ha dato particolare spazio alla difficoltà di confrontarsi con una realtà per certi versi ancora saldamente legata ad usi e costumi antichi¹³⁰, sovente caratterizzata da tradizioni, credenze e superstizioni difficili da sradicare:

C'è da dire che in paese c'erano delle vecchie usanze, delle vecchie credenze, per cui si usava praticare una medicina, come dire, popolare, e quindi ci è voluto del tempo per sfatare determinate convinzioni, determinate abitudini. [...] Il medico non poteva fare altro, non veniva preso in considerazione. [...] per vincere queste convinzioni, ce n'è voluto di tempo! Superate poi queste complicazioni, il rapporto divenne di fiducia, una fiducia che chiaramente nel

¹²⁹ Rispettivamente in: PC, foglio 5; AL, foglio 3. Così anche il dottor Gentile ("Regali ce ne sono stati talmente tanti!", foglio 5).

¹³⁰ Sul tema delle pratiche mediche e sulle soluzioni terapeutiche di provenienza popolare, che si sono affiancate per secoli alla medicina ufficiale, la bibliografia è molto ampia, ma per maggiori notizie su un contesto geograficamente vicino e affine a quello dei piccoli centri abitati della Capitanata si veda il caso di Aquilonia, paese della provincia Avellino, nella Comunità Montana dell'Alta Irpinia, che oggi ospita il Museo Etnografico "Beniamino Tartaglia" con all'interno una ricca sezione dedicata appunto alla salute e alla medicina del mondo contadino, di cui si offre una rassegna documentaria in uno dei Quaderni del Museo (B. Tartaglia, *Medicina popolare. Terapie empiriche e pratiche magiche. Quaderni del Museo n. 5*, Grafiche F.lli Pannisco, Calitri 2003).

tempo è aumentata, c'è stata una maturazione, un adeguamento ai tempi, ai metodi terapeutici, indubbiamente...¹³¹

Il dottor Potenza fa due esempi, a suffragare l'idea di una medicina non sempre scientifica: rammenta l'idea piuttosto diffusa che l'ortopedia non fosse di competenza del medico, ma venisse di solito affidata a personaggi che il medico definisce “praticoni”¹³², privi del sapere teorico e pratico che viene da specifici studi, uno dei quali era un macellaio, e poi il modo considerato “ridicolo” di curare la parotite:

C'erano delle donne, delle sedicenti esperte, che facevano con una matita o una penna una stella sulla zona tumefatta, sulle parotidi e quello era il sistema di cura! E il medico non poteva fare altro, non veniva preso in considerazione... si andava da queste esperte a far ‘scrivere’ (in paese dicevano proprio a ‘far scrivere’), e facevano il disegno di una stella sulle parotidi.¹³³

Una domanda alla quale tutti i medici hanno dato risposta in maniera sentita è stata quella relativa alla “storia” non dimenticata, al paziente, alla malattia o al caso che ancora sono scolpiti nella memoria del proprio passato professionale.

Alcuni intervistati hanno tenuto a sottolineare che il ricordo importante non è uno solo, ma più d'uno, a riprova della ricchezza di esperienze della pratica da medico condotto. Due medici¹³⁴ – tra i più anziani – alla domanda diretta rispondono dichiarando di avere difficoltà a ricordare qualcosa in particolare, ma in altri momenti della conversazione emergono in ogni caso testimonianze di singoli pazienti e specifici interventi. Minimo comune denominatore tra i ricordi più saldi è quello dell'eccezionalità dell'episodio, della sua singolarità per i motivi più vari. In alcuni casi è un dettaglio riferibile al paziente: di solito, la questione è

¹³¹ MP, fogli 2-3.

¹³² MP, foglio 2.

¹³³ MP, foglio 3.

¹³⁴ Si tratta dei dottori Trombetta e Lepore, che però poi ricorda alcuni volti e nomi di anziani pazienti del paese cui lui si era particolarmente affezionato, senza però citare specifiche storie (AL, foglio 3).

anagrafica e l'età molto giovane¹³⁵ o molto avanzata del malato porta a instillare nel medico sentimenti di compartecipazione e vicinanza affettiva. In altri casi, la ragione va rintracciata nella patologia riscontrata, che ha sempre carattere di urgenza o di particolare gravità¹³⁶. Infine, non sono secondari motivi attribuibili al contesto e allo stesso medico, come ad esempio il fatto che l'episodio ricordato sia il primo caso di morte del paziente con cui si è avuto a che fare¹³⁷, oppure ad una difficoltà dell'intervenire motivata dalle avverse condizioni meteorologiche, sulle quali fa da padrona la neve.

Le interviste nel complesso delineano i contorni di una relazione fortemente improntata alla fiducia da parte del paziente nei confronti del medico, a tratti anche sbilanciata, "asimmetrica", per dirla con il dottor Spinapolice:

Io ho iniziato la mia carriera professionale in un periodo e in un contesto che ancora vedeva il paziente riconoscere quella che io chiamo asimmetria. Cioè, tu vai dal medico perché gli riconosci la competenza. Questa asimmetria in un posto molto piccolo è ancora molto più evidente: la gente si relazionava sempre in modo corretto, poneva le proprie problematiche in maniera corretta e aspettava che il medico potesse dare la soluzione.¹³⁸

E a tale riflessione fanno eco le parole di altri intervistati ("Il rapporto con le famiglie era ottimo. Ascoltavano sempre le indicazioni terapeutiche, i miei consigli relativi allo stile di vita. La fiducia in me era totale"¹³⁹, e ancora "Lì si affidavano completamente a me!"¹⁴⁰), che passano l'idea di un totale rimettersi nelle mani del

¹³⁵ Come accadde al dottor Potenza, quando ebbe a che fare con un ragazzo ustionato dal rovesciarsi di una pentola di acqua bollente cui si dedicherà più spazio più avanti, un caso che il medico prese molto a cuore e del quale parlò anche una pubblicazione scientifica (MP, foglio 3).

¹³⁶ Un esempio è l'episodio ricordato dal dottor Gentile, relativo all'uomo precipitato da un'alta scarpata e riuscito poi a risalire, nonostante l'importante frattura vertebrale e il lobo di un orecchio tagliato, cui il medico prestò aiuto ("Era caduto laddove c'era il faro che guarda verso Termoli... e c'è una scarpata che sarà circa cinquanta, sessanta metri, e lui è rotolato giù nelle rocce. Incredibile... Grazie a Dio però sono riuscito a ricucirgli l'orecchio e a prestare il primo soccorso. Insomma, sono cose che danno soddisfazioni e restano ovviamente impresse...", foglio 4).

¹³⁷ "Diciamo che, anche se l'esperienza è stata negativa perché ha rappresentato il primo impatto con una persona che moriva tra le mie braccia, a distanza di tempo ho rivissuto quel momento con maggiore positività, perché ho portato aiuto e sostegno a una persona" (PC, foglio 2).

¹³⁸ AS, foglio 3.

¹³⁹ AC, foglio 6.

¹⁴⁰ VG, foglio 3.

professionista, cui viene riconosciuto l'appannaggio di una sapienza e di una competenza che vengono da studi specifici e da esperienze rodute¹⁴¹.

2.8.4. Raccontare e testimoniare l'esperienza professionale

Un altro nucleo concettuale su cui le interviste hanno particolarmente insistito è quello relativo al racconto, in forma scritta (nel caso in cui l'interlocutore abbia percorso anche questa strada) oppure orale, mediante la stessa intervista. In tale prospettiva, si è cercato di stimolare gli intervistati a “trovare un significato attraverso il racconto autobiografico, [...] nell'aiutare ulteriormente il narratore a essere riflessivo, a ripensare alla vicenda che sta raccontando e a come la sta raccontando”¹⁴².

Alcuni medici hanno convenuto in maniera esplicita sulla preziosità del momento del ricordo per gli stessi intervistati (“Una bellissima chiacchierata! Mi ha fatto molto piacere, ad alcune cose proprio non pensavo più” e “Sono stati ricordi piacevoli”¹⁴³), talvolta anche a dispetto dello scetticismo iniziale che alcuni di loro, a registratore spento, hanno poi ammesso di aver provato.

Meno netta è invece l'attribuzione di significato nei confronti dell'utilità di una testimonianza relativa al passato, risalente cioè a una tipologia di professione medica oggi non più esistente, agli occhi di chi invece nel presente esercita la medicina generale, diretta erede della medicina condotta. Emerge dalle parole di diversi intervistati la constatazione, a tratti amara e disillusa, delle tante differenze (negli intenti terapeutici, nelle modalità di svolgimento del lavoro, nella relazione tra medico e paziente) che distanziano il medico condotto e il medico di medicina generale, o comunque la medicina del territorio di un tempo e quella dei nostri giorni. E se da un lato potrebbe risultare interessante apprendere notizie e scoprire dettagli sul passato della medicina cosiddetta “di famiglia”, dall'altro alcuni intervistati palesano il timore che a tale recupero possa essere data poca rilevanza.

¹⁴¹ Per maggiori dettagli sull'evoluzione storica dello statuto del medico e del paziente nella relazione terapeutica e sulle diverse modalità comunicative messe in atto in tale contesto, si faccia riferimento a: S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, FrancoAngeli, Milano 2005.

¹⁴² R. Atkinson, *Op. cit.*, p. 96.

¹⁴³ Rispettivamente, in: AC, foglio 7; VG, foglio 4.

La medicina generale del presente è avvertita senza dubbio come profondamente diversa da quella condotta e, in generale, dalla medicina di famiglia dei decenni passati. È una diversità intrinseca, che va a connotare dal di dentro su più fronti la pratica medica. Una diversità che si esplicita non solo nei ritmi e negli orari di lavoro¹⁴⁴, che i medici intervistati giudicano all'unanimità oggi meno stancanti, ma anche nello stesso costruirsi di una solida e continuativa relazione terapeutica con il paziente¹⁴⁵, improntata alla fiducia e alla reciproca stima. “Dapprima la medicina generale aveva un andamento più umano, nel senso che c’era una possibilità di iter diagnostico, c’era una possibilità di colloquio con il paziente. Adesso, da quello che mi riferiscono i colleghi di medicina generale, è tutto limitato dalle questioni economiche, hanno dei paletti incredibili”¹⁴⁶, dichiara uno degli intervistati, che più avanti torna a sottolineare con forza con profonda umanità, l’“individualità” della medicina a confronto con le altre scienze cosiddette “dure”, esatte. Ad inficiare oggi il solido rapporto di un tempo tra medico e assistito, c’è per alcuni medici l’eccesso di burocrazia e la massiva presenza del computer¹⁴⁷, la drastica limitazione dell’abitudine alle visite domiciliari, oltre al facile ricorso allo specialista, che facilmente fa perdere di vista il necessario sguardo completo e complesso al paziente¹⁴⁸. Un medico fa

¹⁴⁴ “Niente a che vedere con il modo di lavorare di adesso dei medici di famiglia, che fanno il riposo...” (PT, foglio 2).

¹⁴⁵ “Col passare del tempo tra noi e i nostri assistiti si veniva a creare un solido rapporto di fiducia e di reciproca stima e cordialità. Andava a finire che non solo eravamo il loro medico, ma spesso e volentieri anche il loro confidente, il loro consigliere e a volte finanche il loro confessore laico. [...] Chissà se succede oggi la stessa cosa!” (PT, foglio 3, lettura ad alta voce di un estratto da una pubblicazione a firma dell’intervistato).

¹⁴⁶ AS, foglio 3.

¹⁴⁷ Insiste particolarmente sulla necessità di un uso sapiente del computer e, in generale, degli ausili tecnologici e digitali il dottor Calabrese, che prospetta la possibilità che essi possano modernizzare e fortificare la pratica medica, a patto naturalmente di non costituire l’unica prospettiva di lavoro e di essere a loro volta arricchiti dal recupero di un certo modo di rapportarsi con il paziente improntato alla stima e alla fiducia reciproca: “Bisogna avere la capacità di mantenere quel rapporto di cui abbiamo detto finora e di arricchirlo con la capacità tecnica che c’è oggi. Solo così il medico può utilizzare le tecnologie moderne e aiutare al meglio l’assistito” (PC, foglio 6).

¹⁴⁸ “Il rapporto tra medico e paziente è completamente cambiato, adesso è tutto burocratizzato. Adesso i medici tra l’altro sono consociati in uno studio comune, fanno le ore di ambulatorio e tutto più o meno finisce lì... le domiciliari, chissà se se ne fa qualcuna... [...] adesso il lavoro che si fa in ambulatorio si fa dietro ad una scrivania, davanti ad un computer... tutto cambiato! Il rapporto umano non ci sta quasi per niente. Senza dire poi che si scarica molto sulla specialistica, il rapporto di cura è ridotto al minimo...” (MP, foglio 4); “Sono le persone intorno ad essere cambiate e questo ha fatto modificare il rapporto [tra medico e paziente]. E poi sono cambiati i tempi, e quindi anche le esigenze. Aggiungiamo poi il computer... oggi si guarda fisso davanti a sé il computer e a volte accade che neanche si sa che cosa sta

riferimento anche ai cambiamenti intercorsi nello statuto del paziente, che dal punto di vista dei professionisti sanitari oggi vive un eccesso di informazione, spesso erronea, e tende addirittura a modi e atteggiamenti assimilabili all'autocura, con tutte le negative conseguenze del caso, e che mostra spesso segni di impazienza, a volte assimilabili alla sgarberia:

Molte volte ho sentito una frase che mi ha dato molto fastidio, di persone in sala d'attesa che dicevano che trattenevo troppo a lungo. [...] Dicevano: "Che, lo sta operando?", e quasi mi prendevano in giro per il fatto che io ero stato tanto tempo con un paziente. [...] Ecco che il rapporto non c'è più, come dicevo. Non è recuperabile. Adesso leggono su internet, ti dicono quasi loro prima il farmaco che vogliono. "Una mia amica si è presa questo farmaco per la pressione" ... "Questo per il diabete" ...¹⁴⁹

Dalla constatazione della sostanziale differenza di modi, di pratiche e in qualche modo anche di spirito che distanzia la medicina generale del passato, dei tempi della condotta, da quella del presente, deriva poi il singolo approccio di ciascun intervistato all'utilità del racconto, del ricordo, del recupero di esperienze professionali che risalgono al passato, una utilità tanto per chi racconta, quanto per chi ascolta o legge. Se si tiene in considerazione il fatto che tutti i medici intervistati, dismessi i panni di medico condotto, hanno poi indossato quelli di medico di medicina generale fino al momento della pensione (anche solo per un breve periodo, come è il caso, unico, del dottor Spinapolice, che è stato medico generico negli anni immediatamente successivi all'esperienza da condotto, per poi dedicarsi a tempo pieno all'attività da specialista in ginecologia e ostetricia), è evidente come sia stato possibile, nel corso dei colloqui, ripensare alla condotta medica nella duplice prospettiva di chi ha vissuto il "prima" e il "dopo" della medicina di famiglia e può dunque fare confronti mirati, provando anche ad immaginare una possibile utilità del ricordo del passato professionale per la nuova

dicendo il paziente. Anche il numero delle visite domiciliari che si fa adesso non è paragonabile a quello che si faceva un tempo" (AC, foglio 7).

¹⁴⁹ AC, fogli 7-8.

generazione dei medici di famiglia, in una sorta di “passaggio di testimone” dalla chiara ottica formativa. E a tal proposito, il coro unanimemente concorde nel guardare quasi con nostalgia e rimpianto alla medicina di un tempo, si disgrega in diverse tonalità di voci, ciascuna ferma nel proprio, personalissimo parere in tema di opportunità del racconto e della testimonianza:

Ritengo che possa essere molto utile. [...] Se si è preparati e si svolge la propria attività professionale con cura, allora come medico condotto e oggi come medico di famiglia, sicuramente c'è un ritorno di immagine, c'è poi un ritorno economico, ma soprattutto c'è un ritorno da un punto di vista professionale. [...] Guardare al passato, al vecchio “modo” di fare il medico può essere molto utile, e al tempo stesso occorre essere capace di utilizzare gli strumenti moderni per poter rendere più snello ancora il rapporto professionale con l'assistito. [...] Il medico condotto era un responsabile dell'assistito e questo aspetto dovrebbe essere ben chiaro ai giovani medici di famiglia.

I vecchi racconti? Non se li leggono nemmeno... è per questo che io ho deciso di scrivere.

Penso proprio di no... i giovani medici se ne infischiano altamente!

Io penso di sì, perché abbiamo fatto i medici con una disponibilità totale al paziente, e questo fa da modello per i medici di oggi. Per esempio, il fatto che capitava che io accompagnavo con la mia macchina i pazienti più gravi in ospedale... è una cosa significativa.

No, secondo me no... Oggi i medici hanno un comportamento diverso. Io stesso ho assunto negli ultimi anni di professione un comportamento differente. Non so che senso abbia recuperare il passato... Secondo me è difficilissimo, perché non c'è più quel rapporto medico-paziente che c'era una volta, è un rapporto che è andato perso.

Certo, sono stati ricordi piacevoli. Ed è utile, penso, anche ai nuovi medici di famiglia. La medicina si basa molto sull'esperienza e se hai poca esperienza, poche conoscenze come singolo medico, diventa più difficile.

Io sono fautore della medicina delle parole, perché chiaramente il racconto è una maniera assolutamente “pulita” di riferire le esperienze. Mi viene da pensare anche ai pazienti... molto spesso il tenere dentro, da parte del malato, una situazione, come se fosse un peccato, una colpa... La malattia non è una colpa, le malattie non si comprano e non si vendono. Il medico potrebbe utilmente raccogliere le esperienze individuali dei suoi pazienti... è vero che raramente accade che ci si ritrovi nella stessa situazione (simile può essere, ma mai completamente uguale), in ogni caso però si ha modo di sviluppare un approccio positivo verso una situazione che già un po’ di conosce.¹⁵⁰

Un medico, il dottor Cocuzzi, utilizza il termine “formativo” in riferimento alla stessa esperienza da medico condotto, che nel suo caso – è opportuno ricordarlo – ha avuto la considerevole durata di tempo di dieci anni. In una sorta di bilancio delle proprie esperienze e competenze, l’intervistato ripensa alla pratica da condotto a Volturara come ad un’autentica palestra di professione e di vita, nella quale ha avuto modo di imparare concretamente a “fare” il medico: “Insomma, posso dire che è stata un’esperienza davvero formativa, quella da medico condotto. Ho fatto di tutto, ho visto di tutto e ho imparato, ho imparato molto”¹⁵¹. Lo stesso dottore ha poi espresso alcune considerazioni relative al passaggio, dopo il decennio nella condotta medica di un piccolo paese, alla medicina di famiglia nella più grande città di Foggia e alle differenze che a suo parere intercorrono tra le due forme di pratica medica, per forza di cose diverse. Il numero delle visite domiciliari che si fanno in un paese di dimensioni più ristrette, dove ci si conosce tutti, è ad esempio maggiore¹⁵², ma la possibilità di confronto tra le due esperienze è più ampia e pertiene ad un distinto modo di lavorare e di gestire il rapporto con il

¹⁵⁰ Rispettivamente: PC, fogli 6-7; PT, foglio 4; MP, foglio 4; AL, foglio 3; AC, foglio 7; VG, foglio 4; AS, foglio 4. A proposito dell’ultima citazione riportata, quella del dottor Spinapolice, il medico fa un chiaro riferimento all’utilità di un approccio narrativo nella pratica clinica e alla cosiddetta medicina narrativa, la cui definizione concettuale e l’individuazione degli ambiti di riferimento, delle potenzialità e dei vantaggi d’uso sono da ascrivere a Rita Charon, medico internista e docente di Clinica medica alla Columbia University di New York, fondatrice e direttore esecutivo della prima scuola di medicina narrativa istituita a livello universitario, il *Program of Narrative Medicine*, oltre che autore di una copiosissima bibliografia scientifica sull’argomento (cfr. in particolare: R. Charon, *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, Oxford 2006).

¹⁵¹ AC, foglio 4.

¹⁵² “Certamente in paese veniva più naturale fare tante visite domiciliari” (AC, foglio 7).

paziente. Rispetto ad esempio alla totale presa in carico che il condotto faceva nei confronti del malato, il medico di famiglia della grande città, dove maggiore è il numero degli interlocutori e dei luoghi deputati all'assistenza sanitaria¹⁵³, viene spesso considerato un mero anello di passaggio tra la patologia e lo specialista o tra il ricovero ospedaliero e le necessità di medicinali per la prognosi postoperatoria:

Quando mi trasferii a Foggia notai subito che le cose erano fortemente diverse: “Dottore, mi fate la richiesta dall'ortopedico... dal cardiologo...?”, dicevano immediatamente. I primi tempi vissi molto male questa cosa che per me era del tutto nuova. In paese ero abituato a decidere tutto io, mentre nella città più grande i pazienti sapevano già tutto, decidevano tutto loro. [Il passaggio avvenne] da un giorno all'altro. E questo mi ha permesso di capire come fosse diversa la gente del paese da quella del capoluogo. I primi tempi vissi molto male la novità. Poi imparai ad adeguarmi! Le posso assicurare che in città si lavorava molto meno. I pazienti foggiani erano più esigenti, questo sì, ma rispetto a tutto quello che facevo come medico condotto...!¹⁵⁴

Ad un'altra domanda molto importante ai fini della ricerca, quella relativa all'abitudine a scrivere, a tenere cioè memoria scritta della propria attività professionale in una qualunque forma, dal breve appunto al più ampio diario passando per lo studio di caso, solo un medico – il dottor Pietro Trombetta, come già anticipato – ha dichiarato di avere percorso questa strada in maniera sistematica e su più fronti. Autore del già citato diario dei primi anni della propria professione di medico, di altri volumi¹⁵⁵ che testimoniano la passione per la medicina e per la sua evoluzione nella storia e di numerosi articoli pubblicati su

¹⁵³ “La fiducia in me era totale. Questo invece a Foggia non accadeva, forse anche perché nel paese io ero l'unico riferimento e invece nella città più grande no” (AC, foglio 6).

¹⁵⁴ AC, fogli 3-4.

¹⁵⁵ I riferimenti bibliografici dei volumi in questione sono i seguenti: P. Trombetta, *Malati famosi. Biopatologie di 29 VIP e di una Santa*, Edizioni All'insegna del cinghiale ferito, Apricena 2005; P. Trombetta, *La vita oltre i 100 anni. Come aggiungere “anni alla vita e vita agli anni”*, Gioiosa Editrice, Sannicandro Garganico 2009.

una rivista locale¹⁵⁶ in una rubrica dedicata alle tematiche della salute e del benessere, il dottore tiene a sottolineare di essersi avvicinato alla scrittura solo dopo la pensione, “un po’ per passare il tempo, un po’ per tenere la mente allenata”¹⁵⁷ e parla della pratica della scrittura in termini di autentica passione, seppure scoperta in tempi tardivi. A proposito del diario, che ha trovato poi pubblicazione, per volontà dello stesso autore, con il titolo “... perciò, caro dottore, pensaci tu”. *Aneddoti e fatti curiosi di vita professionale*, esso come già detto ha la particolarità di ospitare al suo interno la riproduzione fotografica di messaggi a firma dei pazienti del dottor Trombetta per fare richiesta di un determinato medicinale, scritti a mano su fogli di carta talvolta anche di piccole dimensioni o addirittura su cartoncini ricavati dalle confezioni degli stessi farmaci, e sono gli stessi messaggi degli assistiti a fare da spunto per il riemergere dei ricordi e le riflessioni del medico voce narrante. Alla domanda relativa ai motivi per i quali aveva deciso di conservare, a loro tempo, i vari biglietti, il medico così ha risposto: “Non so... li mettevo via via in una busta, forse sono ancora da qualche parte nel mio ambulatorio al piano terra. Poi ad un certo punto ho pensato di fotocopiarli e pubblicarli in quel libro. Ecco... [...] Tutto qui”¹⁵⁸.

A proposito di fonti scritte, può essere utile ricordare un altro corpo di documenti, anch’essi già menzionati in questa sede, i taccuini su cui il dottor Matteo Potenza, giorno per giorno e per tutti gli anni del suo lavoro, ebbe la costanza di annotare le visite domiciliari da fare, trascrivendo il cognome del paziente, talvolta sostituito dal soprannome con cui era noto in paese o dall’indirizzo nel caso invece di un assistito poco conosciuto, del cui domicilio il medico non aveva memoria. Accanto a ciascun nome, compare un segno di spunta nel caso in cui la visita veniva fatta, o – caso più raro – un trattino o nessun segno se poi la visita non veniva eseguita. Il medico ha raccontato che i taccuini non servivano a rendicontare il numero delle visite o a lasciare traccia a distanza di tempo di tale tipologia di attività, ma si trattava di una annotazione dalla

¹⁵⁶ La rivista con cui collaborò il dottor Trombetta dal 1990 fino al 2010 è la testata locale “La mia città” ed è lo stesso medico a dare veloce lettura di una serie di titoli di suoi articoli nel corso della sua intervista (PT, foglio 3).

¹⁵⁷ PT, foglio 3.

¹⁵⁸ PT, foglio 5.

motivazione meramente logistica, per avere “un appunto da portare con me, per ricordarmi chi dovevo visitare e dove. In ambulatorio prendevo nota delle visite da fare sul taccuino e poi lo portavo dietro con me in giro per il paese”¹⁵⁹. È evidente che alla finalità chiaramente pratica dei taccuini si è accostato negli anni un valore che potrebbe definirsi aggiunto e, come spiega lo stesso intervistato, “adesso a distanza di tempo è anche bello avere questa testimonianza, questo ricordo...”¹⁶⁰.

I taccuini fanno inoltre luce su uno spaccato della pratica professionale del medico nei decenni passati, uso a fare visite domiciliari con ritmi molto più frequenti ed intensi di quanto accade, invece, ai nostri giorni. Inoltre, la comparazione del numero di visite nei mesi estivi con i mesi invernali offre lo spunto per interessanti riflessioni sull’incidenza stagionale delle malattie. A fronte, ad esempio delle sei visite effettuate in un giorno di piena estate, il 6 luglio 1965, ecco le 17 programmate (15 eseguite, due rimandate al giorno successivo) per la giornata del 20 dicembre 1968¹⁶¹, nel pieno del freddo.

Ad eccezione dei due casi ricordati, le interviste raccolte hanno riportato pochi, sporadici esempi di un’altra tipologia di scrittura, a carattere scientifico, ovvero gli studi di caso e le pubblicazioni su riviste specialistiche a carattere medico. Oltre alla già ricordata attività del dottor Trombetta di editorialista per il periodico locale “La mia città”, è sempre il dottor Matteo Potenza a raccontare, nel corso della propria intervista, di aver scritto alcuni lavori scientifici in collaborazione con colleghi impegnati in ospedale e in particolare si sofferma su un proprio articolo dell’inizio degli anni Sessanta, dedicato ad un caso di coma etilico occorso a un ragazzino colpito da ustione, per l’assorbimento percutaneo dell’alcool che era stato copiosamente sparso sulla cute dai parenti del paziente¹⁶². L’episodio al centro del caso studiato offre così l’occasione per rammentare una tipologia di trattamento terapeutico delle ustioni oggi totalmente superata, ma che per lungo tempo è stata utilizzata in virtù dell’erronea convinzione che potesse alleviare il dolore.

¹⁵⁹ MP, foglio 3.

¹⁶⁰ MP, foglio 3.

¹⁶¹ Le riproduzioni fotografiche di alcuni dei taccuini del dottor Potenza sono nell’Allegato n. 11 in appendice (immagini n. da 12 a 15).

¹⁶² MP, fogli 3-4.

È sintomatico come le diverse forme di scrittura di esperienze ed eventi connessi alla professione medica citate in questa sede (il diario, il taccuino di appunti, lo studio di caso, l'articolo a tema medico) sono riconducibili tutte a due soli medici, che hanno evidentemente l'abitudine alla pratica della scrittura, l'interesse – se non una vera e propria passione – per la messa su carta, è il caso di dire nero su bianco, di fatti, opinioni, idee collegati al proprio lavoro. Gli altri cinque medici intervistati dichiarano invece di non aver mai fatto uso di pratiche e usi di narrazione in forma scritta, per mancanza di tempo, per assenza di necessità a redigere un resoconto scritto di quanto si andava facendo in ambulatorio, ma più verosimilmente perché non hanno mai dedicato sufficiente attenzione a tale possibilità¹⁶³.

A prescindere dalla personale propensione allo scrivere, l'opportunità della testimonianza dell'esperienza professionale da medico condotto è un aspetto su cui concordano tutti gli intervistati, poiché la ritengono positivamente recuperabile nel presente della medicina generale. Per dirla con le parole di un medico, il dottor Gentile, il tempo trascorso nella condotta gli ha lasciato due preziosi insegnamenti:

certamente proprio il modo di fare il medico “con la borsa in mano”, spesso in giro... oggi il medico di famiglia purtroppo è preso da diecimila cose da fare, dalla burocrazia, che ha creato un sacco di problemi. E poi il rapporto con il paziente... il medico deve aver fiducia nel paziente ed il paziente nel medico, e se non c'è questo rapporto di fiducia, conoscenza reciproca, le cose non vanno bene.¹⁶⁴

¹⁶³ Si riportano di seguito le motivazioni espresse dai medici in questione: “c'era tanto da fare e non c'era tempo per lavorare. Ero impegnato a lavorare. Poi sono venuti i bambini, gli impegni di lavoro...” (PC, foglio 6); “All'epoca facevo tante cose... [...] c'era tanto lavoro. Questo è il motivo” (AL, foglio 3); “Non è mai stata una mia abitudine. Perché... perché ho una buona memoria. Ho una buona memoria in generale, una buona memoria visiva, una buona memoria uditiva. Per cui io se sono concentrato su una cosa, davvero riesco a ricordare tutto!” (AS, foglio 3); “È una cosa che non ho mai fatto nella vita. Non saprei dire perché... semplicemente, non ci ho mai pensato. Facevo il mio lavoro, e basta. [...] Non c'era bisogno di prendere questo tipo di appunti. Andavo nelle case delle persone tutti i giorni” (AC, fogli 6-7); “Io non sono un matematico, sono uno che deve andare in fondo alle cose e alla gente dico che sono come un commissario: il commissario prima di incriminarti deve avere le prove certe e dunque io, prima di fare una diagnosi, devo essere certo al 100% e se ho un dubbio devo approfondire fino a quando non riesco a risolvere il problema. E quindi senza perdere tempo a scrivere! Se devo perdere tempo, preferisco perderlo a fare le diagnosi. Devo arrivare a risolvere il problema” (VG, foglio 4).

¹⁶⁴ VG, foglio 5.

2.9. A latere: la documentazione fotografica delle interviste

Tre dei medici intervistati – i dottori Calabrese, ancora in attività, e i dottori Trombetta e Potenza, da anni in pensione ma il cui studio è ubicato nelle immediate adiacenze dell’abitazione – hanno tenuto anche ad aprire le porte del proprio ambulatorio, mostrando attrezzi, strumentazioni ed apparecchiature risalenti agli anni di attività come medici condotti, e di tali strumenti è stata fatta una documentazione fotografica, che si è poi arricchita grazie al repertorio di oggetti fornito dal figlio del dottor Lepore, nei giorni successivi all’intervista al proprio padre. Di seguito l’elenco degli strumenti fotografati, tutti risalenti ai decenni Sessanta e/o Settanta dello scorso secolo¹⁶⁵:

- martelletto per riflessi tendinei (dottori Calabrese e Lepore);
- pinze per estrazioni dentarie (dottori Calabrese e Lepore);
- attrezzi per piccoli interventi chirurgici (dottori Trombetta e Lepore)
- stetofonendoscopio in legno per auscultazione fetale (dottori Calabrese e Lepore);
- apparecchio per radiografie (dottor Potenza);
- schermo luminoso per la refertazione di radiografie (dottor Trombetta);
- confezione di seta sterilizzata per suture in tubetti di vetro (dottor Lepore);
- siringhe in vetro (dottori Trombetta e Lepore);
- matita caustica al nitrato d’argento (dottor Lepore);
- scatola in metallo porta aghi (dottori Trombetta e Lepore).

Alla strumentazione tecnica si sono aggiunti alcuni oggetti dal valore per così dire affettivo, come i già menzionati quadri donati da un paziente al dottor Calabrese ed un piccolo teschio in ottone conservato dal dottor Lepore a mo’ di portafortuna, che sulla lucida superficie mostra gli evidenti segni del tempo e dell’uso, sempre tenuto in bella vista – a detta del proprietario – sulla scrivania sin dai primi anni di professione e poi passato in eredità al figlio, anch’egli medico di famiglia.

¹⁶⁵ La maggior parte degli strumenti è visionabile in appendice, nell’Allegato n. 11.

La vasta gamma di “attrezzi del mestiere” conservati dagli intervistati e presentati nel corso dei colloqui documentano nel concreto la tecnologia medica del tempo¹⁶⁶ e costituiscono una galleria di oggetti significativi assimilabili a tanti altri esposti in Italia e all'estero all'interno di collezioni di museologia scientifica, offrendo interessanti spunti di riflessione per approfondire i grandi temi della patologia e della clinica medica dei decenni passati. La panoramica strumentaria emersa nel corso delle interviste, proveniente dalla quotidiana pratica delle condotte, contribuisce inoltre a testimoniare l'ampiezza del raggio d'azione e di intervento del medico condotto, responsabile in maniera completa e totale – verrebbe da dire olistica – della salute e del benessere dei suoi pazienti e compaesani, “un medico del territorio, nel modo più totale e completo”, secondo le significative parole di uno dei medici intervistati:

Quando ebbi il trasferimento a Foggia, una persona mi disse: “Dotto’, perché ve ne andate? Qua state bene... [...] voi qua siete *il* medico”. Mi ricordo questa frase, me la ricordo: “Qua siete *il* medico, quando andrete a Foggia sarete *un* medico... *un* medico!”. Quella persona, semplice, ha detto una grande verità: a Foggia sarei stato un medico tra tanti, mentre nel paese davvero ero un medico del territorio, nel modo più totale e completo, un medico di famiglia.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Molto ampia è la bibliografia in materia della storia dell'evoluzione della strumentazione tecnica connessa al mestiere del medico e del chirurgo. Alla ricca produzione di repertori sette-ottocenteschi, si è affiancata, in tempi più recenti, la pubblicazione di volumi che si propongono di compiere una retrospettiva storica su tale tema, di cui si segnala, a mero titolo di esempio, i seguenti riferimenti: G. L. E. Turner (a cura di), *Storia delle scienze. Vol. 1. Gli strumenti*, Einaudi, Torino 1991; G. Terenna, F. Vannozzi (a cura di), *Strumenti medici dei secoli XVIII-XIX*, Nuova Immagine Editrice, Siena 1997.

¹⁶⁷ AC, foglio 6.

TERZO CAPITOLO

Scrivere da condotto: i diari

3.1. Quando il medico condotto si fa scrittore

Autentica scuola di professione e di vita per i medici che la esercitavano, la condotta rappresentò per decenni in Italia il volto umano della cura, a costante disposizione dei pazienti e dei cittadini. La collocazione geografica del paese sede di lavoro – spesso di piccole dimensioni e mal collegato con i centri abitati di maggiore importanza – e il contesto sociale, economico e culturale – fortemente interrelato all’attività agricola e alla pastorizia cui era dedita la maggior parte degli abitanti – contribuivano di certo a connotare la professione di medico condotto di un’aura quasi leggendaria, tanto nell’idea che del professionista si costruivano i pazienti, quanto nella percezione di sé da parte dello stesso medico. Alle complesse condizioni “esterne” di lavoro andava infatti ad aggiungersi il fatto che la condotta medica venisse solitamente intrapresa in giovane età e nell’immediatezza del conseguimento del titolo di laurea, unitamente all’indispensabile presupposto della residenza del medico (e della sua famiglia) nello stesso paese presso il quale veniva prestata l’opera di cura: tutti aspetti che facevano sì che la condotta lasciasse un segno indelebile nella professionalità, nella vita e nei ricordi del medico.

Non è un caso che il genere diaristico e la memorialistica¹ sembrano essere cari ai medici condotti e spesso praticati, e ne sono testimonianza alcuni volumi, talvolta di pubblicazione postuma², che raccontano fatti di “quotidiana sanità”, piccole storie di vita e di cura, pratiche e abitudini la cui lettura lascia emergere non solo dati ed informazioni di ambito storico-medico, ma anche tematiche e dimensioni semantiche sottese ai testi, che nascono nella soggettività del racconto e consentono inoltre di individuare situazioni e contesti comuni a diversi paesi e a diversi medici.

È tra questi diari che si inseriscono, a pieno titolo, i tre scritti analizzati nell’ambito del presente lavoro di ricerca, accomunati dall’area geografica di pertinenza, quella della Capitanata.

Il primo (dato alle stampe nel 1992 con il titolo “... *perciò, caro dottore, pensaci tu*”. *Aneddoti e fatti curiosi di vita professionale*³) ha per autore uno dei sette medici intervistati, il dottor Pietro Trombetta (1925-2018), medico della mutua e ufficiale sanitario a Cagnano Varano e a Sannicandro Garganico. La singolarità del libro sta nel fatto che i ricordi e gli aneddoti professionali sono puntualmente legati ciascuno ad un differente “bigliettino” scritto a mano da un paziente al medico per ringraziarlo o per segnalargli una particolare situazione clinica, negli anni compresi tra il 1958 e il 1959.

Il secondo diario è quello del dottor Angelo Aulisa (1910-1990), medico condotto sempre sul Gargano, a Monte Sant’Angelo e poi a Manfredonia, autore di un corposo blocco di note e appunti professionali redatti in forma autografa su agende e taccuini, molti dei quali sono confluiti nelle pagine del volume *Note*

¹ La storiografia della scienza dà particolare rilevanza a “diari, giornali, note di laboratorio, taccuini, annotazioni private”, ovvero a fonti scritte collegate con il lavoro scientifico visto come attività intellettuale creativa (cfr. H. Kragh, *Introduzione alla storiografia della scienza*, Zanichelli, Bologna 1990, p. 134).

² Omettendo di citare le numerose pubblicazioni di diari e memorie di medici di famiglia e soffermandosi sugli scritti che hanno come autori medici condotti, si ricordano: A. Saponaro, *Diario di un medico di campagna*, Ceschina, Milano 1961; G. Cernelli, *Ultimo medico condotto*, Edizioni del Centro di Promozione Culturale per il Cilento, Acciaroli 2008; S. Piscaglia, *Ricordi del medico condotto*, Pazzini Editore, Rimini 2010.

³ P. Trombetta, “... *perciò, caro dottore, pensaci tu*”. *Aneddoti e fatti curiosi di vita professionale*, Gioiosa Editrice, San Nicandro Garganico 1992. La fotografia della copertina e di due pagine interne sono visionabili in appendice, nell’Allegato n. 11 (immagini nn. 22 e 23).

*disordinate di un medico*⁴, pubblicato nel 1996, dopo la morte dell'autore, a cura dei figli.

Infine, un altro diario di pubblicazione postuma sempre per mano dei figli, *Memorie dal futuro*⁵, a firma di Pasquale Trecca (1924-2006), medico condotto a Ortona, piccolo centro nella piana del Tavoliere, che già è stato ricordato in questa sede nell'ambito della storia locale e nazionale del sindacalismo e dell'associazionismo della condotta medica.

A dare spessore di testimonianza al vissuto professionale dei tre medici è stata dunque l'abitudine di appuntare in ordine sparso ricordi, aneddoti ed episodi, la cui lettura offre oggi la possibilità, a decenni di distanza dai fatti narrati, di studiare i luoghi, le occasioni e i modi della pratica della condotta medica e di conoscere il tessuto sociale e culturale che fa da sfondo all'agire dei professionisti. Il tratto distintivo degli scritti è la forma in un certo senso diaristica, una raccolta di storie inerenti la vita lavorativa, narrate senza indicazione di date e senza necessità di ordine cronologico, che gli autori hanno messo su carta con il chiaro intento di raccontarsi nella loro professione di medico, nel contesto di piccoli centri ad economia rurale nei due decenni successivi alla Seconda Guerra Mondiale.

L'analisi degli scritti si è posta l'obiettivo di ricavare dati sulla tipologia di malattie citate e, ove possibile, sugli strumenti adoperati e sulle indicazioni terapeutiche e farmacologiche prescritte dal medico, e si è cercato di esaminare il contenuto dei tre "diari" anche in riferimento alle dinamiche di relazione tra medico e paziente e all'importanza, per la voce narrante, del racconto della propria vita professionale.

È significativo sottolineare che tutti e tre i diari sono stati redatti quando il medico-scrittore era già collocato a riposo, e i fatti sono dunque raccontati non in presa diretta, ma a distanza di diversi anni. Se l'obiettivo principale dell'analisi dei diari è quello, come già esplicitato, di ricavare informazioni di natura storico-

⁴ A. Aulisa, *Note disordinate di un medico*, Centrografico Francescano, Foggia 1996. La fotografia della copertina del volume stampato e del materiale autografo del dottor Aulisa sono esposte nell'Allegato n. 11 (immagini nn. 24 e 25).

⁵ P. Trecca, *Memorie dal futuro*, cit.. La copertina del volume è visibile nell'Allegato n. 11 (immagine n. 26).

clinica, le singole testimonianze, con i loro riferimenti spesso molto circostanziati a luoghi geografici e topografici, date e periodi, persone o intere famiglie, sono da leggere con le dovute cautele connesse al tempo spesso pluridecennale intercorso tra lo svolgimento degli eventi e l'operazione di racconto in forma scritta. Alle possibili distorsioni dovute allo scarto temporale tra azione e narrazione della stessa, è da aggiungere la doverosa considerazione del carattere autobiografico degli scritti e quindi la coincidenza in una stessa figura – quella del medico/scrittore – del soggetto agente e narrante la storia⁶.

L'agire e lo scrivere dei tre medici autori dei diari consentono dunque di tratteggiare a tinte vivide e chiare una sorta di "idealtipo" dei tanti altri medici condotti a loro coevi, dando pregnanza di testimonianza e fonte storica ai loro appunti e alle molteplici e variegate storie di lavoro e di vita da loro narrate.

Per ciascuno dei tre diari esaminati⁷, presentati con un ordine che tiene conto dell'anno di pubblicazione, viene di seguito proposta la ricostruzione del profilo biografico dell'autore e una panoramica delle informazioni desumibili dalla lettura dello scritto.

3.2. Il diario del dottor Pietro Trombetta: il gusto degli "aneddoti e dei fatti curiosi"

Del dottor Trombetta si è già più volte parlato, nell'ambito del presente lavoro di tesi, riportando stralci dell'intervista sulla sua esperienza professionale

⁶ Per quel che riguarda il tema della soggettività della voce narrante, cfr. L. Passerini, *Storia e soggettività. Le fonti orali, la memoria*, La Nuova Italia, Firenze 1988, p. 226. Il discorso è riferito alle testimonianze orali, ma è facilmente allargabile anche al campo delle fonti scritte a carattere memorialistico e diaristico, quali quelle in oggetto.

⁷ Anche per le citazioni estratte dai diari, come per già per le interviste, verrà utilizzato un sistema di abbreviazioni secondo l'elenco che segue:

- PTro (diario del dottor Pietro Trombetta, pubblicato nel 1992 con il titolo "... perciò, caro dottore, pensaci tu". *Aneddoti e fatti curiosi di vita professionale*);
- AA (diario del dottor Angelo Aulisa, pubblicato postumo nel 1996, a cura dei figli dell'autore, con il titolo *Note disordinate di un medico*);
- PTre (diario del dottor Pasquale Trecca, pubblicato postumo nel 2006, a cura dei figli dell'autore, con il titolo *Memorie dal futuro*).

Ogni sigla sarà seguita dall'indicazione del numero delle pagine da cui è estrapolato il riferimento bibliografico.

nei paesi di Cagnano Varano e Sannicandro Garganico e sottolineando l'abitudine alla pratica della scrittura diaristica, definita dal medico nei termini di una sentita passione.

Fonte privilegiata per la ricostruzione delle vicende biografiche di Pietro Trombetta è un plico dattiloscritto⁸ che doveva costituire la minuta per un libro mai pubblicato dal titolo "Io, malato sì, famoso no", una "autobiopatografia di me stesso", come la definisce il medico, ovvero una storia cronologica degli eventi biografici e delle malattie occorse all'autore nei suoi primi quaranta anni di vita.

Pietro Trombetta nacque a San Marco in Lamis il 20 aprile 1925, secondo di otto figli, dal padre Agostino, notaio e possidente terriero, originario di Cagnano Varano, e dalla madre Barbara La Selva, figlia del farmacista del paese. Le pagine relative ai ricordi dei primi anni di vita ricostruiscono un'infanzia ed un'adolescenza serene, trascorse per lo più a Cagnano tranne che nei mesi estivi, quando il pericolo della malaria particolarmente diffusa nel vicino lago di Varano convinceva tutta la famiglia a trasferirsi nella più fresca e salubre San Marco:

Cagnano si trova a pochi chilometri dal lago Varano, zona allora paludosa, per cui c'erano moltissime zanzare allora responsabili della "malaria", una malattia infettiva molto frequente e pericolosa, perché facilmente diventava cronica e soprattutto perché una delle sue forme più gravi dava spesso delle convulsioni tonico-cloniche abbastanza pericolose, perché, se non si interveniva subito con una iniezione intramuscolare di chinino, c'era pericolo di morte. [...] Cagnano è stata una zona dove la malaria era endemica ed erano molti i cagnanesi affetti da malaria cronica. Pure alcuni di noi, da bambini, ci ammalammo di malaria nella sua forma acuta e qualcuno, come ben ricordo, ebbe pure qualche attacco di malaria pernicioso con convulsioni. Fortunatamente nel 1944, durante la seconda guerra mondiale, i soldati americani fecero la disinfestazione totale della zona col famoso e veramente miracoloso DDT, per cui le zanzare scomparvero e non si ebbero più casi di malaria. Tanto è vero che nei primi anni 50, negli anni in cui esercitai la

⁸ Il plico è stato consegnato dal medico all'intervistatrice nel corso del colloquio e consiste in 23 pagine dattiloscritte e corrette in alcuni punti a penna dallo stesso autore (Allegato n. 11, immagine n. 24).

professione medica a Cagnano, non vidi mai un caso di febbre malarica acuta, tranne i vecchi casi di malaria cronica.⁹

Gli anni degli studi scolastici videro il giovane Pietro riuscire a venir fuori da un serio attacco di tifo addominale, mentre era iscritto alle classi ginnasiali a San Marco in Lamis. Il successivo triennio di studi liceali fu trascorso prima da pendolare a San Severo e poi in convitto a Lucera, nel pieno della seconda guerra mondiale, fino al conseguimento della maturità classica nel 1943 e all'iscrizione alla facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Bari, “la sede più vicina e facilmente raggiungibile”¹⁰ nel confuso e concitato periodo dell'armistizio. Gli anni degli studi universitari furono poi proseguiti, a guerra finita, presso Napoli, come era tradizione per i giovani studenti di medicina del Mezzogiorno d'Italia, ma il titolo di Dottore in Medicina e chirurgia fu conseguito il 9 marzo 1953 presso l'Università di Sassari, con una tesi di laurea in Clinica delle malattie nervose e mentali dal titolo “Identificazione di tracce del conduttore nelle lesioni cutanee da corrente elettrica”¹¹.

Già dal mese di aprile dello stesso anno, espletata la necessaria pratica dell'iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi della provincia di Foggia – in quegli anni era ancora sospeso l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione – e rientrato nella città natale di Cagnano, Trombetta attrezzò un ambulatorio al primo piano della sua abitazione e cominciò a lavorare come medico libero esercente, affiancando a tale attività l'incarico di ufficiale sanitario, che in quel periodo era vacante. Come egli stesso racconta nella propria

⁹ La citazione è tratta dall'autobiografia dattiloscritta del dottor Trombetta (pp. 4-5). Per una retrospettiva storica sull'incidenza della malaria a Cagnano e, più in generale, nella provincia di Foggia, si consultino: G. Pescione, *La malaria nella Capitanata*, Tipografia Pestocchi, Foggia 1888; M. Polignone, *La lotta contro la malaria. Malaria e profilassi chimica in Cagnano Varano. Campagna 1904-1905-1906*, Tipografia Dotoli, San Severo 1907; G. Colacicco, *La malaria e gli aspetti della bonifica idraulica del Tavoliere. Relazione letta il 6 febbraio 1945 dal Direttore generale al Comitato antimalarico della provincia di Foggia*, Tipografia Catapano, Lucera 1945; Consorzio per la Bonifica di Capitanata, *Cinquant'anni di bonifica nel Tavoliere*, Bastogi, Foggia 1984. Una curiosità da segnalare: il Michele Polignone autore del secondo riferimento bibliografico tra quelli appena citati era il medico di famiglia del dottor Trombetta bambino, più volte ricordato nella sua autobiografia.

¹⁰ La citazione è tratta dall'autobiografia (p. 10).

¹¹ Si veda il dattiloscritto di Trombetta (pp. 12-13), dove il medico tiene anche a sottolineare che “anche se ho frequentato ben tre sedi universitarie, mi sono sempre ritenuto uno uscito dalla Scuola napoletana, non solo perché è lì che ho frequentato tutte le patologie e le cliniche importanti, ma anche perché vi ho avuto docenti bravissimi e famosi” (p. 13).

autobiografia, era solito “trascorrere parecchie ore della mattinata in ufficio ad espletare tutte le relative funzioni, recar[s]i al mattatoio comunale per esaminare le carni macellate, ispezionare gli esercizi di generi alimentari, vedere se i funghi da mettere in vendita erano eduli o velenosi”¹². Già nel 1956, però, per compiacere la fidanzata Iolanda¹³, originaria di Sannicandro Garganico, il dottor Trombetta trasferì nel vicino paese la propria residenza e lo studio, provvedendo ad iscriversi all’Inam come medico generico mutualista, professione che esercitò fino al giorno della pensione, il 31 marzo 1992, in affiancamento ad incarichi in qualità di medico scolastico e medico sportivo.

Pietro Trombetta morì a Sannicandro il 29 aprile 2018, all’età di 93 anni appena compiuti, per le conseguenze di una caduta dalle scale.

La raccolta di “aneddoti e fatti professionali” pubblicata dallo stesso medico nel 1992, nei mesi immediatamente successivi alla pensione, trae ispirazione dalla

abitudine che, verso gli anni sessanta, avevano preso i clienti, di comunicare i loro disturbi o di fare richiesta di farmaci a mezzo dei bigliettini, scritti di loro pugno e fatti recapitare al medico tramite un loro familiare. [...] Se l’interessato non poteva venire nell’ambulatorio, ricorreva al bigliettino oppure mandava lo scatolo vuoto della medicina, su cui aveva segnato a penna la malattia cui serviva quel farmaco.¹⁴

Con una dedizione che di certo ha dell’affettuoso e, in un certo senso, anche del divertito e compiaciuto, il dottor Trombetta raccolse per anni buona parte dei bigliettini scritti a mano dai suoi pazienti, conservandoli in scatola, fino al

¹² Dal plico dattiloscritto (p. 15).

¹³ La signora Iolanda Vocino sarebbe divenuta la moglie di Pietro Trombetta nel 1957 e dal matrimonio sarebbero nati poi tre figli, Agostino, Giacomo e Mariadele. Nel raccontare all’interno della propria autobiografia della prima gravidanza della moglie, Trombetta riferisce di una pratica, oggi non più in uso ma allora ampiamente utilizzata per accertare appunto l’avvenuta fecondazione: “A quell’epoca non si faceva la ‘gravindex’, esame oggi di larga diffusione, ma si faceva la ‘Galli-Mainini’, che consisteva nell’iniettare un po’ di urina nella vena del padiglione auricolare di una coniglia impubere, che dopo qualche giorno veniva ammazzata per vedere se le sue ovaie si erano ingrandite. Cosa che subito ci precipitammo a fare: comprammo la coniglia e, assieme, ad un campione dell’orine, la portammo all’Istituto Zooprofilattico Provinciale di Foggia, dove fecero l’analisi” (p. 21). È interessante notare che la stessa prassi diagnostica è ricordata nelle pagine del diario del dottor Trecca, a proposito di una gravidanza extrauterina in cui incorse la moglie e appurata appunto attraverso “una prova di gravidanza su una coniglia, toccasana diagnostico dell’epoca” (PTre, p. 77).

¹⁴ PTro, p. 9.

momento in cui prese la decisione di farne un libro di ricordi professionali, che ha per titolo una frase fra le tante estrapolate dai biglietti, quel "... perciò, caro dottore, pensaci tu" che in poche parole condensa il senso di un totale affidarsi al medico.

I biglietti, riproposti nelle pagine del libro per mezzo di fotografie, raccontano di uomini e donne dal livello culturale certo non elevato, pieni come sono di errori ortografici, e sono intervallati da brevi paragrafi dedicati ciascuno ad un aneddoto, un fatto tratto dalla storia lavorativa del dottor Trombetta, che si fa testimonianza in un certo modo storica della caratterizzazione sociale, economica e culturale di un intero ventennio.

Si pensi, ad esempio, alla vicenda della bambina ricorsa alle cure del medico per i forti dolori avvertiti ad un orecchio e che, visitata con l'ausilio di uno speculum frontale, aveva all'interno del condotto uditivo due lunghi vermi biancastri di quelli "che un tempo si osservavano frequentemente mischiati ai chicchi di grano, quando esso veniva trebbiato molto empiricamente sull'aia con l'ausilio di un cavallo"¹⁵; oppure, l'uomo che presentava una estesa ferita lacero-contusa del cuoio capelluto conseguenza di una brutta rissa, che il medico dovette suturare¹⁶; o ancora, il frequente insorgere di malattie da raffreddamento e in particolare di tossi e bronchiti, ricordate in più di una pagina, a testimonianza non tanto e non solo della rigidità delle temperature invernali, quanto dell'opportunità di un più efficace riscaldamento all'interno delle abitazioni¹⁷.

Il panorama di patologie nominate all'interno del volume rimanda a quella che si potrebbe considerare l'ordinaria amministrazione di uno studio di medicina generale. Si dà dunque notizia di casi di tonsillite¹⁸, tosse, raffreddore, bronchite, influenza, incontinenza urinaria, rinite crostosa, prurito vulvare, vaginite, cistite, artrite, dispnea, colite e poi, meno frequentemente, si registrano richieste di esami

¹⁵ PTro, p. 4.

¹⁶ PTro, p. 5.

¹⁷ È quanto si racconta ad esempio nel paragrafo intitolato "Il sacco di carbonella" (PTro, pp. 6-7). I riferimenti a patologie acute dell'apparato respiratorio sono però sparsi in tutto il volume, tanto all'interno dei bigliettini a firma dei pazienti, quanto nei racconti del medico.

¹⁸ Nel paragrafo intitolato "La malattia del... sonno", Pietro Trombetta ricorda che "un giorno, tanti anni fa, visitai nel suo domicilio una giovanetta affetta da febbri alte dovute ad una tonsillite follicolare. In quel tempo, in tali casi si era soliti ricorrere, come rimedio farmacologico, alla 'tetraciclina' ed io le prescrissi una compressa di Megaclor ogni sei ore" (PTro, p. 35).

di laboratorio o di visite specialistiche, nonché patologie a carattere acuto di maggiore serietà, come nel caso di un infarto acuto del miocardio e di un ictus cerebrale.

La preziosità del volume a firma di Trombetta sta di certo nella ricca documentazione relativa alle richieste di medicinali da parte dei pazienti, puntualmente corredata delle specifiche denominazioni commerciali, in misura tale da costituire un ampio repertorio della farmacologia in uso nei decenni Sessanta e Settanta dello scorso secolo. Evitando di riportare pedissequamente in questa sede il lungo elenco di farmaci desumibile dalle pagine del libro di Trombetta¹⁹, si può evidenziare il largo utilizzo di fiale e sciroppi ricostituenti prescritti a bambini e anziani, l'ampio ricorso a purghe lassative e a pomate di varia indicazione (contro il prurito, per fare un esempio) e la frequenza della prescrizione di penicillina²⁰.

La storia biografica e professionale del dottor Trombetta, coinvolto nella presente indagine sia in qualità di intervistato che di autore di uno dei diari esaminati, ha dunque un indiscutibile valore documentario per quel che concerne le prescrizioni farmacologiche dell'epoca di riferimento, con le relative indicazioni e posologie e riesce inoltre a garantire una concreta riprova della rilevanza del racconto autobiografico in forma scritta.

3.3. Il diario del dottor Angelo Aulisa: l'immediatezza delle “note disordinate”

¹⁹ Si ritiene opportuno citare il solo sciroppo Terpina, nominato due volte da Trombetta (PTro, pp. 11 e 60), che come si ricorderà è stato menzionato anche durante l'intervista al dottor Calabrese (PC, foglio 5).

²⁰ Qualche caso tra i tanti riscontrabili nelle pagine del libro di Trombetta: la bottiglia e la scatola “di rinforzo” richieste da due pazienti (PTro, pp. 13 e 25), la “bottiglietta di purga per darcela un po [sic] alla volta” ad una bambina (PTro, p. 44), la pomata antiemorroidaria Manzan (PTro, p. 14) ed un'altra pomata che possa invece curare uno “sfuogo nel naso” (PTro, p. 11), la penicillina in polvere o in fiale da iniettare (PTro, pp. 39, 44, 49).

Angelo Gabriele Aulisa²¹ nacque il 12 febbraio 1910 a Monte Sant'Angelo, in provincia di Foggia, ultimo di undici figli. Il padre Lorenzo era un commerciante di tessuti proveniente da Bagnoli Irpino e, dopo aver conosciuto e sposato la montesantangelese Pasqua Rinaldi, fece del promontorio del Gargano e del paese noto per la sacra grotta di San Michele Arcangelo la propria terra di adozione.

Gli studi ginnasiali videro il giovane Angelo in convitto a Napoli, secondo una pratica diffusa per i figli della borghesia pugliese ancora fino alla metà del Novecento. Dopo tre anni trascorsi nell'Istituto Salesiano Sacro Cuore di Gesù al Vomero, al compimento dei quattordici anni lo studente fu accolto presso il Collegio Militare della Nunziatella. Nel capoluogo campano Aulisa proseguiva i suoi studi, iscrivendosi all'allora Regia Università di Napoli, dove il 7 novembre 1935, a venticinque anni, conseguì la laurea in Medicina e chirurgia.

Nel 1937 venne nominato ufficiale sanitario e medico *ad interim* del suo paese nativo²². Ebbe così inizio la sua esperienza nella medicina “del territorio”, per usare un termine di maggiore attualità, interrotta da una importante parentesi professionale, l'internato presso il neonato Ospedale di Maternità di Foggia, inaugurato nel centro storico della città capoluogo di provincia nel maggio del 1936 e fondato e guidato dal primario prof. Amilcare Volpe. In quella stessa struttura il 19 gennaio 1940 Aulisa venne assunto in via provvisoria come assistente²³, esperienza intensa e carica di soddisfazioni per il medico, che fu però di breve durata: dal 1 febbraio 1942²⁴, Aulisa decise di fare definitivo ritorno al proprio paese e alla condotta medica, probabilmente mosso dal desiderio di una collocazione lavorativa più vicina ai suoi affetti, cui di lì a poco si sarebbe aggiunta la moglie Raffaella D'Errico, sposata il 19 dicembre dello stesso anno.

Quei primi tempi di attività professionale a Monte Sant'Angelo e a Foggia non furono continuativi, ma ebbero numerose interruzioni in periodo di guerra, a

²¹ Le notizie biografiche su Angelo Aulisa sono state raccolte, ove non diversamente specificato, attraverso un'intervista alla figlia Michela; unica fonte documentaria è la pergamena della laurea in Medicina e chirurgia presso la Regia Università di Napoli, datata 7 novembre 1935.

²² AA, p. 49.

²³ A tal proposito, si veda: G. Rinaldi, *Op. cit.*, pp. 51 e 99.

²⁴ AA, p. 27.

causa delle ineludibili chiamate alle armi. Per il servizio di prima nomina, Aulisa fu assegnato a Fortezza, località nei pressi del Brennero, dove tra l'altro visse anche l'esperienza del ricovero nell'ospedale da campo per un ematoma da frattura del capitello tibiale; nel 1942 fu invece Ufficiale Medico del 52esimo Gruppo Artiglieria contraerei scorta-convoglio di stanza a Brindisi; all'indomani dell'armistizio del settembre 1943, fu trasferito a Mesagne, dove diresse il locale Ospedale Militare²⁵.

Nel corso degli anni Quaranta gli fu affidata anche la gestione del servizio di pronto soccorso per conto dell'Inail, sempre nel comune di Monte Sant'Angelo²⁶. Nel 1952, il trasferimento definitivo a Manfredonia, cittadina di pescatori di più ampie dimensioni, affacciata sul Golfo omonimo, dove assunse l'incarico di primo medico della locale sezione territoriale Inam, ruolo che mantenne fino al pensionamento, avvenuto nel 1972.

Il 29 luglio 1990, sempre a Manfredonia, Angelo Aulisa morì per le conseguenze di un enfisema polmonare di cui soffriva da diversi anni.

Il corpo di scritti e memorie a firma del dottor Aulisa comprende sessantatré racconti, confluiti nel succitato libro *Note disordinate di un medico*, ma all'incirca venti altre storie restano in forma di appunti, leggibili direttamente dalla mano dell'autore su un block-notes e su una agenda.

Il luogo più "visitato" nella narrazione degli eventi professionali è il paese di Monte Sant'Angelo, nel cuore dell'aspro promontorio del Gargano, a 796 metri sul livello del mare, dove il dottor Aulisa esercitò, come già detto, l'incarico di ufficiale sanitario e di medico condotto dal 1937 al 1952, un "paese di montagna, di oltre 20.000 anime con strade simili a montagne russe, [che] non incoraggiava una clientela sparsa su tutto l'abitato"²⁷ e che condivideva con tanta altra parte di Italia di quei difficili anni "l'immensa miseria, lo stato di semi-schiavitù dei lavoratori dell'agricoltura, la pochezza dell'intervento sanitario dello Stato e dei Comuni"²⁸.

²⁵ I riferimenti alle tre esperienze nell'esercito sono nell'ordine in: AA, pp. 77, 63-75, 61.

²⁶ AA, p. 56.

²⁷ AA, p. 5.

²⁸ AA, p. 54.

Se Monte Sant'Angelo è *setting* privilegiato della narrazione, non mancano però scenari diversi, che ampliano i confini della mappa geografica dei ricordi: il paesino di Mattinata, più a ridosso del mare, dove spesso Aulisa veniva chiamato ad intervenire in collaborazione con il locale medico condotto, soprattutto in casi di urgenze legate a gravidanze e travagli; la frazione di Macchia, un aggregato di case e poderi di pertinenza del comune di Monte Sant'Angelo; la vicina Siponto e la colonia estiva infantile lì ubicata, cui era da assicurare il servizio sanitario; la città di Napoli, sede degli studi universitari e sfondo dell'obbligato rapporto con il fascismo; le ambientazioni "da campo", le varie Fortezza, Brindisi e Mesagne dove il medico visse l'esperienza militare come ufficiale medico negli eventi che precedettero e seguirono l'armistizio; e poi Manfredonia, ai piedi del Gargano, la città sul mare che vide il dottore trasferirsi all'inizio degli anni Cinquanta ed optare per una professione – quella di medico Inam – dai ritmi più distesi e cadenzati, di cui sono pure frequenti i racconti e le testimonianze nel *corpus* di scritti. La narrazione rende dunque fede alle diversificate esperienze professionali del dottor Aulisa, che tra il divertito e il compiaciuto ebbe a definirsi un medico "sempre irrequieto: ho fatto l'ufficiale sanitario, il medico condotto, l'assistente in maternità, il medico funzionario dell'Inam"²⁹.

Diverse le prospettive di lettura e di analisi cui possono essere sottoposti i racconti di Angelo Aulisa: è possibile ad esempio estrapolare dati quantitativi sulla tipologia di malattie citate, sugli strumenti adoperati e sulle indicazioni terapeutiche e farmacologiche prescritte dal medico. In tal senso, si offre in questa sede un elenco assolutamente non esaustivo delle patologie e delle situazioni che richiesero l'intervento del narratore, citate nella maggior parte dei casi con la precisione del lessico specifico, in altri – numericamente inferiori – lasciandosi andare a termini meno tecnici ma in ogni caso di chiara identificazione: linfoadenite inguinale acuta, empiema, congestione, avvelenamento da acqua ragia, flemmone, ferite da taglio conseguenti ad incidenti sul lavoro nei campi, pustola carbonchiosa, pleurite essudativa di natura tubercolare, carcinoma del

²⁹ La citazione è tratta dagli appunti autografi di Angelo Aulisa, alla pagina del 12 marzo della sua agenda.

colon, broncopolmonite. Aulisa rammenta anche l'accertamento di alcuni casi di vaiolo³⁰ a Napoli o a Taranto, che rese necessaria una nuova campagna di vaccinazioni antivaiolo e il relativo "giro del paese", vaccino somministrato, a detta dell'autore, praticando una sola scarificazione e non quella cosiddetta "a griglia"³¹, cui Aulisa imputava l'esteso segno cicatriziale che di solito restava indelebile sulla pelle del vaccinato.

Una riflessione a sé meritano i numerosi casi di intervento per questioni di natura ginecologica od ostetrica, lascito degli anni di lavoro presso l'Ospedale della Maternità di Foggia³², che fecero sì che ad Aulisa si rivolgessero donne anche dei paesi limitrofi, spesso su chiamata di altri colleghi medici. I parti avvenivano nella totalità delle situazioni presso le abitazioni – "A quell'epoca c'era mancanza di posti letto in ospedale e la norma ammetteva il ricovero solo per parti distocici"³³ – alla presenza della levatrice, con tempi di intervento notevolmente lunghi. I racconti riportano casi di parto distocico, aborto al terzo mese di gravidanza, parto di feto morto, parto di feto ciclopico, eclampsia in travaglio da parto, minacce d'aborto. "Ho esercitato l'ostetricia – spiega l'autore – ma la mia passione era la medicina generale e la chirurgia del medico pratico. Nel trasferirmi a Manfredonia [...] subii una mutazione, io ero l'ostetrico. Col tempo riacquistai la qualifica di medico, ma solo col tempo"³⁴. E nella città residenza della seconda parte della sua vita, Angelo Aulisa riferisce anche di essersi dedicato ad un'attività di proporzioni numeriche da lui definite "modeste", il trattamento dei difetti della migrazione spermatica, con risultati soddisfacenti in termini di successo delle cure³⁵.

³⁰ A proposito dell'incidenza del vaiolo nella provincia di Foggia, si consultino i seguenti riferimenti bibliografici: L. della Martora, *Scarlantina, Vaiuolo, Morbillo*, in "Bollettino medico-chirurgico del Comitato di Foggia", II, 1876, 6, pp. 121-139; L. Pellegrino, *La sanità in Capitanata nel Decennio francese*, in: Società di Storia patria per la Puglia (a cura di), "Archivio Storico Pugliese", LVII, 2009, pp. 151-171.

³¹ AA, p. 51.

³² In uno dei racconti, Aulisa descrive gli eventi di una afosa giornata di lavoro presso l'Ospedale di Maternità di Foggia (AA, p. 125).

³³ AA, p. 97.

³⁴ AA, p. 95.

³⁵ AA, p. 93.

Tra gli episodi di intervento ostetrico narrati da Aulisa, spicca il caso di una “grave metrorragia” che aveva creato il panico nella levatrice venuta a soccorrere una giovane donna e da qui la chiamata d’urgenza al medico condotto:

La poveretta [la levatrice] ricordava l’equazione placenta previa = ospedalizzazione. Le mancava quel senso critico che, spesso, permette di salvare il medico che lo possiede. La distanza dall’ospedale, la scarsa possibilità di trasporto, le condizioni della donna erano elementi che sfuggivano alla levatrice. Disgraziatamente, come sempre in medicina in numerose circostanze, gli schemi crollano sotto la pressione dei fatti.³⁶

Così l’autore descrive il quadro clinico che gli si presentò agli occhi: “La donna in preda ad anemia acutissima presentava pallore estremo della cute e delle mucose, naso affilato, occhi cerchiati, tachicardia, dispnea”. Poi il disperato tentativo di “effettuare il secondamento manuale” e il venir meno della paziente, tanto da pensare che fosse morta. Qualche istante dopo, all’improvviso, la sensazione che ci fosse un lieve movimento di palpebra e il riaccendersi delle speranze. Seguirono istanti concitati: “Infitto un ago nel cuore, stetti ad aspettare. [...] L’ago oscillò lievemente. Iniettai adrenalina, iniettai, iniettai, non ricordo più che cosa. [...] Il giorno dopo temperatura altissima, polso filiforme, aspetto spettrale” e quindi la lenta ripresa.

In alcuni scritti è possibile ravvisare informazioni connesse alla strumentazione di cui si avvaleva il medico per gli interventi di piccola e media chirurgia che lo vedevano protagonista. Raccontando ad esempio dell’asportazione di un gastrocnemio necrotico dalla gamba di un’anziana donna, l’autore scrive che gli fu concesso “un solo catino d’acqua per lavarmi le mani” e che “per l’acquisto dell’etere, dell’alcool, della garza, del cotone idrofilo, della tintura di iodio, del catgut dovetti provvedere di tasca mia; importo 850 lire”³⁷. Altrove Aulisa fa

³⁶ Questa citazione e le successive sono tratte dal racconto dell’episodio in forma autografa nelle pagine comprese tra il 7 e l’11 marzo dell’agenda di Aulisa.

³⁷ AA, p. 26.

riferimento al contenuto della sua valigetta dei ferri ostetrici e nomina due strumenti, il craniotomo e il cranioclaste³⁸.

A complicare la pratica medica di quegli anni era anche la ristrettezza dei farmaci a disposizione, di cui si avvertiva l'esiguità soprattutto nei casi a carattere d'urgenza, quando erano più serrati e confusi tempi e modi per ponderare il da farsi:

I medicinali erano quelli che erano, la maggior parte galenici e gli ospedali esistevano, per alcune zone come la mia, allo stato embrionale. Le specialità si potevano contare con le dita di una sola mano, i galenici non erano preconfezionati, e per quanto uno avesse in mente lo schema della posologia per età e per peso, la grave preoccupazione per la ricetta rimaneva.³⁹

In alcuni racconti viene fatto esplicito riferimento ad indicazioni terapeutiche particolarmente in voga nel periodo a cavallo tra il finire dell'Ottocento e i primi anni del Novecento, modalità curative cui ricorrevano con facilità i medici della generazione precedente a quella di Aulisa e che l'autore tendeva invece a sconfessare. È il caso della "viscerale", ossia di un "quadro nosologico rapportabile all'enterite o all'infezione tifoidea"⁴⁰, che in quegli anni si era soliti curare con una terapia prevalentemente dietetica a base di latte; altro esempio, quello della pustola carbonchiosa, trattata a quei tempi per mezzo di cauterizzazione con ferro rovente e che invece, secondo i protocolli aggiornati che Aulisa aveva appreso all'università partenopea, era da aggredire più efficacemente mediante iniezione di siero anticarbonchioso, procedimento che Aulisa attuò con un paziente, davanti ad un anziano collega allibito, e che gli valse la grande soddisfazione "di aver bandito, con un atto di coraggio, il medioevale sistema di cauterizzare le pustole col ferro rovente"⁴¹.

Il fitto narrare di Angelo Aulisa permette di tratteggiare un ritratto a tutto tondo del medico condotto e dello svolgersi di una tipica giornata di lavoro. La

³⁸ AA, p. 102.

³⁹ AA, p. 13.

⁴⁰ AA, p. 18.

⁴¹ AA, pp. 81-82.

richiesta di intervento veniva solitamente fatta da un familiare del paziente o dell'incidentato che si recava direttamente alla porta dell'ambulatorio o all'abitazione del medico in qualsiasi orario e l'arrivo era preannunciato da “un busso interminabile”⁴² o da un “trillo prolungato del campanello”⁴³: “Avrete notato che i miei episodi cominciano sempre con: ‘Un mattino mi si presentò in ambulatorio’. Le visite e le chiamate non potevano avvenire che in ambulatorio, poiché non sarebbe stato possibile avere le richieste per telefono per la semplice ragione che il telefono, a quel tempo, non esisteva al mio paese, nelle case private”⁴⁴.

Frequentemente l'intervento era espletato presso il domicilio del paziente, che veniva raggiunto dal medico e dal suo accompagnatore a piedi o talvolta in sella ad un mulo, qualche volta scortati anche dallo “speziale”, ovvero il farmacista del vicino paese di Mattinata, che si prestava a fare da ferrista e da aiuto al medico. Il giro delle visite domiciliari aveva inizio molto presto, già alle otto del mattino⁴⁵.

Il paese sede di lavoro dell'autore, con l'ambulatorio e l'apparato di strumentazioni, l'abitazione del dottore e della sua famiglia, visitata dai pazienti al pari dello studio medico, la piazza, le strette strade del centro storico, la chiesa madre, il bar o il circolo che facevano da luogo di ritrovo, e poi le case dei paesani dove il medico si recava per effettuare le visite domiciliari, case cui viene dato nei diari il risalto di un'attenta e precisa descrizione, ogni dettaglio topografico dà prova di un sostrato economico a vocazione rurale, agricola e pastorale, e di un contesto di vita non sempre facile, a fronte però della vivace ricchezza della fitta rete di rapporti sociali che solitamente caratterizza la comunità di abitanti di un piccolo centro⁴⁶. Alle abitazioni dei paesani viene dato spesso il risalto di un'attenta e dettagliata descrizione: una visita d'urgenza fu svolta ad esempio presso “un'abitazione costituita da un solo vano, sotto il livello stradale. Due letti, un tavolo, un cassetto, una madia ed una piccola cucina, ricavata nello spessore

⁴² AA, p. 27.

⁴³ AA, p. 52.

⁴⁴ AA, p. 46.

⁴⁵ AA, p. 42.

⁴⁶ A tale proposito, si veda il capitolo dedicato alla dimensione della società, e dei rapporti interagenti tra individuo e comunità cittadina, in: F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia e didattica*, Editori Laterza, Roma-Bari 2013, pp. 188-196.

di un muro, un vaso accuratamente occultato costituivano l'arredamento e i servizi"⁴⁷; in altra occasione il medico si recò in "una casa 3,50 x 4,50 circa, piena di acre fumo che proveniva da un caminetto per il cattivo funzionamento del tiraggio e per la qualità del legno, legno verde [...] un letto basso, costituito da un materasso di paglia, posto su delle tavole sostenute da trepiedi in ferro"⁴⁸ e gli esempi potrebbero continuare.

Gli interventi a domicilio duravano spesso diverse ore, a causa dei lunghi tempi di preparazione e perché occorreva disinfettare tutti gli attrezzi e, nel caso dei travagli, anche la biancheria e poi "attendere il momento opportuno"⁴⁹, con l'ingombrante presenza dei parenti del malato e a volte anche sotto lo sguardo di curiosi provenienti dalle abitazioni del vicinato. L'ospedalizzazione era una soluzione cui si ricorreva con estrema rarità e in genere veniva rifiutata dagli stessi pazienti, per motivazioni legate ai costi di degenza e alla difficoltà di raggiungimento della casa di cura.

Tra le persone con cui più aveva a che fare il medico condotto, oltre al già ricordato "speciale", sono da citare il maresciallo dei carabinieri e il pretore, dai quali provenivano richieste di visite mediche a carattere legale, come nel caso del ritrovamento del cadavere di un neonato sepolto in un campo a Macchia, con conseguente visita a una giovane donna, sospettata dell'infanticidio, per accertare se avesse o meno partorito di recente⁵⁰.

Un evento che scosse profondamente l'autore fu quello legato a un nubifragio che si abbatté sulla campagna di Macchia il 26 luglio 1951:

Sembrava che le acque del mare fossero state sollevate e poi lasciate cadere. I danni alla campagna di Macchia incalcolabili. Alcuni uliveti scomparsi. I tronchi di secolari alberi trasportati a mare. Una casa colonica abbattuta. Un padre ed una madre si videro trascinare via i tre figlioli. Il mare impietrito ingoiò tutto: tronchi d'alberi, massi a volte enormi e quelle tre fragili creature. I genitori, sbattuti contro alcuni alberi, riuscirono a salvarsi. I loro corpi erano

⁴⁷ AA, p. 11.

⁴⁸ AA, p. 27.

⁴⁹ AA, p. 126.

⁵⁰ AA, p. 39.

un ammasso di lesioni. Era luglio, tempo di vacanze. [...] I poveri coniugi, flagellati, chiesero di essere curati da me. La sola medicatura per quei due disgraziati, mi portò via alcune ore.⁵¹

E le visite domiciliari per le pratiche di “medicatura” ai due “sinistrati” si susseguirono regolari per diversi giorni.

Il corpo di scritti lascia così emergere il profilo di un medico che visse sul campo la prima intensa stagione della propria attività lavorativa, in un periodo storico travagliato e nel complesso contesto geografico e socio-economico di un paesino di pastori e contadini del Gargano.

L’intenso susseguirsi di chiamate e visite detta il ritmo frenetico della giornata lavorativa; l’intuitività della diagnosi, la ponderatezza delle decisioni e l’esperienza della pratica crescono di intervento in intervento, di anno in anno, nell’alternarsi di timori e speranze che il medico spesso nei diari confessa di aver provato, al pari – quasi mai però dandolo a vedere – del numeroso “coro” di parenti che circonda il capezzale del paziente. Il piglio severo e deciso con cui il medico si rivolge a chi gli sta di fronte sembra essere quasi un vestito appositamente indossato, una strategia relazionale che si pone il nemmeno troppo velato obiettivo di riportare l’ordine nel disordine, di invocare la scienza per scacciare la superstizione, il rigore metodologico al cospetto di usi e costumi che si susseguono imm modificati da secoli.

3.4. Il diario del dottor Pasquale Trecca: la lungimiranza delle “memorie dal futuro”

Pasquale Trecca⁵² nacque ad Orta Nova il 7 maggio 1924, ultimo dei quattro figli di Angelo Michele e Angela Schiavulli, coltivatori diretti. Gli anni successivi lo videro studente presso il liceo classico del capoluogo Foggia e poi iscritto alla

⁵¹ Il racconto, dal titolo “L’alluvione”, è leggibile sul block-notes di appunti autografi del medico.

⁵² Le notizie biografiche su Trecca sono desumibili dal già ricordato articolo a firma di Italo Farnetani sulla rivista “Biografie Mediche” (7, 2017, pp. 13-22), nonché dal volume *Memorie dal futuro*, il diario del medico dato alle stampe nel 2006, a ridosso della sua morte.

facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma, dove conseguì il titolo di laurea il 22 luglio 1949, all'età di venticinque anni.

Due anni dopo, nel 1951, fu celebrato il matrimonio del giovane medico con Consiglia Caricone, che dopo la nascita di quattro figli⁵³ morì nel 1967 per le complicanze successive ad un quinto parto, che provocò il decesso della donna e del neonato.

La carriera professionale di Trecca prese le mosse da Ortona, allora frazione del paese natale Orta Nova, nel quale egli fu medico condotto dal 1950 fino al 1965, anno in cui si trasferì nella condotta urbana di Foggia. Accanto all'attività medica, da subito affiancò l'impegno nel sindacalismo e nell'associazionismo di categoria, divenendo già all'inizio degli anni Sessanta presidente della locale sezione provinciale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti (Anmmcc)⁵⁴, per poi salire al ruolo di presidente nazionale nel 1976. Nel 1974 Trecca fu eletto presidente dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri della provincia di Foggia e restò in carica fino al 1984, e poi per un successivo mandato quadriennale dal 1988 al 1992.

Pasquale Trecca morì a Benevento il 3 novembre 2006, per le conseguenze di una fibrosi polmonare.

Della lunga e intensa attività nell'ambito del sindacalismo e della rappresentanza ordinistica è testimonianza la produzione saggistica⁵⁵ del medico, all'interno della quale spicca il volume dato alle stampe nel 2005 con il titolo *Noi condotti*, che ricostruendo le principali tappe normative della storia della condotta

⁵³ I quattro figli furono, nell'ordine, Angela, Michele, Giuseppe e Antonello. A loro si deve la paziente opera di risistemazione della produzione letteraria del padre e l'istituzione nel 2007 di un'associazione in sua memoria, denominata "Pasquale Trecca per la Medicina e la Cultura", cui è collegato un premio annuale destinato alla migliore tesi di laurea dedicata ai temi dell'igiene e della salute pubblica (per ulteriori informazioni, si faccia riferimento al sito internet www.medicinaecultura.com/Medicina_e_Cultura/Associazione.html - consultato in data 30 settembre 2018).

⁵⁴ L'associazione, come già evidenziato nel primo capitolo del presente lavoro di tesi, confluirà poi nella Simet (Società italiana medici del territorio), trasformata poi in Simed (Società italiana medici dipendenti).

⁵⁵ Per quanto riguarda l'attività da presidente dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, si può ad esempio ricordare l'opera di pubblicazione, fortemente voluta e attentamente curata da Trecca, di atti di convegni e monografie sui temi della formazione e dell'aggiornamento professionale. Qualche esempio: Associazione Nazionale Medici Condotti, *La formazione permanente del personale per il servizio sanitario nazionale*, Pesaro 1978; Associazione Nazionale Medici Condotti, *Il medico di comunità e il distretto in Italia*, Roma 1986.

medica in Italia “ad altro non ambisce [...] se non a ravvivare l’interesse ad una storia radiosa e piena di episodi sublimi e sacrifici estremi, storia che ha segnato profondamente la sanità pubblica del nostro Paese”⁵⁶.

Nell’ultimo anno di vita, il desiderio di raccontare con toni più narrativi e personali, intimistici, la proprio esperienza da medico condotto portò il dottor Trecca alla scrittura di un diario che dai figli sarà pubblicato postumo, un mese dopo la sua morte, con l’immaginario titolo *Memorie dal futuro*. Il risultato è un libro che si fa una testimonianza di vita a tutto tondo, mescolando ricordi familiari e professionali, vicende personali, esperienze lavorative, riflessioni tra il politico e il sociale, ritratti di amici, parenti, colleghi e pazienti, scenari rurali e cittadini, secondo il libero flusso dei pensieri di chi scrive e racconta.

A unire i variegati contenuti del volume, diversi anche nello stile e nel genere letterario di appartenenza (a metà tra l’aneddotica, l’autobiografia e la saggistica), è il tema di fondo, ovvero l’esperienza professionale vissuta dal protagonista come medico condotto, esperienza che diventa spunto per la rievocazione di personaggi, per la narrazione di eventi e per la meditazione su questioni lavorative, sociali, culturali. Scrive Trecca:

Dal piccolo intervento di chirurgia alla riduzione di una frattura, dalla toracentesi alla paracentesi, dal cavare un dente di bocca o un tappo di cerume dall’orecchio, dalla sutura esterna a quella interna, dalla puntura intracardiaca al bocca-bocca fino al massaggio cardiaco, insomma dalla A alla Zeta dello spettro di prestazioni di primo impatto... all’epoca erano cavoli del condotto e solo suoi.⁵⁷

I ricordi messi su carta risalgono ad epoche e luoghi diversi della vita di Trecca e ricostruiscono, senza alcuna volontà di riordino cronologico, gli spensierati anni dell’infanzia, la scena degli studi universitari e dei mesi di internato a Roma, poi il tirocinio ai Riuniti di Foggia, il lungo periodo da condotto a Ortona e quelli, più ordinati, nel capoluogo e *a latere*, inframmezzati qua e là,

⁵⁶ P. Trecca, *Noi condotti*, cit., p. 10.

⁵⁷ PTre, p. 75.

riflessioni e divagazioni sul tema della sanità, della cronaca, della società, cui spesso fa da spunto la rievocazione di determinati eventi storici, come nel caso dei bombardamenti sulla città di Foggia nel pieno della seconda guerra mondiale, nel 1943.

Tra gli episodi di più icastica raffigurazione, quello della presa di servizio del dottor Trecca nella condotta di Ortona, l'11 aprile del 1950, "trionfale, seduto a cassetta sul calesse avuto in prestito dal compare Bolumetti, affiancato da un accompagnatore-cocchiere di tutto riguardo, zio Antonio"⁵⁸: una scena che sembra tratta dalle pagine di un romanzo realista dei tanti dell'epoca o dal repertorio di scene rurali tipiche di diversa pittura otto-novecentesca.

Moltissime le persone nominate nello scritto, alcune anche in maniera ricorrente, tanto da divenire personaggi facilmente riconoscibili anche dal lettore. Non solo i pazienti e gli assistiti del medico o i membri della sua famiglia e della cerchia di amici e conoscenti, ma anche figure riconducibili a determinati ruoli sociali e professionali, con le quali per forza di cose doveva interagire il condotto.

I ritratti di persone, delineati con un attento gusto per i dettagli figurativi ed una precisione che ha del documentario, costituiscono l'aspetto più significativo del diario del dottor Trecca, tanto che alcuni capitoli sono espressamente dedicati già nel titolo ad un singolo personaggio, di cui si propongono di raccontare il ruolo nel variegato scenario della vita di paese. L'autore si diverte infatti a descrivere i personaggi che compaiono nelle sue pagine con una capacità di resa quasi fotografica del viso e della corporatura, e con la esplicita volontà di farne un "caso" clinico, un intrico di caratteri patologici costituzionali che vanno a connotare l'aspetto fisico e gli atteggiamenti, come accade per il parroco di Ortona, don Antonio,

un servo di Dio alto non oltre un metro e mezzo, ben tarchiato, rubizzo in viso e con la testa a palla di biliardo. Sguardo intelligente e reso penetrante da lenti rotonde con stanghette dal circuito periauricolare lungo e flessibile, che il pollice e l'indice di entrambe le mani usavano sistemare perfettamente intorno

⁵⁸ PTre, p. 26.

ai due padiglioni e ai rispettivi lobuli, dai quali spuntavano vistosi e irsuti cespugli di peli neri. [...] Uricemico costituzionalmente, i suoi pomelli sempre arrossati ne erano la spia; nel corso degli attacchi dolorosi di cui soffriva prediligeva balsami a base di miscugli sgradevoli e una preparazione galenica tutta propria che la devota perpetua intrugliava, mentre diffidava molto della colchicina in granuli e dell'atofan.⁵⁹

Anche in altre pagine l'autore si lascia prendere da quello che può essere immaginato quasi come un *divertissement*, ovvero provare a correlare caratteristiche del fisico o della postura dei suoi compaesani alle determinate malattie, spesso croniche, di cui essi soffrivano, stilando una sorta di racconto "patografico" della comunità di abitanti. Si pensi, ad esempio, al secondo parroco ricordato nel volume, don Guglielmo, "passo ampio e spedito, fronte larga, ampia e pronunciata, abbastanza tarchiato e buona forchetta. Andatura sempre spinta e fiatone costante [...] insomma caratteristiche per cui, anche se non troppo, si faceva strada in me qualche pensierino sulla dubbia tenuta del suo apparato cardiocircolatorio"⁶⁰. Il destino di don Guglielmo sembra segnato e nonostante gli avvertimenti e raccomandazioni da parte del medico, "fra placche in circolo nell'organismo cumulate nel tempo, rigidità vasale fisiologica e conseguente tensione di circolo con ipertensione arteriosa in atto, lo sfocio non poteva essere che la fitta algia puntale all'emitorace sinistro"⁶¹, in parole più semplici e immediate un infarto.

Il settore specialistico più vissuto e dunque raccontato è quello dell'ostetricia, nel quale spesso il condotto si trova a dover agire, in virtù anche di un tirocinio postlaurea svolto presso il reparto di Maternità degli Ospedali Riuniti di Foggia. Un ambito di lavoro, quello ostetrico, che comporta "preparazione di fondo e prontezza di spirito, saldezza di nervi e padronanza della situazione, senza mai cedere a timidezze e batticuori"⁶². In tema di travaglio e parto, il medico riferisce

⁵⁹ PTre, p. 43.

⁶⁰ PTre, p. 67.

⁶¹ PTre, pp. 68-69.

⁶² PTre, p. 78.

ad esempio un accorgimento cui spesso egli fece ricorso, su richiesta dell'ostetrica, per accelerare le contrazioni:

ricordo il dovere imposto a me, ultimo arrivato, di favorire una rumorosa cascata d'acqua aprendo il rubinetto poso distante dal letto della partorientente, al grido "guagliò 'o rubinetto"; e giù a tutto getto, per quel benefico influsso psicologico che la caduta tumultuosa dell'acqua eserciterebbe sulle doglie e in genere sulla peristalsi dei visceri muscolari cavi, come nel caso delle anse intestinali. Tale pratica era considerata intervento di primo grado insieme alle violente spinte che dall'alto in basso si esercitavano sull'utero dell'addome a tutto corpo, cui seguiva in caso di mancato successo l'endovena di oxitocina.⁶³

Un'avanzata minaccia di aborto tiene impegnato il dottor Trecca qualche pagina più avanti, con sullo sfondo una tempesta di neve notturna che complica l'intervento e accresce lo stato di urgenza. A bussare alla porta del medico è il marito della donna, che riferisce di "un'imponente emorragia in corso, preceduta da dolori spastici con espulsione di residui fetali"⁶⁴. Il quadro clinico che si offre agli occhi del medico è dei più gravi e la narrazione riporta con accurata minuzia i dettagli delle strumenti adoperati ("alcool, pinze e dilatatori uterini di calibro grosso"⁶⁵), delle manovre effettuate ("mano inguantata in utero, provvidi a una prima ripulita con il dorso della mano destra, atteggiata a cucchiaio, liberando la cavità uterina dai frustoli placentari di maggiore dimensione" e a questo segue "l'operazione di scivolamento con una garzetta imbevuta di tintura di iodio e il tamponamento ad ultimazione dell'intervento") e delle terapie prescritte ("flebo da mezzo litro di soluzione di glucosio e vitamine, copertura antibiotica, testa in basso e sonno ristoratore") per provvedere a sgombrare l'utero dei pericolosi residui di feto e di placenta.

⁶³ *Ibidem*. Più avanti (PTre, pp. 81-82), nel diario viene raccontata la nascita del terzogenito del dottor Trecca, avvenuta sul sedile posteriore dell'automobile su cui viaggiavano il medico, la moglie e la suocera, bloccata ad un passaggio a livello rimasto chiuso per un tempo eccessivamente prolungato. In un altro punto del diario, si fa invece menzione di un parto facilitato per mezzo del forcipe (PTre, p. 92).

⁶⁴ PTre, p. 99.

⁶⁵ Questa citazione e le successive riportate nella medesima frase sono tutte in: PTre, p. 100.

Il racconto offre anche a Trecca l'opportunità di ricordare quanto fosse diffusa, tra la gente del paese, l'abitudine di provocare l'interruzione di una gravidanza in maniera illegale prima che la legge n. 194 del 22 maggio 1978 provvedesse a regolamentare il ricorso all'aborto, "attraverso mazzetti di prezzemolo che con perizia straordinaria introducevano nel proprio utero, o con altri mezzucci a portata 'di cucina' e della più svariata origine, non esclusa quella... 'metallica'"⁶⁶. In tema di aborti, Trecca riferisce anche dell'organizzazione interna che medico e ostetrica – i due volti umani della condotta, "unici riferimenti medici della comunità"⁶⁷ – si erano dati in caso di necessità dell'esecuzione di un raschiamento sull'utero di una donna la cui gravidanza si era fisiologicamente interrotta. È significativo notare come alla levatrice venisse affidato il compito diagnostico, segno del riconoscimento della sua perizia e competenza in materia, mentre al medico perteneva l'atto della conferma dell'ipotesi espressa dalla collega e poi il momento dell'intervento vero e proprio, da svolgersi in rapidità:

Secondo l'intesa che ci demmo, quando la collega ostetrica giudicava inevitabile l'intervento abortivo, immediato doveva seguire il prelievo della mia borsa da lavoro da cui estrarre tutto l'armamentario da sterilizzare per l'intervento necessario. Tempo mezz'ora e, fra un "buona sera" o un "buongiorno" e un'infilata di guanti, in capo a qualche minuto la diagnosi ipotizzata dalla signora ostetrica veniva dalla mia esplorazione uterina respinta o confermata. In tale ultima evidenza, puntuale nove volte su dieci, data la bravura enorme della collega, il raschiamento secondo i più corretti canoni, come ho già detto, si concludeva in pochissimi minuti.⁶⁸

Accuratissima è anche la descrizione di un parto podalico, che il medico dovette affrontare per vie naturali su un tavolo operatorio improvvisato, rinunciando per la ristrettezza dei tempi al ricorso al taglio cesareo in ospedale, con "nervi saldi, prontezza di spirito e cognizione precisa della tecnica da

⁶⁶ *Ibidem.*

⁶⁷ PTre, p. 103.

⁶⁸ *Ibidem.*

adottare”⁶⁹, tecnica che viene poi riferita con assoluta volontà documentaria, nella consapevolezza che “la tecnica di tali estrazioni è tanto più semplice quanto più fedelmente si cerca di imitare il meccanismo del parto spontaneo, e che la durata del periodo espulsivo non deve andare oltre i 5-7 minuti dopo l’uscita dell’ombelico del feto dalla vulva”⁷⁰. La buona riuscita del parto e del secondamento fecero sì che l’intervento si connotasse nel bagaglio di ricordi del medico come un “evento di nascita sfibrante per il mio fisico ma magnifico per lo spirito e per tutto quello che per me la professione rappresentò”, e che gli procurò “dignità ed esperienza e autorevolezza poi per l’accresciuta stima da parte di una famiglia in ansia”⁷¹.

Le pagine autobiografiche danno testimonianza di eventi clinici che hanno spesso anche causa incidentale, per risolvere i quali non si ha il tempo di fare ricorso al ricovero ospedaliero, come nel grave caso di asfissia incorso ad un bambino di tre anni che aveva ingerito una pallina, “paonazzo in viso, dispnea rumorosa e rantolosa da fine esistenza e dimenamento disperato del corpicino”, la cui vita venne salvata grazie al posizionamento da parte del medico dell’abbassalingua in fondo al palato e “con un colpo sincronico forte all’occipite con abbassamento simultaneo forzato in giù del cranio”⁷², che provocò l’istantanea fuoriuscita del corpo estraneo. Ancora, le bruciature di terzo grado provocate sul volto di una ragazza dallo scoppio di una macchinetta del caffè in funzione, che il medico riuscì a ricomporre, “pur mancando di strumentazione idonea per un intervento di microchirurgia [...], fra suture interne ed esterne, scrupolose medicazioni e applicazione di cerottini riparatori”⁷³.

Dalle pagine autobiografiche fuoriescono inoltre riferimenti a pratiche paramediche di origine popolare, “intrugli ed esorcismi vari”⁷⁴, come li definisce lo stesso autore, ed è quanto accade ad esempio con gli spicchi d’aglio appoggiati sull’addome per lenire i dolori di pancia.

⁶⁹ PTre, p. 104.

⁷⁰ PTre, p. 105.

⁷¹ PTre, pp. 104-105.

⁷² PTre, p. 106.

⁷³ PTre, p. 107.

⁷⁴ PTre, p. 101.

L'omaggio alla memoria dei medici condotti elevati al rango di eroi e divenuti celebri, nella storia sanitaria italiana, per aver perso la vita nello svolgimento del proprio lavoro⁷⁵, apre la strada nei ricordi del dottor Trecca alla rievocazione di tre personali esperienze, connotate da una particolare serietà, che in qualche modo rappresentarono dei rischi professionali⁷⁶ connessi all' eseguire il proprio dovere professionale: il grave incidente stradale in cui restò coinvolto a bordo della propria Vespa sulla tratta tra Ortona e Orta Nova, poi l'infestazione di piattole conficcate sotto il derma causata dallo scambio di camici sporchi durante la campagna anticolerica della fine degli anni Sessanta⁷⁷, infine la frattura del polso sinistra causata dalla caduta dalle scale dell'abitazione di un paziente.

La scena della condotta medica di Ortona, dettagliatamente rievocata da Pasquale Trecca nei contorni del paese e del paesaggio circostante, nei volti degli abitanti, nelle usanze e tradizioni e nelle quotidiane modalità di svolgimento del lavoro di medico, si caratterizza nell'immaginario dello scrittore “per la solitudine operativa, per la distanza dal centro e soprattutto per la paurosa mancanza di mezzi idonei a fronteggiare le evenienze più impensate”⁷⁸, che contribuiscono a connotare la lunga esperienza professionale di un tratto di coraggio fuori dall'ordinario, quasi di eroismo. E dell'appassionato agire del medico condotto l'attuale medicina del territorio – è il parere di Trecca nelle pagine conclusive del proprio scritto – dovrebbe fare tesoro, imparando a “minimizzare i fattori di rischio individuale (prevenzione primaria) con terapie e interventi a costi più contenuti” e

⁷⁵ Trecca cita un elenco di nomi di medici condotti, tra gli altri i dottori Armando Sonnati, sepolto sotto la neve nel corso di un difficile spostamento per un intervento, e Giancarlo Trevisan, morto a seguito del crollo di un ponte su cui transitava, diretto all'abitazione di un paziente. I medici menzionati sono raffigurati, insieme ad altri dieci loro colleghi anch'essi vittime di incidenti sul lavoro, nei bassorilievi bronzei del monumento “Al medico condotto”, progettato e realizzato da Luigi Visconti alla fine degli anni Settanta dello scorso secolo nel comune piemontese di Serralunga di Crea, in provincia di Alessandria.

⁷⁶ I tre episodi sono tutti raccontati in: PTre, p. 110.

⁷⁷ L'infestazione fu debellata attraverso un apposito medicamento e, ad ulteriore cautela, con la depilazione generale di testa, pube e ascelle. A proposito della diffusione del colera nel territorio della Capitanata nel quadro più ampio del meridione italiano, si veda: V. Lanza, *Provvedimenti curativi nella colera scritti da Vincenzo Lanza*, Gabinetto Bibliografico e Tipografico, Napoli 1836; I. Di Pace, *Le marce del colera dalle sue prime epidemie ai giorni nostri*, in “Gazzettino dei sanitari”, anno II, 1910, n. 11; A. L. Forti Messina, *Il colera a Napoli nel 1836*, FrancoAngeli, Milano 1979; S. I. Tatò, *Il colera nell'Italia meridionale e l'Acquedotto pugliese*, Gerni Editore, San Severo 1995.

⁷⁸ PTre, p. 107.

tenendo ad “affinare il rapporto con il paziente e a diventare un punto di riferimento del cittadino per il clima di fiducia che si instaura nel tempo”⁷⁹.

⁷⁹ PTre, p. 136.

QUARTO CAPITOLO

Le fonti d'archivio in tema di medicina condotta: il caso di Celle San Vito

4.1. Finalità e metodi della ricerca su fonti d'archivio

L'attività di lettura e analisi dei dati raccolti per mezzo della somministrazione delle interviste e della disamina dei diari è stata affiancata, come preannunciato, dalla consultazione di documenti d'archivio che avessero per oggetto la medicina condotta, un'ulteriore azione di ricerca che ha consentito di ricavare un considerevole corpo di informazioni e notizie. A motivare l'attività di ricognizione presso gli archivi storici comunali¹ è stata la necessità del riscontro con fonti scritte di provenienza istituzionale, a carattere dunque ufficiale, con l'obiettivo di creare una "impalcatura" di dati ascrivibili alla condotta medica e allo stato di salute della popolazione nelle realtà territoriali nei quali hanno lavorato i medici coinvolti nell'indagine, una sovrastruttura di nomi, luoghi e dati numerici che potesse "sorreggere" il racconto autobiografico. La ricerca d'archivio ha avuto ad oggetto il paese di Celle di San Vito, unito al comune di Faeto da regime di consorzio a causa del ridotto numero di abitanti, entrambi sedi di lavoro di uno dei medici intervistati, il dottor Amilcare Spinapolice.

Celle San Vito, fino al 1862 denominata semplicemente Celle, è a tutt'oggi il comune meno popolato non solo della provincia di Foggia, ma anche dell'intera

¹ Sulla metodologia della ricerca storica in archivio e, in particolare, a proposito dello studio e dell'analisi di repertori documentali, un riferimento interessante di pubblicazione relativamente recente è: L. Giuva, S. Vitali, I. Zanni Rosiello, *Il potere degli archivi. Usi del passato e difesa dei diritti nella società contemporanea*, Mondadori, Milano 2007.

regione della Puglia². Il borgo sorge a 726 metri sul livello del mare e il territorio comunale di sua pertinenza è localizzato nel mezzo dei Monti Dauni, delimitato a nord dalla cima del monte Cornacchia e a sud da quello che era l'itinerario seguito dal tratturello che univa Camporeale a Foggia. Insieme alla vicina Faeto, il paese di Celle San Vito è da secoli caratterizzato per l'uso della lingua francoprovenzale, le cui prime attestazioni risalgono al XVI secolo ma che affonda le sue origini in periodi anteriori, con tutta probabilità a partire dalla duecentesca dominazione angioina nella zona. L'uso prevalente del francoprovenzale è proseguito fino agli anni Ottanta dello scorso secolo, tanto da portare all'identificazione di un'isola linguistica, l'unica nel suo genere nell'Italia peninsulare³.

Il paese di Celle San Vito, dunque, per l'esiguità del numero di abitanti, la ridotta estensione del territorio, la morfologia del paesaggio prevalentemente montuosa e, non ultimo, l'unicità linguistica della parlata, si è convenientemente prestato ad essere analizzato e studiato come "caso" particolare, in sé concluso e autonomamente caratterizzato, di un più generale tessuto di piccoli centri abitati, scenario privilegiato dell'azione professionale dei medici condotti. Da qui la scelta di prendere in considerazione il comune di Celle San Vito come esempio idealtipico di risposta istituzionale alle esigenze della popolazione in fatto di assistenza sanitaria.

L'indagine in archivio si è concentrata su un intervallo temporale molto più dilatato rispetto al ristretto periodo di pochi mesi (a cavallo tra gli anni 1977 e 1978) che vide il dottor Spinapolice impegnato come condotto nelle limitrofe

² Celle di San Vito, cui oggi pertiene il territorio comunale meno esteso della provincia di Foggia, registra allo stato attuale 160 abitanti, 18,41 km² di superficie, per una densità di 8,69 ab./km², come riportato dall'Istat in data 01/01/2018 [URL: <https://www.tuttitalia.it/puglia/32-celle-di-san-vito/> - consultato in data 30 settembre 2018]. Al 31 dicembre 1951 la popolazione del paese era invece di 832 abitanti, e scendeva a 764 al termine dell'anno 1955 per poi risalire a 795 nel 1957 (cfr. i censimenti annuali relativi alla popolazione umana e animale del comune conservati in: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito, anni 1951-1959, b. 76, fasc. lo 467, cat. IV, cl. 1, fasc. 2, Consorzio medico – Allegato n. 11, immagini nn. 35-36). Andando a ritroso nel tempo, l'evoluzione demografica del secolo compreso tra l'anno di unificazione dello stato italiano, il 1861 (nel quale fu effettuato il primo censimento della popolazione della nazione) e il 1961 vide il numero di abitanti del paese scendere da 1010 a 641, con un lievissimo incremento registrato nell'anno 1901, quando la popolazione salì a 1041 persone [URL: <https://www.tuttitalia.it/puglia/32-celle-di-san-vito/statistiche/censimenti-popolazione> - consultato in data 30 settembre 2018].

³ L'isola linguistica francoprovenzale che comprende Celle San Vito e Faeto è la cosiddetta "Daunia arpitana" ed è attualmente riconosciuta e tutelata ai sensi della legge n. 482 del 15/12/1999. Per ulteriori informazioni, si veda V. Rubino, *Celle San Vito. Colonia francoprovenzale di Capitanata*, Leone Editrice, Foggia 1996.

località di Celle San Vito e Faeto. Sono stati dunque reperiti e analizzati documenti risalenti agli anni compresi tra il 1950 e il 1980, che mostrassero riferimenti alle condizioni sanitarie e igieniche della popolazione e alle attività professionali del medico condotto e dell'ufficiale sanitario, che nei due paesi in questione coincidevano nella persona di un unico dottore.

L'attività di ricerca ha avuto luogo lì dove ha attualmente collocazione l'Archivio Storico Comunale del paese, conservato e consultabile presso l'Archivio di Stato di Foggia nella sede sussidiaria di viale Francia 16. I documenti censiti sono tutti afferenti alle categorie II "Opere pie e beneficenza" e IV "Sanità e igiene", secondo quanto previsto dal titolario di classificazione che la cosiddetta circolare Astengo⁴ rese obbligatorio per tutti gli enti dotati di registro di protocollo sin dal finire del XIX secolo. I fondi degli archivi storici comunali – è opportuno ricordarlo – conservano la cosiddetta corrispondenza in entrata, ossia qualsiasi tipologia di documento ricevuto dall'amministrazione tramite il servizio di spedizione postale o la consegna a mano presso gli uffici appositi, oltre alle minute della corrispondenza in uscita a firma del sindaco o di membri della Giunta o del personale del Municipio.

Di seguito si dà indicazione dei fondi archivistici censiti nell'ambito della presente ricerca, tratti dal patrimonio di documenti facenti parte dell'Archivio Storico del Comune di Celle San Vito (anni 1826-1981, inventario n. 65)⁵:

- Sanatori. Assistenza e cure tubercolotici. Campagna antitubercolare. Croce Rossa Italiana (anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3);
- Somministrazione gratuita di medicinali ai poveri (anni 1954-1956, b. 66, fasc.lo 349, cat. II, cl. 2, fasc. 5);
- Ospizi e ricoveri ciechi e sordomuti (b. 66, fasc.lo 350, cat. II, cl. 2, fasc. 6);
- Manicomi e cure speciali – Ricoveri dimissioni e rette – Norme (anno 1951, b. 66, fasc.lo 351, cat. II, cl. 2, fasc. 7);

⁴ La circolare è la n. 17100/2 del 1 marzo 1897, emessa dal Ministero dell'Interno, Direzione Generale dell'Amministrazione civile, Div. 2a, con oggetto "Ordinamento degli archivi dei Comuni". A proposito della lunga storia applicativa del modello di classificazione proposto da Carlo Astengo e delle criticità in esso riscontrabili, si consulti: A. G. Ghezzi, *L'archivio. Teoria, funzione, gestione e legislazione*, EDUCatt, Milano 2005, pp. 229-231.

⁵ Da qui in avanti l'Archivio Storico Comunale di Celle San Vito sarà nominato nelle citazioni bibliografiche con la sigla ASCCSV.

- Programma antirachitismo (anni 1951-1952, b. 66, fasc.lo 352, cat. II, cl. 2, fasc. 8);
- Croce Rossa Italiana (anno 1951, b. 66, fasc.lo 358, cat. II, cl. 4, fasc. 2);
- Assistenza generica (anni 1961-1964, b. 66, fasc.lo 360, cat. II, cl. 1, fasc. 1);
- Assistenza ai ciechi e ai poliomielitici (anni 1961-1964, b. 66, fasc.lo 361, cat. II, cl. 1, fasc. 2);
- Assistenza ai ciechi e ai poliomielitici (anni 1966-1976, b. 67, fasc.lo 369, cat. II, cl. 1, fasc. 2);
- Ospedali (anni 1960-1975, b. 67, fasc.lo 372, cat. II, cl. 2, fasc. 1);
- Consorzio antitubercolare (anni 1961-1964, b. 67, fasc.lo 374, cat. II, cl. 2, fasc. 2);
- Controlli effettuati sui medicinali (anno 1964, b. 68, fasc.lo 387, cat. II, cl. 5, fasc. 2);
- Ufficiale sanitario (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 466, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);
- Consorzio medico (anni 1951-1959, b. 76, fasc.lo 467, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
- Ostetriche (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 469, cat. IV, cl. 1, fasc. 4);
- Farmacie e farmacisti. Concorsi per conferimento di sedi farmaceutiche. Vendita e sequestro di medicinali (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 470, cat. IV, cl. 1, fasc. 5);
- Professioni sanitarie ausiliarie (anni 1951-1953, b. 76, fasc.lo 471, cat. IV, cl. 1, fasc. 6);
- Assistenza ai poliomielitici. Lotta antimalarica. Cura dell'influenza (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 474, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 477, cat. IV, cl. 2, fasc. 4);
- Epidemie e malattie contagiose (anni 1951-1960, b. 77, fasc.lo 478, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Vaccinazioni antidifteriche e antivaiolese (anni 1951-1960, b. 77, fasc.lo 479, cat. IV, cl. 3, fasc. 2);
- Ufficio sanitario comunale (anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);

- Personale medico (anni 1961-1964, b. 78, fasc.lo 494, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
- Ostetriche (anni 1961-1962, b. 79, fasc.lo 495, cat. IV, cl. 1, fasc. 3);
- Personale sanitario (anni 1961-1964, b. 79, fasc.lo 496, cat. IV, cl. 1, fasc. 4);
- Servizio medico e sanitario (anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 502, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Assistenza sanitaria (anni 1960-1965, b. 79, fasc.lo 503, cat. IV, cl. 2, fasc. 2);
- Locazione di beni immobili per l'ambulatorio del medico condotto (anno 1961, b. 79, fasc.lo 504, cat. IV, cl. 2, fasc. 4);
- Bilanci sanitari del paese (anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 505, cat. IV, cl. 2, fasc. 5);
- Laboratorio provinciale di igiene e profilassi (anni 1962-1966, b. 79, fasc.lo 506, cat. IV, cl. 2, fasc. 6);
- Malattie contagiose ed epidemie (anni 1961-1966, b. 79, fasc.lo 508, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Intossicazioni dovute ad insetticidi, stupefacenti o altro (anni 1961-1964, b. 79, fasc.lo 509, cat. IV, cl. 3, fasc. 2);
- Distribuzione del vaccino antiaftoso (anno 1964, b. 79, fasc.lo 510, cat. IV, cl. 3, fasc. 3);
- Vaccinazioni contro il vaiolo e la difterite (anni 1960-1965, b. 79, fasc.lo 511, cat. IV, cl. 3, fasc. 4);
- Personale sanitario (anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 522, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);
- Personale medico (anni 1966-1978, b. 80, fasc.lo 523, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
- Medico provinciale (anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 532, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Ambulatori medici (anno 1972, b. 80, fasc.lo 534);
- Laboratorio provinciale di igiene e profilassi (anni 1966-1978, b. 80, fasc.lo 536, cat. IV, cl. 2, fasc. 6);
- Esami schermografici. Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi (anni 1972-1978, b. 81, fasc.lo 538, cat. IV, cl. 2, fasc. 7);

- Campagna antimalarica e antisetica (anni 1977-1978, b. 81, fasc.lo 540, cat. IV, cl. 2, fasc. 17);
- Malattie infettive e contagiose (anni 1966-1969, b. 81, fasc.lo 542, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Servizio vaccinazioni (anni 1966-1972, b. 81, fasc.lo 543, cat. IV, cl. 3, fasc. 3).

Prima di procedere ad un'analisi dettagliata dei dati emersi dalla ricognizione d'archivio, è opportuno soffermarsi su alcune riflessioni di ordine generale, la prima delle quali è relativa alla provenienza dei materiali analizzati. Le carte redatte ed emesse dall'amministrazione di Celle San Vito in tema di sanità e igiene sono quasi tutte a firma dei sindaci e dei vari medici che si sono succeduti, rispettivamente, alla guida dei consigli comunali e nella sede locale della condotta. Per una maggiore precisione, è opportuno evidenziare che quando la stesura e la sottoscrizione di un documento era a carico del medico condotto, egli agiva molto spesso in qualità di ufficiale sanitario ed è per questo che la maggior parte degli atti e della corrispondenza archiviata porta la firma dell'ufficiale sanitario, piuttosto che del medico condotto, nonostante tali figure fossero riferibili alla stessa persona, come si è già detto.

La parte quantitativamente più considerevole dell'insieme di materiali archiviati non è però tanto quella prodotta dal medico condotto o da altro rappresentante dell'amministrazione comunale di Celle, quanto quella ricevuta: lettere, dispacci, telegrammi, opuscoli informativi di varia provenienza (il più delle volte, inviati dall'ufficio foggiano del medico provinciale), indirizzati al sindaco o all'ufficiale sanitario e accuratamente protocollati. In molti casi, la corrispondenza in entrata veniva conservata con allegata la minuta o una riproduzione dattiloscritta della lettera di risposta redatta dal condotto, ma questo non avveniva con regolarità e la saltuarietà di tale azione dimostra che si trattava di un'abitudine che variava da medico a medico. A proposito del caso specifico di Celle San Vito, si deve ammettere che la maggior parte dei dottori furono manchevoli e poco puntuali, non solo nel conservare copia della corrispondenza inviata, ma anche nel rispondere con solerzia alle richieste avanzate dai singoli interlocutori istituzionali, che spesso

erano costretti ad esigere un determinato documento una seconda e finanche una terza volta, arrivando talvolta a scrivere all'ufficiale sanitario una lettera con un generico "richiamo all'ordine".

Un'altra considerazione è quella di ordine temporale: come si noterà, analizzando la quantità numerica di documenti conservata in archivio per quel che riguarda le questioni di ordine sanitario e igienico del trentennio indagato, appare evidente come il corpo di carte relativo al primo dei decenni sia il più consistente, con tutta probabilità a causa del fatto che la popolazione del paese era più numerosa rispetto agli anni successivi. Le motivazioni di questo squilibrio numerico sono imputabili anche ad un altro fattore, ovvero al progressivo ridursi delle incombenze e delle responsabilità del medico condotto a tutto vantaggio dei sempre più numerosi centri e soggetti deputati a gestire l'assistenza medica ai cittadini, operativi sul territorio con mansioni che di anno in anno si facevano più ampie.

Dal punto di vista dei contenuti, i materiali analizzati rispecchiano la tipologia delle attività che competevano al medico condotto e all'ufficiale sanitario. Ecco dunque avvicinarsi sulle carte notizie relative a censimenti demografici e sanitari, connessi al numero delle nascite e dei decessi, questi ultimi con la relativa causa di morte, oppure prospetti relativi alla situazione epidemiologica di questo o di quel periodo, o ancora elenchi di nominativi relativi agli individui vaccinati oppure a quelli sottoposti a ricovero (con le specifiche spese a carico dell'amministrazione comunale). Molto ricco è anche il fronte riguardante singole patologie, spesso al centro di campagne di sensibilizzazione promosse dal ministero della sanità e diffuse sul territorio nazionale per il tramite degli uffici dei medici provinciali, con l'obiettivo di favorire la prevenzione e la profilassi, e di tali campagne si conservava la documentazione, unitamente alle attestazioni relative alle insorgenze di singole malattie sul territorio comunale, talvolta anche a carattere epidemico. Tra le mansioni dell'ufficiale sanitario c'era anche quella di controllare che le attività produttive, economiche, sociali della comunità si svolgessero nel rispetto dei necessari standard di igiene, e una parte della documentazione comprende dunque verbali di verifiche effettuate ad esempio in locali destinati alla produzione o alla vendita di beni alimentari, oppure certificazioni di analisi eseguite dal Laboratorio

chimico provinciale su partite di cibo, spesso su richiesta dell'ufficiale sanitario. Un altro argomento centrale nella mole di documenti analizzati è quello relativo ai medicinali, ordinati dal medico condotto per rifornire l'armadio farmaceutico di sua dotazione oppure distribuiti alla popolazione nel caso di famiglie in difficoltà economiche.

Dei documenti censiti viene pertanto proposta una lettura tematica, scandita per decenni (ai quali corrisponderà la suddivisione nei tre paragrafi da 4.2 a 4.4), che tiene fede dei principali contenuti in tema di problematiche mediche ed esigenze sanitarie riscontrate nel contesto territoriale del comune indagato. Si ritiene opportuno specificare che i nomi dei pazienti, citati per esteso nei documenti, verranno riportati in questa sede con le sole lettere iniziali. Inoltre, nell'esposizione delle notizie emerse dall'analisi dei materiali d'archivio non saranno esaminati i numerosi riferimenti ad un altro professionista sanitario della condotta di Celle San Vito e Faeto, ovvero il veterinario condotto, firmatario di una cospicua quantità di documenti il cui contenuto, poco o per nulla pertinente all'oggetto della presente indagine, non è stato dunque preso in considerazione.

4.2. Il decennio 1951-1960

Nel decennio in oggetto, i medici condotti in carica furono per il primo anno il dottor Olindo Casullo, poi dall'aprile 1951 il dottor Rocco Trombetti, mentre dal 1 gennaio 1958 il posto fu affidato al dottor Francesco Perrini⁶.

Buona parte del patrimonio documentario del decennio è riferibile alla corrispondenza tra l'amministrazione comunale e le diverse federazioni e associazioni impegnate nella lotta contro specifiche malattie particolarmente diffuse all'epoca, per comunicare direttive riguardanti campagne di sensibilizzazione e servizi di profilassi. È il caso della Federazione italiana contro la tubercolosi, che

⁶ Le notizie sono tratte dai seguenti documenti: ASCCSV, Croce Rossa Italiana, anno 1951, b. 66, fasc. 358, cat. II, cl. 4, fasc. 2, Comunicazione da parte dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro al medico Rocco Trombetti, 30 aprile 1951; ASCCSV, anni 1951-1960, b. 76, fasc. lo 466, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficiale sanitario, Comunicazione inviata dal sindaco al medico provinciale, 24 febbraio 1959.

scrisse a più riprese al sindaco Nicola Perrino negli anni 1952 e 1953 per richiedere un maggiore impegno in termini di divulgazione delle indicazioni di comportamento utili ad arginare il fenomeno della tbc. Dello stesso tenore era una circolare del prefetto di Foggia indirizzata a tutti i comuni della provincia, che insisteva per la diffusione di “una salda coscienza antitubercolare, a formare la quale contribuisce la propaganda delle specifiche norme igieniche che sono a fondamento della profilassi”⁷. Particolarmente interessante in tale prospettiva è il manifesto a colori ideato dalla Federazione nel 1953 in occasione della sedicesima campagna antitubercolosi e inviato in più copie a tutti i comuni italiani, con la preghiera di affiggerlo nei luoghi che fossero di maggiore frequentazione da parte della popolazione. Il manifesto parlava alla gente comune con un lessico chiaro e di facile comprensione e, con l’ausilio di disegni colorati e accattivanti, forniva l’elenco dei sintomi sospetti (“tosse persistente, febbri, stanchezza ingiustificata, inappetenza, cattive digestioni, dimagrimento, sudori notturni, sputi sanguigni”) e poi alcuni consigli utili ad una sana prevenzione del pericolo tubercolosi:

Dall’aria il corpo aspira, attraverso i polmoni e la cute, il primo alimento vitale, cura perciò che naso, bocca, gola e pelle siano sempre in condizioni igieniche perfette.

Sorveglia con premura la salute tua e dei tuoi cari. Non trascurarne i minimi squilibri, ma ricercane sempre la causa. Tieni ben presenti i sintomi che potrebbero essere la causa della tubercolosi.

L’acqua allontana, col sudiciume, i germi di molti malanni pericolosi. Cura la nettezza delle mani, soprattutto prima di toccare i cibi. Tieni ben puliti i denti. Sciacqua sempre la bocca avanti e dopo i pasti. Il bagno è una necessità, una sufficiente pulizia personale è possibile sempre e dovunque.

Non presumere di te stesso. Nel dubbio, ricorri al medico. Se la tubercolosi è scoperta all’inizio, la guarigione è rapida e sicura, se è scoperta tardi invece, lunga sarà la cura e l’esito incerto. Meglio, però, prevenire il male. In oltre

⁷ ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc. lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Sanatori. Assistenza e cure tubercolotici. Campagna antitubercolare. Lettera del Prefetto con oggetto: XVI Campagna Antitubercolare.

cinquecento dispensari antitubercolari, chiunque ritenga d'aver bisogno d'un controllo sanitario, può farsi visitare gratuitamente.

Il sole stimola e tonifica l'organismo. Vivi il più possibile all'aperto. Ama lo sport. L'attività fisica giova al corpo e allo spirito, deve essere però proporzionata alle possibilità individuali e al grado di allenamento. Gli eccessi di ogni genere sono dannosi all'organismo.

Osserva ed esorta all'osservanza delle norme elementari dell'igiene, è questa la difesa più efficace dall'insidia del male. Rammenta: polvere e mosche sono veicolo di malattie infettive.

La prevenzione della tubercolosi è frutto d'educazione e collaborazione. Aiutando i fratelli colpiti dal male difendiamo noi stessi; curando noi stessi difendiamo la collettività: l'opera comune esalta i più alti valori umani. Solidarietà è vita.⁸

L'impegno di un'amministrazione comunale per ridurre l'incidenza clinica di malattie di seria diffusione era in passato valutabile tanto da un punto di vista specificatamente igienico-sanitario, quello cioè relativo all'attivazione di determinate procedure di prevenzione della patologia (e il manifesto a colori sopra ricordato è un calzante esempio), quanto da un'ottica che potrebbe essere definita sociale, che veniva misurata anche sulla scorta del quantitativo di denaro raccolto attraverso vendite di beneficenza effettuate dal Comune per conto di associazioni nazionali. Nel caso della tubercolosi, ad esempio, ogni anno veniva promossa una campagna solidale che consisteva nella distribuzione di "francobolli antitubercolari" da parte della Federazione italiana ai singoli comuni, con la richiesta di venderne il maggior numero possibile. La somma di denaro andava poi puntualmente rispedita alla sede centrale dell'ente, insieme al rendiconto dei francobolli rimasti invenduti. I francobolli "non si prefiggono soltanto scopi finanziari ma tendono a diffondere pratiche ed elementari precetti per la prevenzione della malattia tubercolare e per la

⁸ Questa citazione e quella precedente sono tratte dal manifesto di propaganda contenuto in: ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Campagna antitubercolare (Allegato n. 11, immagine n. 28).

conseguente contrazione del numero – ancora tanto elevato – dei colpiti dal male”⁹. Nell’autunno 1953 il Comune di Celle San Vito ricevette lettere da diversi mittenti (Federazione italiana contro la tubercolosi, Prefettura di Foggia, Associazione nazionale dei comuni italiani) il cui contenuto comune era quello di spronare ad un maggiore impegno nella vendita benefica dei francobolli antitubercolari, anche alla luce delle “deficenze [*sic*] lamentate per la decorsa campagna XV del 1952”¹⁰, nel corso della quale non era stata effettuata alcuna vendita dall’amministrazione di Celle.

Il patrimonio documentario d’archivio dà anche notizia di operazioni di censimento e rendicontazione degli abitanti dal punto di vista dello stato di salute e di particolari patologie occorse. Si torna dunque a parlare di tubercolosi nel carteggio tra il sindaco e il Consorzio provinciale antitubercolare, che richiedeva ogni anno ai comuni il numero dei morti per tubercolosi, distinta in polmonare ed extrapolmonare. A Celle nel 1951 si registrò un decesso di tbc polmonare, quello di una donna di 29 anni, mentre nel 1950 e nel 1952 non vi fu alcuna morte imputabile a tale patologia¹¹. Ebbe risposta negativa anche la richiesta di segnalazione di sordomuti, sordo-parlanti e audio-muti alla data del 15 maggio 1955, pervenuta dalla Prefettura di Foggia¹².

I censimenti della popolazione, tanto quelli generali quanto quelli specifici, suddivisi in determinate categorie, sono argomento frequentemente reperibile tra i documenti d’archivio. Nel novembre del 1954 la Prefettura del capoluogo chiese agli Enti comunali di assistenza della provincia (meglio noti con il diffuso acronimo

⁹ ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Assistenza e cure antitubercolotici, Lettera dell’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani al sindaco di Celle San Vito, 19 ottobre 1953.

¹⁰ ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Assistenza e cure antitubercolotici, Lettera del sindaco di Celle San Vito alla Prefettura di Foggia, Divisione Sanità, 12 novembre 1953. Nella missiva il sindaco Perrini prometteva un maggiore impegno rispetto all’anno precedente, ma teneva anche a ricordare le caratteristiche di “piccolissimo centro urbano” del comune da lui guidato, lasciando intuire come tale aspetto avesse complicato la partecipazione locale alla Campagna antitubercolare. A tal proposito, è interessante ricordare che in altri fascicoli d’archivio sono ancora conservati i francobolli rimasti invenduti ed evidentemente mai restituiti alla Federazione nazionale (Allegato n. 11, immagine n. 27).

¹¹ ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Assistenza e cure antitubercolotici (Allegato n. 11, immagini nn. 29 e 30).

¹² ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 350, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Lettera del prefetto di Foggia ai sindaci della provincia con oggetto: Censimento generale dei sordomuti (con allegata minuta della risposta a firma del sindaco).

Eca) di avere notizia del numero di cittadini che rientravano in tre diverse categorie di indigenza, identificabili così come segue:

- a) Numero degli indigenti appartenenti alla 1a Categoria che sono in modo continuativo a carico della pubblica assistenza (vecchi inabili, cronici, deficienti, inabili permanenti al lavoro);
- b) Numero degli indigenti appartenenti alla 2a Categoria che sono costretti da motivi contingenti e transitori a ricorrere alla pubblica beneficenza (minori esposti od illegittimi o privi di assistenza, malati non cronici, vedove con prole senza mezzi di sostentamento, disoccupati, invalidi temporanei);
- c) Numero degli indigenti appartenenti alla 3a Categoria che comprende i bisognosi che in atto non vengono assistiti dall'E.C.A. in quanto si avvalgono delle provvidenze disposte da altri Enti od Istituti a titolo specifico (minori od inabili ricoverati a carico dello Stato e dei Comuni, ricoverati in cronici, alienati deficienti, tubercolotici, ecc.);
- d) Numero degli indigenti appartenenti alla 1a Categoria che beneficiano dell'assistenza in forma continuativa con sussidio mensile in danaro per l'intero anno.
- e) Numero degli indigenti che vengono assistiti sempre in forma continuativa con sussidio mensile in danaro, per alcuni periodi dell'anno, precisando la durata annuale di tale trattamento.¹³

Un'ulteriore tipologia di documenti inseriti all'interno dell'Archivio Storico Comunale di Celle di San Vito è quella che riunisce al suo interno i fascicoli sanitari (cartelle cliniche relative a ricoveri ospedalieri, certificati di malattia o di inabilità, prescrizioni farmaceutiche) di cittadini iscritti nelle liste dei poveri e dunque a completo o parziale carico del Comune per quel che riguardava le spese sanitarie, prima tra tutte l'assistenza medica continuativa a cura del medico condotto. A. M. M., ad esempio, nato nel 1905, definito "deficiente" per "una forma

¹³ ASCCSV, anni 1954-1956, b. 66, fasc. 349, cat. II, cl. 2, fasc. 5, Somministrazione gratuita di medicinali ai poveri, Circolare del prefetto di Foggia ai presidenti degli Enti comunali di assistenza della provincia, 4 novembre 1954. La risposta a firma del presidente dell'Eca di Celle San Vito, Vincenzo Perrini, enumera tredici indigenti appartenenti alla prima categoria e sei alla seconda, questi ultimi da assistere per i soli mesi invernali.

di idiozia” che lo aveva colpito fin dalla nascita, “da qualche tempo in qua lancia oggetti e pietre contro i familiari e batte i suoi coetanei”¹⁴, tanto da prescriverne il ricovero nel 1951 prima presso l’ospedale psichiatrico di Nocera Inferiore e poi, in via definitiva, nel manicomio foggiano di Santa Maria. Talvolta le informazioni archiviate sono attinenti allo stato finanziario del cittadino, una sorta di indagine sulla capacità patrimoniale e reddituale di un individuo o di un nucleo familiare, per accertare l’esattezza dell’attribuzione o della proroga del diritto all’iscrizione nelle liste comunali dei poveri¹⁵.

Periodicamente al medico condotto veniva fatta richiesta dall’ufficio del medico provinciale del capoluogo di un resoconto dettagliato del numero dei decessi che si erano verificati nel paese con le relative cause, al fine di stilare una mappatura della situazione epidemiologica del centro abitato. Dalle carte archiviate è possibile ad esempio constatare che nei mesi di gennaio e giugno 1960 in paese non era morto nessuno, mentre dal prospetto del mese di febbraio dello stesso anno si evince che i decessi erano stati addirittura due, un uomo di 76 anni colpito da “paralisi cardiaca” ed una bambina di un anno per le conseguenze di una bronchite capillare¹⁶.

Ancora, è interessante la documentazione¹⁷ relativa alla campagna antirachitismo per la somministrazione ai bambini con meno di due anni e alle donne in stato di gravidanza o in allattamento di capsule di olio di fegato di merluzzo concentrate con vitamina A e D, promossa sull’intero territorio italiano dall’Unicef in collaborazione con l’ente Amministrazione per gli Aiuti

¹⁴ ASCCSV, anno 1951, b. 66, fasc. 351, cat. II, cl. 2, fasc. 7, Manicomi e cure speciali, Lettera del sindaco al presidente dell’Amministrazione provinciale.

¹⁵ È quanto venne fatto per l’“infermo” D. A., nato nel 1902, sul quale venne richiesto un accertamento dello stato di povertà dal Consorzio provinciale antitubercolare in vista di un ricovero presso gli Ospedali Riuniti di Foggia (ASCCSV, anni 1951-1956, b. 66, fasc. 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3, Assistenza e cure antitubercolari, Esito informazioni sull’infermo redatto a firma della Guardia Comunale Giuseppe Cupoli e indirizzato al Consorzio Provinciale Antitubercolare, 1 giugno 1953).

¹⁶ ASCCSV, anni 1951-1960, fasc. 466, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficiale sanitario (Allegato n. 11, immagini n. 37-38).

¹⁷ ASCCSV, anni 1951-1952, b. 66, fasc. 352, cat. II, cl. 2, fasc. 8, Programma antirachitismo. Il fascicolo comprende la lettera del 1951 a firma dell’Unicef e le liste di nominativi aventi diritto all’assegnazione delle capsule, con accanto a ciascun nome l’indicazione dei quantitativi lasciati in consegna, 30 per i bambini e 15 per le madri, per un totale di 53 nominativi per l’anno 1950 (Allegato n. 11, immagini nn. 31-32).

Internazionali negli anni 1950 e 1951, che vide assegnare al comune di Celle San Vito rispettivamente 1200 e 500 capsule.

In tema di medicinali forniti alla popolazione, nelle vesti di ufficiale sanitario il medico condotto si occupava anche della distribuzione gratuita di farmaci alle persone con maggiore disagio economico ed era responsabile del cosiddetto “armadio farmaceutico” ubicato presso il proprio ambulatorio medico, per una migliore gestione del quale nell’agosto 1951 il sindaco arrivò a chiedere ad una casa editrice di Parma la spedizione del “Regolamento tipo per la disciplina del servizio dello armadio farmaceutico comunale”. I fondi d’archivio conservano anche le attestazioni degli ordini di ricezione di medicinali, corredati dal quantitativo numerico (ben 150, ad esempio, le compresse di aspirina acquisite nel febbraio 1956, a fronte delle due confezioni di fiale Coramina). E nella dicitura “medicinali” rientravano anche prodotti che oggi verrebbero definiti parafarmaceutici, legati alla fase dello svezzamento e all’alimentazione della prima infanzia, come ad esempio le confezioni di “farina lattea”, “semolino di grano duro al Plasmon” e “alimento solido al Plasmon” fornite al Comune dalla Prefettura nel marzo 1956. In un altro elenco, quello relativo agli oggetti e strumenti di uso comune in dotazione del medico, si legge che nell’armadio farmaceutico erano presenti i seguenti prodotti: cerotti adesivi in caucciù, cateteri, cilindri graduati, contagocce a tubetto, compresse di garza idrofila sterili, cucchiaio di corno, un chilogrammo di filo per apparecchi ed un altro chilo di guttaperga laminata, una “scatola completa per sutura metallica alla Michel con grappette”, siringhe di vetro con diverse capacità con i relativi aghi, borse di gomma per acqua calda e borse di ghiaccio, lacci emostatici, seta sterile, una bombola per ossigeno, clisteri per enteroclisma, termometri clinici, stecche per l’intervento su fratture, plantari e palmari di legno e tre diverse tipologie di disinfettanti (cinque litri di soluzione acquosa di formolo al 35-40%, altri cinque di soluzione saponosa di cresolo e creolina e infine 200 compresse di euclorina). Al rifornimento dell’armadio contribuivano anche donazioni di farmaci e strumenti medici da parte della Croce Rossa Italiana alla Prefettura del capoluogo, che

venivano poi equamente distribuite tra i comuni della provincia, in maniera direttamente proporzionale al numero di abitanti e alle liste di indigenti¹⁸.

Risultano archiviate inoltre numerose comunicazioni inviate dall'ufficio del medico provinciale ai sindaci e agli ufficiali sanitari dei paesi della provincia, aventi ad oggetto diverse situazioni, alcune anche a carattere urgente, di natura clinica. Nel gennaio 1960, ad esempio, venne chiarito quale dovesse essere l'iter da seguire per garantire la dovuta assistenza ai soggetti post-poliomielitici, e sempre di poliomielite si parla in una nota del novembre 1959, con la quale si dava avvio alla campagna di vaccinazione antipolio da effettuarsi sui bambini di età inferiore a sei anni¹⁹. In un'altra lettera dell'inizio del 1960, si forniscono informazioni relativamente alla gestione sanitaria di persone affette da "intossicazione cronica prodotta da stupefacenti", delle quali si chiedeva di segnalare, tra le altre cose, la natura della psicosi tossica, l'eventuale recidività, il metodo di cura praticato, l'esito della cura e la provenienza dello stupefacente, ed è significativo notare la precisazione per cui "gli infermi i quali, per la natura della malattia in atto o a causa di malattie incurabili, sono costretti a far uso di stupefacenti per lenire dolori insopportabili, non sono da considerare tossicomani". Viene rendicontata anche l'influenza, e il medico provinciale tiene a sensibilizzare medici condotti ed ufficiali sanitari alla necessità di "evitare nella terapia e nella profilassi dell'influenza, l'uso indiscriminato ed intempestivo di medicinali e in particolare di prodotti antibiotici e vitaminici, il cui impiego è prezioso e insostituibile allorquando esistono precise indicazioni". Sono da denunciare telegraficamente alla Prefettura – lo impone una nota del giugno 1953 – anche i casi di malaria, primitiva e recidiva; alla segnalazione dovrà seguire l'accertamento demoscopico mediante il prelievo di almeno quattro campioni di sangue, e un'accurata indagine epidemiologica che avrà il compito di "verificare se si siano verificate deficienze in qualche settore di lavoro

¹⁸ Tutti i documenti citati sono contenuti in: ASCCSV, anni 1951-1960, b. 76, fasc. lo 471, cat. IV, cl. 1, fasc. 6, Farmacie e farmacisti. Concorsi per conferimento di sedi farmaceutiche. Vendita e sequestro di medicinali (Allegato n. 11, immagini nn. 39-40).

¹⁹ In tema di campagne di vaccinazioni, annualmente venivano predisposte quelle contro il tifo, la difterite e il vaiolo (cfr. in particolare i documenti contenuti in: ASCCSV, anni 1951-1960, b. 77, fasc. 479, cat. IV, cl. 3, fasc. 2, Vaccinazioni antidifteriche e antivaiolose). E nello stesso fascicolo, ancora a proposito di vaiolo, di particolare interesse il telegramma del maggio 1957 inviato alla Prefettura di Foggia dal medico condotto di Celle, che dichiara che "unico passeggero questo comune sbarcato piroscafo Venezuela condizioni normali et regolarmente rivaccinato contro vaiolo".

(abitazioni non trattate o trattate insufficientemente), intervenendo molto per ripristinare dove le lacune si siano riscontrate, le condizioni per l'efficiente lotta antimalarica”²⁰.

A proposito di malaria, nel maggio 1951 fu predisposta in tutto il territorio provinciale una campagna antianofelica sotto la supervisione di un malariologo per mezzo del para-diclorodifeniltricloroetano, l'insetticida meglio noto come D.D.T., che in quel periodo veniva largamente usato per combattere la zanzara anofele, responsabile della diffusione endemica della malattia. Fu data quindi notizia alla popolazione di Celle San Vito, così come a quella degli altri paesi, della necessità di

fare trovare pronti e aperti i propri locali all'atto della esecuzione delle operazioni di didittizzazione [...] e che nei locali trattati non debbano eseguirsi lavori murari o imbianchimento prima del novembre 1951 e ciò per non compromettere la buona riuscita della campagna, che colla distruzione delle anofeline tende ad eliminare dalla Provincia la endemia malarica. [...] La bonifica e il recupero del malarico devono tendere alla radicale eliminazione del parassita malarico, il che è possibile ottenere solo attraverso il razionale impiego dei chinacei o degli altri preparati antimalarici o con l'attento scrupoloso e tecnico controllo medico.²¹

Un'altra emergenza sanitaria attestata nei documenti d'archivio è quella relativa al morbillo, che colpiva a più riprese e in diverse annate la popolazione infantile del paese. Quando veniva riscontrato un caso di morbillo, a scopo cautelativo veniva celermente stabilita la chiusura delle scuole o degli asili frequentati dai bambini colpiti, come testimonia una comunicazione inviata dal medico condotto al sindaco in data 8 dicembre 1951: “Si fa denuncia di morbillo riscontrata al piccolo P. G. di A. e di D. G. ed al piccolo F. R. di M. e di D. M. Si è provveduto all'isolamento domiciliare ed a tutte le altre norme. [...] Il sottoscritto

²⁰ ASCCSV, anni 1951-1950, b. 76, fasc.lo 474, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Lotta antimalarica, lettera della Prefettura di Foggia ai sindaci e agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, 13 giugno 1953 (nello stesso fascicolo sono rinvenibili gli altri documenti prima citati).

²¹ ASCCSV, anni 1951-1950, b. 76, fasc.lo 474, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Campagna antimalarica, lettera della Prefettura di Foggia ai sindaci e agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, 18 maggio 1951.

ha provveduto, onde evitare il diffondersi del contagio, alla sospensione delle lezioni nelle scuole Comunali e nell'asilo di infanzia"²².

Nell'estate del 1957 l'intera provincia fu coinvolta in un'epidemia dell'influenza cosiddetta "asiatica", che non mancò di toccare anche il paese di Celle e di cui viene conservata in archivio ampia documentazione, per lo più inerente a richieste di aggiornamenti numerici sui casi registrati a fini statistici avanzate dalla Prefettura ai singoli Comuni. Così si legge nella relazione della riunione del Comitato provinciale dedicata a tale argomento, che si tenne presso l'Inam di Foggia il 26 novembre 1957, il cui verbale fu inviato per conoscenza a tutti i comuni della Capitanata:

I primi casi di influenza asiatica si sono manifestati durante il mese di luglio nelle sezioni territoriali di Foggia e di Lucera, le più prossime per ragioni geografiche ed economiche alle province della Campania, ove l'epidemia era già diffusa. Si sono avuti casi di tonsillite, di rinofaringite, di bronchite, di malessere generale a decorso breve, benigno, pochi casi, in realtà, che hanno costituito la punta avanzata della epidemia che, dopo qualche settimana, ha invaso l'intera provincia con inattesa, impressionante rapidità. [...] Si può affermare che il numero degli affetti da asiatica si è mantenuto durante tutto il mese di settembre intorno al 55%, rivelando varietà minime di oscillazioni. [...] Nelle prime due decadi di novembre si notano piccoli focolai, i quali lasciano supporre che, pur serpeggiando ancora, l'influenza tende lentamente a sfociare nel quadro della comune morbilità stagionale.²³

Tra il 1954 e il 1956 è da segnalare inoltre il ripetersi di un evento che tenne particolarmente impegnato l'ufficiale sanitario, ovvero il ricorrente rilevamento di una discreta carica batterica nella sorgente di Fontanella, cui tutto il paese di Celle attingeva l'acqua potabile. L'esame batteriologico veniva svolto, nelle varie situazioni di urgenza, dal Laboratorio provinciale di igiene e profilassi di Foggia e

²² ASCCSV, anni, 1951-1960, b. 77, fasc.lo 478, cat. IV, cl. 3, fasc. 1, Epidemie e malattie contagiose, Comunicazione dell'ufficiale sanitario al sindaco di riscontro casi morbillo, 8 dicembre 1951.

²³ ASCCSV, anni 1951-1960, b. 77, fasc.lo 478, cat. IV, cl. 3, fasc. 1, Epidemie e malattie contagiose, Stralcio dal verbale n. 2 della riunione del Comitato provinciale I.N.A.M. in data 26 novembre 1957.

della questione era competente il medico condotto in qualità di ufficiale sanitario. In una relazione dell'agosto 1954 il dottor Trombetti così scriveva:

Esiste nel Comune un rudimentale sistema di condotta che dal bacino di raccolta porta alla fontana pubblica. Ho motivo di ritenere che la sede di inquinamento, specie per la fontana pubblica, sia da ricercarsi nella rete interna che va dal bacino di raccolta alla fontana, attraverso l'abitato, per un tratto di circa 500 metri. Pertanto le nuove analisi dovrebbero essere eseguite su campioni prelevati contemporaneamente alla fontana ed al bacino di raccolta. La urgenza della richiesta è motivata dal fatto che la popolazione è costretta ad approvvigionarsi dalle citate fonti inquinate non avendone altre di cui disporre, sia pure in via provvisoria. Le malattie dell'apparato digerente sono in notevole aumento specie tra la popolazione infantile, da circa un anno.²⁴

Rientrano nel novero dei materiali conservati presso l'Archivio Storico Comunale anche le attestazioni relative alle cosiddette "vacanze" della condotta locale e ai medici di volta in volta assunti. Interessante è, a tal proposito, la comunicazione inviata nel 1951 dal sindaco alla Prefettura, avente ad oggetto l'indennità di cavalcatura, che come si ricorderà costituiva una voce specifica dello stipendio del medico condotto e che nel caso particolare di Celle San Vito si riteneva che non fosse opportuna, "tenuto anche conto della irrilevanza numerica di questa popolazione"²⁵ e quindi della ridotta estensione della superficie del territorio comunale.

Resta anche traccia del tentativo²⁶, da parte dell'amministrazione comunale di Celle San Vito, di sciogliere il consorzio per la condotta medico-veterinaria che vedeva il paese da anni unito al vicino comune di Faeto, richiesta respinta a causa

²⁴ ASCCSV, anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 477, cat. IV, cl. 2, fasc. 4, Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi, Esito sfavorevole delle analisi eseguite su due campioni d'acqua il 20/7/1954 in questo abitato, lettera dell'ufficiale sanitario al sindaco, 9 agosto 1954.

²⁵ ASCCSV, anni 1951-1959, b. 76, fasc.lo 466, cat. IV, cl. 1, fasc. 2, Ufficiale sanitario, Lettera del sindaco alla Prefettura di Foggia con oggetto: Indennità di cavalcatura, 8 novembre 1951. Di indennità di cavalcatura parla anche il dottor Achille Cocuzzi nella sua intervista (AC, foglio 8).

²⁶ ASCCSV, anni 1951-1959, b. 76, fasc.lo 467, cat. IV, cl. 1, fasc. 2, Consorzio Medico, Decreto a firma del Prefetto di Foggia n. 57045 del 13 aprile 1957.

del limitato numero di abitanti dei due centri e in considerazione del mancato pronunciarsi del sindaco di Faeto sulla questione.

Altra informazione degna di nota è quella relativa all'esistenza di professioni ausiliarie²⁷, in affiancamento al medico condotto, quali quelle di odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, per le quali venivano banditi regolari concorsi a livello provinciale. Spicca tra tutte il ruolo di assistente sanitaria visitatrice, ovvero un "corpo di assistenti sanitarie aventi per compito di ricercare e curare, fin dai primi sintomi, fra il popolo, le malattie e di prevenirne la diffusione per mezzo di insegnamenti pratici di profilassi e di igiene"²⁸, che si adoperavano particolarmente nell'ambito nelle pratiche di prevenzione e cura della tubercolosi. Nel 1951 il Consorzio Provinciale Antitubercolare indisse un concorso per titoli ed esami per i posti di assistenza sanitaria visitatrice nelle sezioni dispensariali di Cerignola e San Marco in Lamis, il cui bando è conservato tra i fondi dell'Archivio Storico Comunale di Celle San Vito.

4.3. Il decennio 1961-1970

I medici condotti che si avvicendarono nel secondo decennio preso in esame furono fino al 1962 il dottor Francesco Perrini, in servizio dal 1959; a seguire, stando a quanto testimoniato dalla documentazione d'archivio, i dottori Antonio Ricci²⁹ fino al 1964, poi Giuseppe Pes, dal dicembre 1966 Alfredo Navazio³⁰, infine dal novembre 1969 Emilio Tafaro³¹.

Una novità importante è quella relativa all'armadio farmaceutico in dotazione del medico condotto, di cui come si è visto era stato documentato il regolare

²⁷ Cfr. ASCCSV, anni 1051-1953, b. 76, fasc.lo 471, cat. IV, cl. 1, fasc. 6, Professioni sanitarie ausiliarie.

²⁸ A. Frezza, *Storia della Croce Rossa Italiana*, Poligrafico Fiorentino, Firenze 1956, p. 178.

²⁹ Un certificato di malattia del 1963 intestato ad una paziente affetta da ulcera gastroduodenale riporta la firma del medico Ricci (ASCCSV, b. 67, fasc.lo 370, cat. II, cl. 2, fasc. 1).

³⁰ I documenti relativi agli ultimi due medici nominati sono in: ASCCSV, anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 522, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Personale sanitario, Interinato condotta medica, dichiarazione a firma del Sindaco di Celle, 16 dicembre 1966.

³¹ ASCCSV, anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 532, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Medico provinciale, Convocazione d'urgenza assemblea Consorzio Faeto-Celle San Vito, 13 novembre 1969.

funzionamento e riassortimento nel corso degli anni Cinquanta. Nel marzo del 1961, in risposta ad una richiesta di rendicontazione per rivedere la pianta organica delle farmacie sull'intero territorio provinciale, il sindaco del paese dichiara al medico provinciale che “nessun provvedimento è stato adottato per il funzionamento dell'armadio farmaceutico. I cittadini, data la vicinanza col Comune di Faeto, si servono, per l'acquisto dei medicinali, della farmacia di quest'ultimo Comune”³², e da tale comunicazione si può dunque dedurre che la pratica dell'armadietto presso l'ambulatorio del medico condotto non fosse più in uso già all'inizio degli anni Sessanta.

Le ricevute delle spese sostenute per i ricoveri ospedalieri degli abitanti a carico del Comune – le cosiddette “spese di ospedalità” – testimoniano l'ampio ventaglio di casi clinici verificati. Nel novembre 1961, ad esempio, R. M. fu ricoverato in stato di shock presso gli Ospedali Riuniti di Foggia in seguito a contusione cranica e frattura alla clavicola; nell'agosto dello stesso anno il paziente G. T. fu curato presso l'Ospedale Civile “Teresa Masselli-Mascia” di San Severo, in quanto affetto da “ematemesi e melena imponente”; presso lo stesso ospedale e negli stessi giorni, toccò al diciassettenne C. M. essere ricoverato nel pieno di una appendicite acuta. Dalla Maternità di Foggia, arriva notizia di una metrorragia d'aborto intercorsa al quarto mese di gravidanza alla giovane N. O., che fu poi nuovamente ricoverata al settimo mese per una rottura prematura delle membrane; oppure, il caso di L. P., che nel giugno 1962, dopo aver partorito in casa, dovette ricorrere alle cure ospedaliere per mancato secondamento. Per il quattordicenne G. M., invece, la diagnosi che portò ad un rapido ricovero presso gli Ospedali Riuniti del capoluogo fu di tifo addominale. Particolare fu il caso della piccola C. L. P., che ad un anno di età fu ricoverata presso gli Ospedali Riuniti in quanto affetta da lussazione congenita dell'anca ai sensi della Legge n. 218 del 1954, che prescriveva il ricovero in appositi istituti ortopedici ai fini di una più efficace assistenza ai piccoli pazienti. Scorrendo le carte, si leggono le più variegata diagnosi: emiparesi con collasso, collasso cardiocircolatorio, disturbi circolatori in soggetto con postumi

³² ASCCSV, anni 1961-1964, b. 79, fasc. 496, cat. IV, cl. 1, fasc. 4, Personale sanitario, Armadio farmaceutico. Comunicazione del sindaco al medico provinciale, 28 marzo 1961.

d'infarto del miocardio, calcolosi epatobiliare con vomito incoercibile, afasia acuta, sindrome convulsiva, metastasi ulcerata alla parete addominale del colon, crisi stenocardiche in atto, anuria, e l'elenco potrebbe continuare³³.

In tema di vaccinazioni, è da segnalare il richiamo rivolto nel dicembre 1966 dal medico provinciale ai sindaci e agli ufficiali sanitari dell'intero territorio, per segnalare la "persistenza in questa Provincia di casi di poliomielite che continuano a verificarsi nei soggetti non vaccinati" e per chiedere tassativamente alle autorità competenti di operare "affinché siano recuperati, senza ulteriori ritardi, i soggetti che non hanno praticato la vaccinazione e quelli incompletamente immunizzati", provvedendo a segnalare prima a mezzo telegrafo e poi a mezzo lettera "ogni caso di poliomielite, anche sospetto, specificando le generalità, l'età del soggetto, la data di inizio della malattia, le vaccinazioni subite, l'Ospedale in cui eventualmente il soggetto sia stato ricoverato"³⁴. La novità in tema di profilassi antipoliomielitica fu nella metodologia di vaccino, il cosiddetto Sabin, sviluppato con poliovirus vivi attenuati e da somministrare per via orale, che si affiancava al di poco precedente metodo Salk, che si componeva di poliovirus inattivati da iniettare: la provincia di Foggia, su indicazione del ministero della Sanità, preferì l'inedita formula del Sabin e l'archivio conserva traccia del carteggio tra medico provinciale e ufficiale sanitario, con l'invio di materiali informativi sulla nuova modalità di somministrazione del vaccino, che prevedeva un primo ciclo di tre dosi a cadenza mensile seguito a qualche mese di distanza da una quarta dose, e la periodica richiesta di aggiornamenti numerici sui vaccinati (ovvero obbligatoriamente i bambini di età compresa tra i quattro mesi e i sei anni, ma per volontà dell'interessato o, se minorenne, dei suoi genitori, anche gli individui fino al compimento dei 21 anni di età)³⁵.

Nel decennio si tornò a parlare anche di tubercolosi: attraverso una lettera inviata il 29 agosto 1961 dal Consorzio provinciale antitubercolare di Foggia alle

³³ Tutti i documenti citati sono contenuti in: ASCCSV, Ospedali, anni 1960-1975, b. 67, fasc.lo 372, cat. II, cl. 2, fasc. 1 (Allegato n. 11, immagini nn. 33-34).

³⁴ ASCCSV, anni 1966-1976, b. 67, fasc. 369, cat. II, cl. 1, fasc. 2, Assistenza ai ciechi e ai poliomielitici, Lettera del medico provinciale ai sindaci e agli ufficiali sanitari dei comuni della Provincia, 1 dicembre 1966.

³⁵ Per ulteriori informazioni, si consultino i documenti raccolti in: ASCCSV, anni 1960-1965, b. 79, fasc.lo 511, cat. IV, cl. 3, fasc. 4, Vaccinazioni contro il vaiolo e la difterite.

amministrazioni comunali e agli ufficiali sanitari, “si rivolge particolare preghiera affinché i bambini facenti parte di nuclei famigliari presso i quali si è manifestato qualche caso di malattia specifica, siano avviati al Preventorio Antitubercolare di Manfredonia. All’uopo si rivolge viva raccomandazione affinché non venga a mancare la collaborazione dei Sigg. Medici Condotti”³⁶. La permanenza del minore presso il Preventorio, si legge più avanti, è stabilita per un periodo di sei mesi. In seguito a tale avviso, negli anni successivi e con cadenza regolare ebbero luogo delle indagini, come ad esempio il ciclo di schermogrammi cui venne sottoposta la scuola elementare del paese e parte della popolazione, per un totale di 91 individui esaminati, tra i quali si diagnosticò un caso sospetto di tbc, la scolara undicenne A. A. che presentava l’ilo sinistro ingrossato e che venne prontamente rimandata a Foggia per ulteriori approfondimenti.

Il medico condotto, in qualità di ufficiale sanitario, era anche destinatario di missive riguardanti questioni correlate a medicinali o a norme igieniche: è quanto accadde nel 1964, quando una nota emessa dal ministero della Sanità e reinoltrata dal medico provinciale di Foggia avvisava della necessità di sequestrare tutti i lotti del medicinale *Efilina* perché corredati da stampati non autorizzati, e la stessa cosa accadeva con il preparato galenico *Ergotina Bonjean*, da ritirare dal commercio perché avariato; oppure l’invito a controllare tutti i recipienti in metallo stagnato utilizzati nei pubblici esercizi per conservare gelati e sensibilizzare i titolari dei locali ad effettuare le apposite analisi per verificare che non ci fossero tracce di piombo³⁷.

Dal punto di vista delle insorgenze cliniche, il decennio scorre con i consueti richiami all’attenzione in termini di profilassi e di cura nei confronti dell’influenza stagionale, per la quale agli ufficiali sanitari veniva fatta raccomandazione “di provvedere con la dovuta tempestività alla vaccinazione preventiva delle persone che per la natura delle loro occupazioni sono più esposte al contagio e conseguentemente a trasformarsi in operosi veicoli di diffusione del contagio con

³⁶ ASCCSV, anni 1961-1964, b. 67, fasc.lo 374, cat. II, cl. 2, fasc.2, Assistenza preventoriale, lettera dal Consorzio provinciale antitubercolare, 29 agosto 1961.

³⁷ Le lettere citate sono tutte conservate in: ASCCSV, anno 1964, b. 68, fasc.lo 387, cat. II, cl. 5, fasc. 2, Controlli effettuati sui medicinali.

intuitivo pregiudizio del regolar funzionamento dei servizi loro affidati” e si richiedeva “l’esatta compilazione del bollettino decadale delle eventuali manifestazioni influenzali”³⁸.

Negli anni Sessanta la malaria continuava ad essere un rischio sanitario all’orizzonte della nazione e il ministero della Sanità, attraverso l’ufficio del medico provinciale, riteneva necessario avvisare sindaci e ufficiali sanitari che

l’anofelismo malarigeno è ancora largamente presente in Italia, per cui appare evidente che la pronta diagnosi, oltre che una finalità terapeutica, assume anche particolare rilievo ai fini della prevenzione della malattia. [...] Con l’occasione si comunica che sono state assegnate a ciascun Ufficio Medico Provinciale n. 40 fiale da 1 cc pari a 0,50 gr di chinino bicloridrato da tenere come scorta di emergenza. [...] L’uso della scorta inviata dovrà essere riservato ai casi in cui sia impedita la somministrazione di farmaci antimalarici per via orale, a causa dello stato di incoscienza del malato, o per disturbi gastrici.³⁹

Rilevante – rispetto al decennio precedente durante il quale tale argomento è del tutto inesistente, guardando alla documentazione conservata in archivio – è anche il numero di segnalazioni di corsi e congressi di aggiornamento professionale⁴⁰, che venivano inviate al sindaco con la preghiera di predisporre tutte le azioni che potessero essere utili a consentire la partecipazione del personale sanitario interessato alle iniziative di formazione in questione: ad esempio, un corso della durata di dieci giorni sulla vigilanza igienica di alimenti e bevande, organizzato dal Laboratorio provinciale d’igiene e profilassi e destinato ai vigili

³⁸ ASCCSV, anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficio sanitario comunale, Profilassi dell’influenza, Comunicazione del medico provinciale di Foggia agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, 11 marzo 1963.

³⁹ ASCCSV, anni 1966-1969, b. 81, fasc.lo 542, cat. IV, cl. 3, fasc. 1, Malattie infettive e contagiose, Profilassi della malaria, Comunicazione del medico provinciale a sindaci e ufficiali sanitari, 6 giugno 1969.

⁴⁰ Non è un caso che tale tipologia di comunicazioni sia così presente nella documentazione relativa agli Sessanta. È infatti questo il decennio in cui in Italia si dà il via in maniera strutturata e capillare, con iniziative di aggiornamento professionale a vario titolo e a differente caratterizzazione, a quella che potrebbe essere definita come un’autentica *medical education*, in un’ottica che può a buon diritto dirsi pedagogica. L’esempio più calzante in tal senso, anche in virtù del suo essere il primo in ordine cronologico per fondazione, è quello del Centro italiano per la formazione del medico (cfr. A. Lotti, *Formidabili quegli anni! Il Centro medico per la formazione del medico a San Remo, 1969-1989*, in “Tutor”, vol. 16, n. 1, 2016, pp. 9-17).

sanitari in servizio, oppure il 26esimo convegno annuale dell'Associazione nazionale dei medici condotti, che ebbe luogo a Montecatini Terme dal 10 al 14 ottobre 1962⁴¹, o ancora nell'agosto 1962 un viaggio nei paesi scandinavi e in Russia per i medici generici, con un fitto programma di visite di cliniche e ospedali nelle nazioni visitate.

L'abitudine di far soggiornare i bambini presso le colonie estive sembrava essere molto diffusa, stando a quelle che sono le attestazioni di tale uso nelle fonti d'archivio. In una comunicazione emessa nell'aprile 1962 dall'ufficio del medico provinciale e indirizzata, come da prassi, ai sindaci e agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, si esplicitava la regolamentazione per l'accesso ai centri di soggiorno estivi per minori con l'obiettivo di assicurare le necessarie condizioni di igiene e buona salute per i piccoli ospiti e per il personale che si prendeva cura di loro:

- 1) L'ammissione dei bambini deve essere preceduta da un esame clinico accurato, integrato se possibile dalle indagini radioscopiche del torace. Per i bambini affetti da forme morbose e da minorazioni tali da richiedere particolare assistenza (diabetici, cardiopatici) si curerà di avviarli ad apposite Colonie;
- 2) il personale direttivo di assistenza e di servizio deve essere in possesso dell'idoneità fisica necessaria per l'impegnativo lavoro cui è destinato ed esente da malattie contagiose. [...] Il personale addetto alla cucina dovrà essere sottoposto, dieci giorni prima della sua ammissione in colonia, alla ricerca dei germi del gruppo della salmonella negli escreti;
- 3) I coloni debbono comprovare, con certificati rilasciati esclusivamente dall'Ufficiale Sanitario Comunale, di essere stati sottoposti alle seguenti vaccinazioni: vaccinazione antivaaiolosa [...], vaccinazione antidifterica [...], vaccinazione antitifico-paratifica [...], vaccinazione antipoliomielitica.⁴²

⁴¹ Le notizie relative a queste e ad altre iniziative di formazione sono conservate in: ASCCSV, anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficio sanitario comunale.

⁴² ASCCSV, anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficio sanitario comunale, Colonie estive – Vaccinazioni ammittendi – Organizzazione e vigilanza igienica, comunicazione dal medico provinciale di Foggia agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, 27 aprile 1962.

Per quel che riguarda le colonie, è da segnalare l'esistenza di centri destinati a bambini e ragazzi affetti da specifiche forme di patologie, come era per la colonia permanente antitracomatosa ubicata a Candela (dotata anche di una sezione staccata di scuola elementare), che procedeva periodicamente al reclutamento dei minori da ricoverare per l'intero anno e chiedeva pertanto agli ufficiali sanitari dei comuni della provincia, per il tramite dell'ufficio del medico provinciale, "di voler effettuare una visita oculistica ai bambini frequentanti le scuole elementari pubbliche e private, le scuole rurali e gli asili segnalando i casi di tracoma eventualmente riscontrati"⁴³.

Una nota informativa del medico provinciale nell'estate del 1962 sull'aumento dei casi di febbre tifoidea (le cui cause "sono da ricercarsi in errori igienici piuttosto diffusi nella popolazione, nel deficiente governo igienico dei mercati e, non di rado, nella sconsigliata promiscuità di vendita di frutta, ortaggi e molluschi eduli e simili, in concorso con la sfavorevole influenza del caldo eccessivo") porta ad un aggravio del carico di lavoro del medico condotto in qualità di ufficiale sanitario, che dovette seguire le pratiche per il rilascio o la conferma delle autorizzazioni sanitarie in diversi locali destinati alla vendita di prodotti alimentari. I fascicoli di documenti in Archivio danno infatti notizia di numerose richieste di accertamento della congruità dei pubblici esercizi commerciali, richieste presentate dagli esercenti con acclusa una planimetria del locale a scala 1:100⁴⁴.

Una interessante novità da segnalare nel decennio è quella relativa alla profilassi antivaiolo, che doveva evidentemente essere somministrata a tutti coloro che provenivano da un elenco piuttosto ampio di paesi esteri, sia europei che extraeuropei, e si pensi a quanto fosse intenso il "traffico" di persone, non tanto per motivi turistici, quanto per il rientro in patria, temporaneo o permanente, di chi emigrava per questioni lavorative. Tale elenco era però soggetto a periodiche sistemazioni e andava modificandosi in virtù della revoca o dell'estensione delle misure cautelative nei confronti degli ingressi da questa o da quella singola città

⁴³ ASCCSV, anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 502, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Servizio medico e sanitario, Depistamento tracomatosi, comunicazione del medico provinciale ai sindaci e ufficiali sanitari della provincia, 7 settembre 1964.

⁴⁴ La documentazione in oggetto è visionabile in: ASCCSV, anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Ufficio sanitario comunale.

straniera o intera nazione. Scorrendo la documentazione d'archivio⁴⁵, si legge ad esempio della predisposizione delle misure profilattiche per le provenienze dalle località britanniche di Woolwich, Hornchurch e Ilkley (3 febbraio 1962) e dalla polacca Breslavia (28 luglio 1963), ma si trova anche traccia delle ordinanze relative alla cessazione delle medesime disposizioni per le persone che entravano in Italia dopo aver soggiornato a Stoccolma (8 agosto 1963) o nel Golfo Persico (21 luglio 1964).

Per quel che riguarda le cause di morte di abitanti del paese di Celle San Vito, poche sono le attestazioni relative al decennio in esame conservate nel repertorio d'archivio. Si segnala ad esempio il decesso di E. G, una donna di 41 anni spirata nell'agosto 1961 in quanto affetta da tubercolosi, e di A. D., di 68 anni, morto nel mese successivo per "paralisi cardiaca", mentre il bilancio del mese di ottobre è negativo⁴⁶.

Tra le mansioni del medico condotto nei contesti territoriali nei quali si trovava ad essere anche ufficiale sanitario, come accadeva a Celle San Vito, c'era anche quella di vigilare sulle condizioni di igiene e sicurezza dei generi alimentari prodotti, distribuiti o consumati nel comune di pertinenza. Su segnalazione effettuata dall'ufficiale sanitario, il Laboratorio chimico provinciale eseguiva prelievi ed analisi su campioni di derrate alimentari o bevande, allo scopo di verificarne la salubrità. Ecco allora nel maggio 1964 il provvedimento indirizzato a L. F. ed N. F., rispettivamente venditore e produttore di una partita di vino rosato, "risultato di aspetto torbido e di odore e di sapore sgradevoli di muffaticcio e di legna"⁴⁷ e dunque ritirato dal commercio, con tanto di sanzione pecuniaria ai due responsabili; ancora, il prelevamento di campioni di pasta effettuato a scopo di analisi presso la rivendita di G. P., provenienti da un vicino molino con annesso pastificio.

⁴⁵ ASCCSV, anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 502, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Servizio medico e sanitario (Allegato n. 11, immagini nn. 41-42).

⁴⁶ I dati riportati sono leggibili nei prospetti delle cause di morte emessi dal medico condotto con cadenza mensile e conservati in: ASCCSV, anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 505, cat. IV, cl. 2, fasc. 5, Bilanci sanitari del paese.

⁴⁷ ASCCSV, anni 1962-1966, b. 79, fasc.lo 506, cat. IV, cl. 2, fasc. 6, Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, Vigilanza igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e bevande, comunicazione del medico provinciale, 11 maggio 1964. Nello stesso fascicolo è rintracciabile il documento relativo all'altro caso sopra riportato.

4.4. Il decennio 1971-1980

La documentazione relativa agli anni Settanta è numericamente piuttosto ridotta, come già si è anticipato in apertura del presente capitolo. Il decennio vide al lavoro il medico condotto A. Calabrese, che nel maggio 1971 inviò una lettera avente ad oggetto “Proposta per una visita oculistica di massa alla popolazione scolastica di Faeto e Celle San Vito: asilo, scuole elementari, scuole medie”, indirizzata tra gli altri al prefetto e al medico provinciale. Il testo della missiva riporta quanto segue:

Per opportuna conoscenza e con preghiera di assicurare una efficace terapia, sia a scopo medicamentosa che profilattica, si invitano le SS. LL. Illustrissime a voler contribuire alla spesa per una visita specialistica, resasi necessaria dopo aver constatato nel corso delle due visite mediche, promosse dal Signor Provveditore agli Studi, casi di congiuntiviti, blefariti e strabismi. La presente richiesta di contributi è dettata dalle condizioni economiche precarie in cui versano le Popolazioni di Faeto e Celle San Vito.⁴⁸

Non è stato invece reperito alcun documento relativo all’attività di medico condotto svolta dal dottor Amilcare Spinapolice, intervistato nell’ambito della presente ricerca, probabilmente a causa del fatto che l’amministrazione comunale responsabile dell’attività professionale del medico all’interno del consorzio era quella di Faeto ed è dunque nell’archivio storico comunale di quest’ultimo paese che sono conservati i materiali a firma di Spinapolice.

A proposito di professioni sanitarie, un dato è da segnalare, quello relativo all’offerta di collaborazione professionale mossa nel novembre 1971 dal consorzio dei due comuni a Carmela Troiano, ostetrica condotta di Castelluccio

⁴⁸ ASCCSV, anni 1965-1978, b. 80, fasc. 522, cat. IV, cl. 1, fasc. 1, Personale sanitario, Proposta per una visita oculistica, lettera dell’ufficiale sanitario di Celle San Vito al prefetto e al medico provinciale, 25 maggio 1971.

Valmaggione⁴⁹, per ovviare evidentemente all'assenza di una figura simile, assenza più volte messa in evidenza nelle richieste ufficiali che provenivano dal medico provinciale in merito al numero di professionisti sanitari presenti sul territorio, distinti tra medico, veterinario e ostetrica condotta.

Sul finire degli anni Settanta, l'istituzione del servizio di continuità assistenziale, familiarmente noto come "guardia medica", lascia traccia anche nella documentazione d'archivio, all'interno della quale è possibile reperire gli elenchi⁵⁰ dei turni dei medici responsabili di tale forma di servizio di assistenza sanitaria alla popolazione. Come evidenziato anche nell'ambito dell'analisi dei dati ricavati dalle interviste ai medici ex condotti e dai diari di loro produzione, la novità della presenza della guardia medica portò ad un alleggerimento del carico di lavoro dei medici condotti e generici, che vennero così "liberati" dalla responsabilità di presidiare il territorio nelle ore notturne, prefestive e festive.

Una sola la notizia di un certo interesse dal punto di vista medico-sanitario. Nel 1978 venne predisposta l'attuazione della campagna antimalarica e antinsetti, coordinata dal locale Comitato provinciale antimalarico nei comuni di Capitanata, allora 44. Per quel che riguarda Celle San Vito, la campagna fu preventivata nelle giornate del 4 aprile, 23 e 24 maggio, 1 e 3 agosto, con le modalità di seguito esposte:

Il servizio in questione verrà inizialmente attuato, in ciascun Comune, per un previsto periodo da tre a otto giorni, con un primo trattamento di "abathion" da irrorare su stagni, marane, immondezzai, fogne, pozzi neri e simili, e dopo circa trenta giorni sarà attuato un secondo trattamento antilarvale, a cui, a seconda delle condizioni atmosferiche, potrà essere abbinato un primo intervento contro le "alate" che sarà praticato con "nuvanol".⁵¹

⁴⁹ ASCCSV, anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 532, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Medico provinciale, Servizio ostetrica supplente, lettera del sindaco di Celle San Vito alla signora Carmela Troiano, 3 novembre 1971 (Allegato n. 11, immagine n. 45).

⁵⁰ Diversi elenchi di questa tipologia sono in: ASCCSV, anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 532, cat. IV, cl. 2, fasc. 1, Medico provinciale.

⁵¹ ASCCSV, anni 1977-1978, b. 81, fasc.lo 540, cat. IV, cl. 2, fasc. 17, Campagna antimalarica e autimalarica e antisettica, Comunicazione del Comitato provinciale antimalarico di Foggia al sindaco e all'ufficiale Sanitario di Celle San Vito, 24 febbraio 1978.

L'assenza di altre notizie di una certa rilevanza relative al decennio degli anni Settanta è il segno più tangibile ed evidente degli effetti della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, che come si ricorderà servì ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, liberando le amministrazioni comunali dal gravoso compito di gestire le questioni sanitarie ed igieniche della popolazione e della comunità territoriale.

Conclusioni

La retrospettiva sul ruolo professionale del medico condotto e sul contesto clinico, sociale e culturale nel quale egli si mosse ha cercato di dare risposta alla domanda di ricerca da cui ha preso il via la presente indagine, ovvero quali fossero le modalità di lavoro della storica figura del condotto e quali eventuali connessioni fosse possibile stabilire tra il passato ed il presente dell'assistenza sanitaria a carattere territoriale, incarnata nei profili del trascorso medico condotto e dell'attuale medico di medicina generale.

Come si è visto, la ricerca ha percorso, sin dai suoi primi passi, due itinerari che hanno fatto in modo di procedere il più possibile contigui, l'asse dell'approccio storico e quello dell'approccio biografico, che si sono costantemente intersecati e arricchiti a vicenda.

L'iniziale operazione di studio del cosiddetto "stato dell'arte" sull'evoluzione della medicina condotta nello scenario politico e sociale della penisola italiana negli scorsi secoli, sebbene abbia avuto dichiarati ed espliciti caratteri di ricerca storica, proponendosi dunque l'evidente obiettivo di ricavare dati e notizie relativi a tale istituto, non si è trattenuta dal guardare da un punto di vista più interno, quasi introiettato, alle biografie e ai profili dei tanti medici condotti di cui le fonti storiche e le opere letterarie e artistiche hanno tramandato nomi, voci e storie, cercando di recepirne le soddisfazioni, le esitazioni, le difficoltà connesse al lavoro da essi svolto.

Anche per quel che riguarda il materiale raccolto mediante l'analisi delle interviste e dei diari di ex medici condotti, è evidente come esso abbia offerto molteplici possibilità di lettura, aprendo la strada a diversificati spazi di indagine, che affiancano alla prospettiva prettamente storica (nella fattispecie, di storia della

medicina, della legislazione sanitaria, della società, della cultura, dell'economia, del territorio) anche utilizzi di natura più squisitamente pedagogica, che guardano all'atto stesso del raccontare e del raccontarsi, da parte degli intervistati, come uomini e come professionisti. La domanda di ricerca iniziale ha dunque trovato risposte quantitativamente e qualitativamente rilevanti – anche grazie all'apporto della ricognizione effettuata sul materiale d'archivio – dal punto di vista di una più capillare conoscenza delle azioni e delle competenze professionali del medico condotto, con particolare attenzione a quella fase “ultima” della storia normativa e operativa della condotta medica ancora poco indagata dalla letteratura scientifica sull'argomento, ovvero il trentennio compreso tra la fine del secondo conflitto mondiale e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, nello scenario idealtipico di alcuni piccoli centri abitati della provincia di Foggia. Parallelamente alla lettura di carattere specificatamente storico, è però possibile guardare alla ricerca da diverse angolazioni, che riflettono prospettive e chiavi interpretative diverse e aprono la strada a spunti di riflessione che si potrebbero icasticamente e sinteticamente definire “umani”.

Prima di tutto, la dimensione della vecchiaia. Il filo rosso che unisce tutte le testimonianze raccolte per mezzo della somministrazione delle interviste e della lettura dei diari o di altre forme di resoconto scritto è infatti senz'altro quello dell'età degli interlocutori, che si assesta per tutti i medici coinvolti oltre i 65 anni, in alcuni casi anche dopo o in prossimità dei 90, e dunque nel vasto e complesso territorio della gerontologia. Il legame tra l'ultima parte della vita e la narrazione della vita stessa è rimarcato da tempo¹ e l'attività di riesame e di rilettura consapevole e meditata della propria biografia, nella sua interezza o in una sua specifica porzione e fase, va a connotarsi di un valore di grande rilevanza, tanto per chi ascolta o legge il racconto (cui si assicura la preziosa possibilità di accedere ad un passato lontano, ma ancora vicino, di cui spesso è ancora in vita il testimone diretto che ha di fronte), quanto per chi narra, che riesce così ad attivare un

¹ Già R. Butler negli anni Sessanta dello scorso secolo riconosceva che un'attività primaria di sviluppo per l'anziano è il riesame critico della propria vita (R. Butler, *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*, in: “Psychiatry”, 1963, 26, pp. 65-67).

processo naturale di reminiscenza, traendone benessere fisico e psicologico². C'è poi un altro aspetto, ugualmente significativo, connesso con l'età avanzata degli interlocutori: raccogliere le testimonianze di narratori in là con gli anni, talvolta molto anziani, può voler dire per il ricercatore predisporre all'ascolto di voci talvolta non chiaramente intelleggibili ma sempre lucide e precise nella volontà del ricordo e della testimonianza, può significare – sempre per il ricercatore – adeguarsi a tempi e ritmi di racconto inevitabilmente più lenti e meditati, dimostrazione concreta della complessità anche fisica del racconto per chi narra³. Si pensi anche alla frequenza con cui alcuni intervistati, nello specifico della ricerca in oggetto, hanno paventato il timore di non ricordare a dovere i dettagli piccoli e grandi della propria esperienza professionale come medico condotto, una sorta di ammissione di colpa, quasi un voler scaricare ogni responsabilità conseguente ad una dimenticanza, ad una omissione o ad una testimonianza involontariamente falsa⁴: è la dimostrazione di come sia stato pressante, per gli anziani intervistati, il desiderio di “andare bene”, di riuscire a rispondere alle domande e dunque soddisfare le richieste e le aspettative dell'intervistatore. È quasi un esprimere ad alta voce quella che è un'ansia recondita e nascosta di molti intervistati, il timore cioè di non essere di aiuto per chi conduce l'intervista, di non riferire dati e informazioni di particolare interesse.

Oltre a questo, è da rimarcare negli intervistati più anziani anche la visibile contentezza di sapere che qualcuno – l'intervistatore – è interessato alla propria storia⁵, al racconto della propria esperienza professionale, un'esperienza che essi

² “Il legame tra conservazione culturale e benessere psicologico sta nel processo naturale di reminiscenza o revisione critica della vita, in cui gli anziani fanno il punto della loro vita e comprendono con maggiore chiarezza cos'è andato bene, cosa avrebbe potuto andare meglio e cosa conta di più ancora oggi. [...] La funzione reale di un racconto autobiografico, che comprende una profonda riflessione e l'elaborazione critica di ciò che emerge dalla narrazione, è consentire agli anziani d'indicare ciò che più ha significato nella loro vita” (R. Atkinson, *Op. cit.*, p. 29).

³ In tal senso, va specificato che la lunga durata di alcune interviste raccolte nell'ambito dell'indagine si giustifica proprio alla luce delle frequenti pause del racconto, dovute nella maggior parte dei casi all'esigenza dell'intervistato di riflettere sulla domanda posta, prima di rispondere.

⁴ Per fare qualche esempio estrapolato dalle interviste: “Il problema è che dopo 25 anni di pensione... non ricordo più niente!” (PT, foglio 4); “Senta, ma sto andando bene? Io ho 86 anni e queste sono cose di tanti anni fa... faccio fatica a ricordarmi. Per fortuna mi aiuta lei, mia moglie... lei ricorda meglio di me! Prima poi ero solito raccontare tanti aneddoti del mio lavoro ai miei figli, agli amici... adesso mi accorgo che tante cose le ho dimenticate...” (AL, foglio 3).

⁵ Giova ricordare in questa sede come nel corso di tutte le interviste si sia cercato di mostrare concreto interesse e coinvolgimento all'ascolto dei racconti, e questo ha consentito di creare una situazione

stessi avevano superato e abbandonato, passando alla medicina di famiglia, e che invece hanno scoperto ora essere oggetto di un inedito coinvolgimento. Vale di esempio, in tal senso, la frase “Mi fa piacere che le sia utile!”⁶ con cui uno dei medici intervistati ha manifestato in maniera evidente la propria soddisfazione nel constatare l’interesse dell’intervistatrice nei confronti di un suo scritto.

L’età avanzata della maggior parte degli interlocutori ha inoltre consentito di osservare con maggiore pregnanza la peculiarità del processo di risposta alle domande da parte dei medici intervistati. La complessità dei compiti cognitivi richiesti all’intervistato⁷ – ovvero comprendere la domanda, richiamare informazioni dalla memoria e formulare un giudizio, una valutazione, una stima, o selezionare un evento, e infine esprimere il giudizio verbalmente – si è concretizzata nelle pause anche minime, nelle esitazioni spesso impercettibili, nello stato d’animo non sempre disteso che ha caratterizzato il raccontare di alcuni medici.

Anche per quel che riguarda i diari di medici ex condotti – lo si è già messo in evidenza – essi sono il frutto di una riflessione *a posteriori*, di uno sguardo rivolto all’indietro. Gli autori, anziani e già in pensione, ripensano al proprio passato biografico e professionale e decidono che è giunto il momento di metterlo su carta, di dare ordine ai ricordi attraverso un’attenta e precisa operazione di scrittura. Un’ulteriore prospettiva di lettura, quella della narrazione di sé nell’età della vecchiaia, permette dunque di intravedere nelle interviste e nei diari stimolanti spunti di riflessione.

Un altro punto di vista è quello legato ad una questione che potremmo definire “di genere”. Tutti i medici coinvolti a vario titolo nell’ambito delle azioni di ricerca sono di sesso maschile e la constatazione può essere allargata al fatto che nell’ambito di tutte le azioni intraprese nel lavoro di ricerca, dalla fase di studio

di serena distensione tra i due interlocutori e, in taluni casi, ha favorito approfondimenti e spiegazioni più dettagliate. Sul tema dell’interviste biografiche in terza e quarta età, da intendersi come “un capitale umano da non disperdere”, si consulti anche il capitolo “Esperienze di vita ancora aperte alla riprogettazione”, in: M. Ladogana, *Progettare la vecchiaia. Una sfida per la pedagogia*, Progedit, Bari 2016, pp. 80-94.

⁶ PT, foglio 4.

⁷ “Rispondere a domande non è [...] né un compito semplice, né un compito asettico che l’individuo esegue in un contesto asociale senza aver aspettative e norme al riguardo, e ciò fa sì che gli ‘errori’ di risposta, cioè la distorsione delle risposte, siano una ‘minaccia’ costante per la qualità dei dati raccolti” (V. L. Zammuner, *Op. cit.*, p. 83).

dello stato dell'arte fino alla raccolta e analisi delle interviste e dei diari di medici e alla ricognizione di documenti d'archivio, non è emerso il nome di un solo condotto di sesso femminile. Le motivazioni sono facilmente ascrivibili all'oggettiva difficoltà per le donne, fino alla prima metà del Novecento, di accedere agli studi universitari, per giunta lunghi e dalla dichiarata vocazione al maschile come quelli in Medicina e chirurgia⁸, e ancor più di scegliere tra le tante professioni mediche possibili quella da condotto, che non godeva certo di buona fama per le difficoltà e le asprezze del contesto rurale. Nelle testimonianze raccolte e nelle fonti censite, alle donne vengono in compenso assegnati due ruoli che si potrebbero definire da coprotagonista sulla scena dell'esercizio della condotta medica: il ruolo della moglie del medico, spesso coinvolta in prima persona come infermiera o ferrista (è un dettaglio ricorrente in diverse interviste⁹) o semplicemente presente al momento della visita o della prestazione effettuata dal marito in ambulatorio o presso l'abitazione del paziente, e che sembra quasi infondere sicurezza all'azione del compagno; e poi il ruolo della levatrice, o dell'ostetrica condotta, cui viene riconosciuta tanto dal condotto quanto dalla comunità una elevata competenza professionale e con la quale il medico non entra per nulla in competizione, accettando di buon grado di posizionarsi sullo sfondo del concitato rituale, tutto al femminile, del travaglio e del parto. Un fronte futuro di ricerca, originato nell'ambito del presente lavoro, potrebbe essere appunto quello indirizzato al profilo professionale dell'ostetrica condotta, che registra nella provincia di Foggia alcune rappresentanti ancora in vita: la raccolta delle loro

⁸ Gli ambiti di lavoro clinico delle poche donne medico erano quasi sempre la ginecologia e ostetrica e la pediatria, e non è certo un caso, in quanto esse erano considerate le branche specialistiche più alla portata delle donne, anche in virtù della tipologia di pazienti con cui si avrebbe avuto a che fare, ovvero altre donne e bambini. Dopo la nascita dello stato unitario, la prima laureata in Medicina e chirurgia, nel 1877, fu Ernestina Paper (1846-1926), a proposito della quale si veda: G. Vicarelli (a cura di), *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2007. Per quel che riguarda invece la condotta, la prima donna ad esercitare la professione di medico condotto fu la sarda Adelasia Cocco (1885-1983), che nel 1914, tra lo sconcerto generale di sindaco e consiglieri, presentò domanda per la condotta medica in Barbagia e finì per ottenerla (cfr. F. Ginesu, C. Muntoni, I. Muggianu Scano, M. Gianfico, M. Deriu, V. Saba, A. Atzei, S. Guidoni, V. Orgiu, *Sardegna al femminile. Storie di donne speciali*, L'Unione Sarda, Cagliari 2016).

⁹ Il riferimento è alle interviste ai dottori Antonio Lepore, Matteo Potenza e Achille Cocuzzi, che in più punti hanno esplicitamente descritto la quantità di azioni tecniche, alcune per giunta complesse nella gestione, affidate alle mogli durante l'attività di ambulatorio o le visite domiciliari.

testimonianze costituirebbe una prospettiva di indagine di sicuro interesse intorno ad una figura di donna e di lavoratrice ancora poco o per nulla investigata.

La ricognizione documentaria effettuata presso l'Archivio Storico Comunale di Celle San Vito ha consentito poi di elevare il paese in questione, facilmente analizzabile nel suo essere il più piccolo in Capitanata per numero di abitanti, a caso-tipo tra i tanti centri abitati della provincia di Foggia e, più in generale, del Mezzogiorno d'Italia, nell'ultima fase di vita della condotta medica e della secolare stagione di gestione della questione sanitaria a carico delle amministrazioni comunali, aggiungendo un ulteriore tassello al mosaico degli studi sul tema a carattere locale.

Lo svolgersi della ricerca si è avvalso – lo si è messo già in evidenza – anche della collaborazione logistica da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Foggia, che ha mostrato un vivo interesse nei confronti dell'argomento oggetto di ricerca, lasciando prefigurare la possibilità di utilizzi futuri del materiale raccolto nell'ambito non solo di giornate di studio a carattere specificatamente storico-medico, ma anche all'interno di occasioni di formazione e aggiornamento professionale destinate ai medici di medicina generale. Prospettiva, quest'ultima, la cui opportunità emerge con forza tra le righe dei diari e dalle parole raccolte per mezzo delle interviste, che raccontano di un certo modo di fare il medico, che qualche lascito potrebbe, a buon diritto, assicurare al presente della medicina di famiglia. Un medico presente e disponibile, calato nel territorio, in diretto contatto con il suo paziente e il contesto familiare e sociale in cui vive, un professionista il cui agire è investito “di una valenza non solo diagnostica-terapeutica, ma anche pedagogica, curativa, tutelare”¹⁰ nei confronti del paziente, il cui stato di salute e di benessere deve essere considerato con uno sguardo necessariamente onnicomprensivo, olistico. Non sono certo concetti nuovi, questi, dal momento che gli indirizzi e i piani di studio della formazione professionale, universitaria e post-universitaria del settore

¹⁰ G. Cosmacini, *Il mestiere di medico*, cit., p. 153. Con il termine “pedagogia” – tiene a specificare l'autore – si intende non tanto la necessaria consapevolezza di informazione del malato, quanto un più complesso livello di “educazione alla salute”, che il medico ha il dovere di attuare aiutando il paziente ad acquisire consapevolezza sia delle proprie risorse personali, sia dei limiti del proprio corpo.

della sanità hanno già da tempo fatto propria l'idea della necessità di un accostamento sempre più bilanciato tra conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e competenze trasversali¹¹ che spaziano fra le sfaccettate dimensioni della bioetica, della filosofia, della pedagogia, della psicologia, della comunicazione e della narrazione, in uno scenario – quale quello contemporaneo – di grande complessità, che pone con forza la questione di un costante aggiornamento della formazione delle figure professionali della sanità, soprattutto per quel che concerne le metodologie didattiche in uso.

In tale prospettiva, l'esempio storicamente fondato del medico condotto ha una indiscutibile pregnanza. Non si tratta chiaramente di riportare in vita la “benemerita” figura del condotto ottocentesco con un retrosguardo nostalgico dei bei tempi andati, tra l'altro ormai naturalmente e irrimediabilmente diversi da quelli attuali, ma di “consentire al medico generale di recuperare la nozione globale della propria attività, ispirata ad un paradigma ippocraticamente perenne, dove l'interesse per i fattori somatici e psichici di equilibrio interno si prolunga nell'interesse per i fattori esterni di salubrità”¹², rimettendo in moto il circolo virtuoso tra salute, medicina e sanità di cui il medico condotto ha costituito per secoli la viva e capace incarnazione.

¹¹ E. Becchi, M. Ferrari, “Per una storia pedagogica dei professionisti della salute”, in: M. Ferrari, P. Mazzaello, *Formare alle professioni. Figure della sanità*, FrancoAngeli, Milano 2010, pp. 211-228.

¹² G. Cosmacini, *L'arte lunga*, cit., p. 386.

RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro di ricerca deve molto a tanti.

Deve l'idea ispiratrice a un diario, un diario di malattia, speranza e disillusione, conservato nella memoria del computer di mio padre, testimonianza viva della possibilità che diagnosi, prognosi e terapie potessero trasformarsi in parola, talvolta cruda, tecnica e rigorosa, ma sempre viva, anche quando il silenzio e l'assenza hanno dolorosamente svuotato l'esistenza.

Deve la volontà del delineare, come in una galleria di ritratti, i caratteri e le movenze dei medici di ieri e di oggi a un medico su tutti, mio marito Luca, che mi ha riconciliato con il mondo e con la vita e mi ha mostrato quanto grande fosse la differenza tra il "curare" e il "prendersi cura".

Deve la trama di storie e contenuti ai medici coinvolti a vario titolo nell'indagine e spesso anche ai loro familiari, che hanno risposto con entusiasmo alla mia richiesta di raccontare e raccontarsi, aprendo le porte dei loro ambulatori e dei loro ricordi e facendomi dono dell'icastica forza della loro parola e della loro scrittura. Sullo sfondo, due luoghi che sono stati anche scenario di ricerca, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Foggia e la sezione locale dell'Archivio di Stato.

Deve il tempo della scrittura alla mia famiglia (ancora mio marito, mia madre, i miei suoceri, mio fratello e gli affetti più cari), che con aiuti e supporti concreti hanno fatto in modo che la tesi crescesse pagina su pagina, giorno per giorno.

Deve i ripensamenti, le correzioni, gli aggiustamenti alla costante presenza del mio tutor, il prof. Luigi Traetta, che ha dato senso e scientificità alla ricerca e, ancor prima, alle tante esperienze vissute nei tre anni di studio dottorale.

Deve la risolutezza dell'agire alle tante persone che, vivendo con passione il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Foggia, hanno dato forma nella mia mente al concetto-cardine dell'apprendimento permanente e mi hanno affiancato lungo una strada di esperienze e formazione talvolta tortuosa e poco agevole, ma sempre entusiasmante e corroborante: la prof.ssa Isabella Loiodice in primis per l'affettuosa vicinanza, e poi tutti gli altri docenti dell'area pedagogica – in particolare, accanto al mio tutor, la prof.ssa Daniela Dato – e ancora l'intero staff del Laboratorio di Bilancio delle Competenze e i miei colleghi dottorandi, compagni di lavoro e di viaggio.

Deve, infine, la carica motivazionale ai miei figli Margherita, Federico ed Eleonora, che sono cresciuti con una mamma forse meno presente di quanto avrebbero desiderato, ma al contempo hanno imparato ad amare quella scrivania alla quale spesso mi hanno vista seduta e – così spero – hanno compreso che cosa voglia dire perseguire con amore e impegno un obiettivo.

Questo lavoro è anche un po' di tutti loro. E a tutti va il mio grazie.

ALLEGATO n. 1

Intervista ai medici ex condotti

Diventare medico condotto

- Qual è stato il percorso di studi e di eventuali esperienze professionali pregresse che l'ha portato a ricoprire il ruolo di medico condotto nel paese di X?
- Quali le motivazioni e le riflessioni che sono state alla base della sua scelta di fare il medico condotto?

Essere medico condotto

- Può fornire dettagli sulla sua esperienza di medico condotto nel paese di X (anno di inizio e di conclusione dell'attività, numero di abitanti del paese, numero di pazienti in carico, eventuale presenza nel centro abitato di un collega con le stesse mansioni, ecc.)?
- Descriva una giornata-tipo da medico condotto: quali mansioni e attività erano maggiormente ricorrenti, quanti pazienti all'incirca visitava ogni giorno, in che luogo si svolgeva la sua attività (ambulatorio e/o a domicilio degli assistiti) e simili.
- Quali caratteristiche aveva il contesto nel quale si è trovato a lavorare, facendo riferimento ad aspetti di ordine economico, sociale e culturale che connotavano il paese di X negli anni della sua attività professionale?
- Quali sono state le patologie con cui si è confrontato con maggiore ricorrenza in qualità di medico condotto? Quali le terapie da lei più frequentemente proposte?

Relazionarsi con i pazienti

- Come giudica il suo rapportarsi con i pazienti (caratteristiche della relazione di cura, possibilità e luoghi di incontro/confronto tra medico e assistito, commistione tra indicazioni terapeutiche/farmacologiche e suggerimenti legati agli stili di vita dei pazienti, ecc.)?
- Racconti la malattia e/o il paziente che non riesce ancora a dimenticare.

Raccontare e testimoniare l'esperienza professionale

- Ha mai raccontato in forma scritta la sua pratica medica (prendendo appunti, tenendo un diario, redigendo studi di caso o storie di malattia)? Se sì, per quale motivo lo ha fatto e con che ricorrenza o frequenza? Che vantaggi il racconto ha apportato al suo operare come medico condotto? Se no, invece, perché?
- Ritiene che raccontare e condividere la propria esperienza di medico condotto possa essere utile

e di aiuto (a se stesso, ai suoi colleghi che attualmente lavorano o si preparano a farlo nell'ambito della medicina di famiglia, ecc.)?

- Secondo lei, quali sono gli elementi di confronto tra il ruolo e il campo di azione del medico condotto nel passato e del medico di medicina generale nel presente?

ALLEGATO n. 2

Informativa per i medici intervistati



Università di Foggia
Dipartimento di Studi Umanistici.
Lettere, Beni Culturali,
Scienze della Formazione



HR EXCELLENCE IN RESEARCH

INFORMATIVA SU INTERVISTA AI MEDICI CONDOTTI ex art. 13 d. lgs. 196/2003 per il trattamento dei dati personali

Gentile Dott./Dott.ssa

nell'ambito del mio percorso di formazione dottorale in Cultura, Educazione, Comunicazione (Università di Roma Tre con sede presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Foggia, XXXI Ciclo, curriculum Apprendimento permanente), porto avanti un progetto di ricerca sulla figura del medico condotto nei centri abitati della provincia di Foggia tra il 1950 ed il 1980. Finalità principale del progetto è indagare i modi, le pratiche ed i luoghi della professione, lo svolgersi della relazione terapeutica con i pazienti e l'importanza della narrazione della pratica medica, mediante somministrazione di un'intervista semistrutturata ai medici ex-condotti e raccolta e analisi di eventuali forme scritte di racconto (diari, studi di caso, storie di malattia, ecc.). Il progetto è stato messo a punto con la supervisione della prof.ssa Isabella Liodice, coordinatrice della Scuola di Dottorato, e del prof. Luigi Traetta, titolare delle cattedre di Storia della scienza e delle tecniche e di Storia dell'evoluzione scientifica e tecnologica e mio tutor di Dottorato.

Nel ringraziarLa per aver acconsentito a sottoporsi all'intervista (che sarà audioregistrata), desidero informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("*Codice in materia di protezione dei dati personali*") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le fornisco le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- rilevazione delle valutazioni, da parte di medici condotti in servizio nei centri abitati della provincia di Foggia, relative al proprio operato professionale, al contesto di lavoro nel quale si è svolta l'attività medica e alle caratteristiche della relazione di cura instaurata con i pazienti;
- individuazione, mediante l'analisi comparativa delle narrazioni di medici in forma orale e

scritta, della qualità delle relazioni e delle cure;

- progettazione di iniziative di formazione di professionisti sanitari in corsi, workshop, seminari, convegni et sim.;
- pubblicazione dei contributi ricevuti e degli studi effettuati relativamente agli stessi, sia online sia in forma cartacea, su monografie e riviste nazionali ed internazionali.

2. I dati personali, ivi inclusi i “dati sensibili” [*vale a dire i dati idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*], **non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione, se non in forma anonima, ed in ogni caso effettuata nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti ad alle finalità sopraindicate e nei limiti consentiti dalla normativa vigente.**

3. Il responsabile del trattamento è:

Dott.ssa Cristina Romano

Nata a San Marco in Lamis (FG) il 29/12/1979 e residente a Foggia in via Fuiani 25

Cell. 333 2830229

Grazie per la preziosa collaborazione.

Cordiali saluti,

Cristina Romano

.....

ALLEGATO n. 3

Modulo di partecipazione

**Modulo di partecipazione e
Consenso informato al trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a (prov.) il e
residente in (prov.) in via
.....
telefono..... cellulare.....

e-mail..... fornisce il proprio contributo in
forma di racconto riguardante la propria professione di medico condotto nel comune di
..... nel periodo - Qualora lo ritenga
necessario, ha la possibilità di omettere riferimenti specifici (nomi, cognomi, città di residenza,
nomi di strutture ospedaliere, etc. possono essere eliminati o sostituiti con pseudonimi o nomi di
fantasia).

Il/la sottoscritto/a:

- autorizza ad utilizzare il materiale raccolto - che non sarà restituito - secondo le modalità e i fini indicati nella Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003, in calce;
- dichiara di aver preso visione dell'Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003, in calce, e di prestare il consenso informato in merito al trattamento dei propri dati personali, ivi inclusi i dati sensibili, ai sensi del D.lgs. 196/2003 e succ. modifiche.

Lì,

FIRMA

.....

ALLEGATO n. 4

Intervista al dott. Pietro Calabrese

Intervista effettuata in data 13 aprile 2017, a Lucera (FG) presso l'ambulatorio dell'intervistato (durata complessiva 41.18 minuti).

Notizie sull'intervistato: di anni 70 al momento dell'intervista, medico di medicina generale in servizio, fu medico condotto a Volturino (FG) dal 1975 al 1983.

CRISTINA ROMANO: Oggi, 13 aprile 2017, procediamo ad intervistare il dottor Pietro Calabrese nel suo ambulatorio di medicina generale a Lucera. Dottore, partiamo dagli inizi: quali sono state le scelte, le suggestioni che l'hanno portata ad essere medico condotto negli anni, lei mi diceva, dal 1975 al 1983 a Volturino?

PIETRO CALABRESE: Sì dunque, mi sono laureato nel 1975 a Catania e sono tornato nella mia terra. All'inizio avevo pensato di specializzarmi in neurologia o neuropsichiatria e ho fatto anche un giro nel Veneto dove ho fratelli e sorelle. Poi ritornai per l'estate qui per aiutare i miei genitori che erano coltivatori diretti a Motta Montecorvino e non avendo avuto alcuna chiamata, ho saputo che c'era il posto libero di medico condotto a Volturino, paese vicino 11 km. Mi rivolsi dunque al sindaco del Comune, poiché nel paese era rimasto solo l'ufficiale sanitario. Prima c'erano due medici: a Volturino c'erano circa 3000 abitanti. Il medico condotto precedente era tornato al suo paese, si era trasferito da due o tre anni e quindi il suo posto era vacante. Allora, avendo questa informazione sul posto libero e non sapendo che cosa si dovesse fare, andai dal sindaco a Volturino: "Mi hanno detto che c'è un posto vacante di medico condotto, se ritenete che sia utile posso iniziare l'attività anche qui". Avevo appena iniziato a fare il medico, ripeto, neolaureato. "Sì, sì, abbiamo bisogno, anche perché l'altro medico si lamenta sempre che rimane solo, e non si può mai assentare dal paese, sono molti gli abitanti, sono quasi 3000!". E feci dunque la domanda di essere assunto in delibera dal comune di Volturino. Dopo varie peripezie (il posto era vuoto però ci sono sempre problemi, anche il vecchio ufficiale sanitario all'inizio sembrava molto disponibile, poi invece pareva preferisse rimanere da solo), comunque fu emessa la delibera e presi servizio. Il primo incarico fu per un anno. Poi però feci domanda per fare il concorso pubblico per diventare medico condotto titolare, dopo circa un anno, se non ricordo male. Feci il concorso a Foggia con la commissione per i concorsi statali pubblici; allora si era dipendenti del Comune, non si era dipendenti dell'Asl e vinsi il concorso e fui confermato di ruolo come medico condotto nel comune di Volturino. Voglio precisare questa cosa, che al medico condotto appena arrivato venivano dati 500 assistiti. Come dipendente del Comune prendevo un mensile non molto alto, perché era un lavoro non a tempo pieno, e così aprii l'ambulatorio come medico di famiglia partendo dai primi 500 assistiti che mi erano stati dati direttamente dal Comune. Feci anche un tirocinio nel pronto soccorso di Foggia perché era d'estate e presi servizio a settembre, il 12 settembre 1975.

C. R.: Dove era ubicato l'ambulatorio, si ricorda?

P. C.: L'ambulatorio era al centro del paese, nella piazzetta vicino alla chiesa, corso Vittorio Emanuele. Era una casa in affitto. Poi mi spostai: mi sposai dopo un anno con una siciliana di Paternò (Catania) dove avevo studiato, che venne ad abitare a Volturino perché c'era l'obbligo di residenza e di domicilio nel paese, questo bisogna precisarlo. A questo punto l'incarico di medico condotto era con disponibilità 24 ore su 24 e c'erano le reperibilità, non c'era la guardia medica, accadeva però che ci si metteva d'accordo con il collega ufficiale sanitario e, quando si assentava l'uno, restava nel paese l'altro che era responsabile di tutto. Aggiungo anche che come medico condotto insieme all'ufficiale sanitario facevo servizio di vaccinazioni, servizio di necropsia, reperibilità per le urgenze, per tutti i tipi di urgenze, guardia medica notturna... Io ero il medico di un intero paese, responsabile di qualsiasi cosa, ma anche inesperto. Mi fu molto utile il tirocinio estivo presso il pronto soccorso di Foggia, dove imparai a mettere flebo, suture, a fare il medico

anche nelle urgenze, visto che il medico delle urgenze non lo avevo mai fatto! Tenga presente che nel paese non c'era né pronto soccorso né guardia medica, l'ospedale più vicino era Lucera e allora i mezzi non erano così a disposizione come sono adesso e quindi dovevamo essere in grado di fare qualsiasi tipo di intervento.

Certamente appena arrivato c'era un poco di ansia, di preoccupazione nell'intervenire e ricordo bene un episodio ad un mese dall'inizio della mia attività. Una donna anziana morì d'infarto nelle mie mani: mi chiamarono, era in una delle strette strade del centro storico nei pressi dell'ambulatorio, accorsi e mi morì tra le mani. Fu la prima esperienza di morte e anche di senso di responsabilità, però la persona era anziana, era cardiopatica, ipertesa e feci tutto quanto andava fatto. Le persone intorno apprezzarono il mio intervento e diciamo che, anche se l'esperienza è stata negativa perché ha rappresentato il primo impatto con una persona che moriva tra le mie braccia, a distanza di tempo ho rivissuto quel momento con maggiore positività, perché ho portato aiuto e sostegno ad una persona.

C. R.: Mi può descrivere una giornata tipo da medico condotto?

P. C.: Sì, il paese era di contadini, gente di campagna e l'ambulatorio apriva molto presto, anzi, poiché era proprio di fronte alla chiesa, a pochi metri dal corso principale del centro medievale, nella parete laterale della chiesa c'era una porticina dove si riparavano dal vento le vecchiette e qualche vecchietto... Volturino era famoso per il vento freddo! Al mattino presto, alle sei, i pazienti erano già davanti all'ambulatorio. Io aprivo alle sette del mattino, perché la gente poi doveva andare a lavorare nei campi e quindi si cominciava molto presto la mattina. Per le sette già aprivo, ma loro mi anticipavano comunque e si mettevano vicino a questa porticina per ripararsi dalle intemperie e dal freddo del paese. Si finiva subito l'ambulatorio, all'incirca verso le 11, 11 e mezzo, e poi si andavano a fare le visite a domicilio, si passava dal Comune per gli eventuali interventi di necessità burocratica come medico condotto e il pomeriggio si apriva di nuovo, intorno alle quattro e mezzo. Questo avveniva tutti i giorni, diciamo tutta la settimana lavorativa: dal lunedì al venerdì mattina e pomeriggio e il sabato solo la mattina. E poi la notte si era reperibili, perché la guardia medica non c'era, per i primi quattro anni non c'era, fu istituita dal 1979, mi sembra di ricordare.

C. R.: E quindi dal momento in cui aprì la guardia medica il lavoro si alleggerì un po'?

P. C.: Sì, la notte... gli assistiti però quando vedevano il giovane medico, si fidavano più di noi e ci chiamavano comunque. Le chiamate di certo non finirono, per noi medici condotti, quando arrivò la guardia medica, però almeno non avevamo più la responsabilità legale di dover rispondere a tutte le chiamate, insomma... c'era questo vantaggio. Volturino era un paese nevoso, d'inverno, e si arrivava ad un metro, un metro e mezzo di neve. La macchina non poteva viaggiare e ricordo che avevo degli stivali alti marroni che mi permettevano di camminare per le "rue" (le cosiddette strade strette a gradini che scendevano giù verso la via del paese). Le chiamate erano quasi sempre di persona: venivano a bussare, il telefono esisteva ma si usava raramente. A qualsiasi ora della notte bussavano ed io, continuando ad indossare il pigiama, infilavo sopra i vestiti e il cappotto e nella neve andavo a fare la prestazione di urgenza.

Tra le prestazioni d'urgenza ricordo, seppure atipica, una signora... Andai a visitarla a casa e aveva una colica renale: le coliche renali sono fra le più dolorose, non è un intervento di pericolo per la vita, però ha comunque carattere d'urgenza. La signora si contorceva per il dolore ed io dovevo fare una flebo per calmarla in endovena (allora si era soliti fare l'endovena a domicilio); ricordo che chiesi l'aiuto del marito per tenerla ferma sul letto, ma si muoveva talmente tanto che cadde sul pavimento. Restai molto colpito... questa fu una delle prime esperienze di intervento d'urgenza, che mi restò anche impressa perché poi riuscii a fare l'endovenosi, calmai il dolore e la signora mi ringraziò. Ho riferito questo episodio per sottolineare che non sempre ero aiutato.

C. R.: Capisco... se dovesse provare a fare una mappatura delle malattie più ricorrenti nel corso della sua esperienza a Volturino, che cosa potrebbe dire?

P. C.: Certamente quelle cardiovascolari erano le più frequenti, come ipertensione, cardiopatie, sclerosi dei vasi. Poi anche le bronchiti erano ricorrenti, broncopatie sia cronico-ostruttive che acute: lavoravano nei campi e quindi... E poi tra le urgenze erano molto richiesti gli interventi a

livello di coliche, le coliche sia biliari che renali, e poi le appendiciti. Non mancavano gli ictus cerebrali.

C. R.: Prima faceva cenno ad un legame tra le bronchiti e il lavoro nei campi. Le viene in mente anche altro che fosse connesso con la caratterizzazione sociale ed economica della popolazione dei pazienti?

P. C.: Erano imputabili al lavoro nei campi senz'altro le artropatie, le artrosi deformanti, le condropatie, le tendinosi e le tendiniti. C'è un particolare che posso raccontare... Volturino è un paese dove si coltivano molti ulivi e quindi arrivava il momento della raccolta delle olive, un periodo caratteristico in cui cresceva in maniera rilevante il numero dei traumi acuti provocati da questo tipo di lavoro. Mi capitavano molti incidenti dovuti a cadute dalle scale o dai rami degli alberi, e quindi c'erano lussazioni, fratture, e si faceva un intervento di immobilizzazione. Spesso le fratture erano lombari, perché il tipo di caduta aveva quella conseguenza. In un altro periodo dell'anno, quello della potatura degli alberi e della raccolta della legna nei boschi (se ne doveva raccogliere tanta, perché veniva usata per i riscaldamenti), abbondavano i tagli con le accette, con le asce, con vari tipi di seghe. Posso dunque dire di aver riscontrato una stagionalità delle patologie a seconda della stagionalità dei lavori nei campi! Questo fatto è da evidenziare, ed era molto caratteristico. Un altro esempio di questo genere sono le intossicazioni conseguenti allo spargimento di concimi e diserbanti. Capitavano in ambulatorio persone che respiravano male: "Che hai fatto ieri, l'altro ieri?", "Eh, ho buttato diserbante sul grano!" oppure "Ho buttato il concime nelle...". Spesso anche ad intuito, sapendo in che periodo dell'anno ci si trovava e che lavoro si faceva, si collegava la patologia alla causa.

C. R.: Per quel che riguarda lo stile di vita, invece, dei suoi assistiti... che cosa ci può dire?

P. C.: Sì, diciamo che adesso c'è più ricerca dell'assistenza anche per patologie croniche, come il diabete, per patologie dismetaboliche, diciamo così. Allora i pazienti venivano più quando si sentivano male, con patologie più osservabili direttamente, allo stato acuto. Non mancavano le patologie croniche, però il paziente chiedeva l'intervento solo quando stava male. Si faceva poca prevenzione. Ad eccezione delle vaccinazioni e di qualche analisi (e se ne facevano davvero poche), la prevenzione era scarsa. Conoscevamo le varie patologie dislipidemiche, diabetiche, ma le si prendeva in cura quando il problema veniva fuori e la persona stava: si faceva un'analisi molto rapida e allora anche la familiarità ci aiutava. Non si facevano analisi di controllo. Volturino era un paese agricolo: tranne una cinquantina di persone, che erano impiegati, insegnanti, gli altri erano tutti lavoratori agricoli, quindi le patologie erano quelle che abbiamo detto prima.

Poi c'era l'ambito della ginecologia, e qui ho un aneddoto da raccontare. Io tra l'altro ho fatto il seminarista per nove anni prima di fare il medico e di andare a Catania ed iscrivermi all'università a medicina [ride]. Nei primi tempi di lavoro a Volturino, accadde un giorno che una signora venne per farsi visitare: "Dottore mi deve visitare, mi deve visitare!". "Bene, si accomodi!". Pressione, cuore. "Va abbastanza bene, non si preoccupi, vada a casa, stia tranquilla che va bene". Tornò dopo neanche dieci giorni: "Lei mi deve visitare!" ... Ma l'ho visitata!", "No lei mi deve visitare la natura!". Io come medico ero imbarazzato, certamente... "No, perché l'altro medico visitava, faceva la visita alla natura". E io: "Si sdrai sul lettino e facciamo questa visita alla natura!". E senza guanti (normalmente non dovrei dirlo!) cominciai la prima visita ginecologica: non mi era mai capitato di farne, però pian piano imparai anche a fare quel tipo di visite. Eh, perché quella era una richiesta frequente... loro erano abituati in questo modo, non usavano andare dallo specialista a Foggia o a Lucera, ma si rivolgevano al condotto.

C. R.: Anche per partorire? Come funzionava?

P. C.: No, per partorire c'era l'ostetrica ed era lei a venire in casa. Sono stato presente anche io, qualche volta, però era una cosa di cui era competente l'ostetrica. Si partoriva spesso in casa. L'ostetrica era abbastanza allenata... tra l'altro è ancora viva. Era molto in gamba, quindi io le stavo solo vicino per l'intervento medico, ma non ho mai fatto un parto da solo nella vita, sempre con l'ostetrica vicina che era abbastanza capace.

Un altro esempio è l'odontoiatria. Noi avevamo... li conservo ancora, pinze, strumenti, se vuole vedere... [si alza dalla sedia per prendere in un armadietto degli strumenti e li riporta al tavolo]

Queste erano le pinzette che noi usavamo per le estrazioni dentarie più dure. Questi sono gli unici attrezzi di quegli anni che ho conservato. Ci sono anche dei punti di sutura che adesso non usiamo più... Nell'ambulatorio facevamo anche estrazioni dentarie: quando la gente aveva bisogno, veniva per queste prestazioni e bisognava essere in grado di farle.

C. R.: Dal punto di vista della relazione col paziente, che riflessioni può fare? Tra l'altro lei da anni svolge il ruolo di medico di famiglia, quindi probabilmente è anche in grado di notare come si sia evoluta la relazione medico-paziente nell'arco di quarant'anni, anche sulla base dei mezzi a disposizione di allora e di oggi. In questo senso che cosa le viene da dire?

P. C.: È molto importante avere un feeling, un rapporto di completa fiducia tra assistito e medico. E da parte del medico, la discrezione, la riservatezza professionale che io ho sempre avuto. Ecco, la gente si apriva su tutti i fronti, sia per quanto riguarda la salute sia i rapporti familiari, coniugali e problematiche varie. Certamente il medico condotto faceva *counselling*, era uno psicologo, tanto che io poi feci anche un corso di analisi transazionale proprio perché sentii il bisogno di perfezionarmi in questo campo. Segui prima un corso triennale a Ferrara in Igiene e medicina preventiva dal 1980, in un settore che sentivo pertinente alla mia attività. Andavo a Ferrara proprio mentre lavoravo a Volturino. Poi subito dopo feci il corso in analisi transazionale, che durò due anni con relativi esami: certamente il rapporto tra medico e paziente era molto importante e molto utile per la mia attività. In generale gli otto anni e mezzo di lavoro da medico condotto a Volturino sono stati per me molto importanti. Quando poi ho continuato a lavorare come medico di famiglia, è avvenuta una selezione naturale degli assistiti, perché i pazienti con le pretese più strane, che io non accontentavo, sono andati via. I miei assistiti sono tutti un po' selezionati, si sono anche un po' autoselezionati perché il rapporto, la nostra disponibilità nell'aiutare l'assistito è stata massima e continua ad esserlo perché la formazione è quella. È importante però che l'assistito rispetti il nostro lavoro: quando manca questo rispetto, quando ci sono delle situazioni di aggressione anche verbale, la relazione si incrina e allora meglio che si rompa.

Adesso il computer ci aiuta a lavorare, consente di fare le schede degli assistiti, ci aiuta a ricordare le patologie, i farmaci. Toglie certo un po' di tempo al rapporto diretto con l'assistito, però noi medici anziani, medici di vecchia data, continuiamo sempre a curare il rapporto con l'assistito. Ci si guarda negli occhi, si parla e si mantiene ferma la relazione. È significativo ad esempio il fatto che i pazienti portano ancora in regalo al medico le uova, portano il pollo, la bottiglia di vino... sono rimasti in pochi [RIDE], ma questa pratica regge ed è un segno di ringraziamento, di affetto nei confronti del medico. Si tratta di cose che hanno prezzi contenuti, però è il gesto che conta. Tra i miei assistiti ce ne sono ancora parecchi di Volturino, tra l'altro, perché fino a un anno fa esisteva una legge che consentiva di scegliere il medico di famiglia all'interno del "distretto", e nel distretto di Lucera era compresa Volturino. Questa legge oggi non esiste più, però gli assistiti che avevo in carico sono rimasti a me e dunque ho dei pazienti che ancora oggi, a distanza di 42 anni, da Volturino tengono a farsi visitare da me, qui a Lucera. È un segno di un rapporto ottimo, duraturo, dovuto alla stima, all'affetto e alla fiducia... Ancora fino a un anno fa, molti abitanti di Volturino che vivono nelle campagne, qualcuno anche nuovo, talvolta figli di persone che avevo assistito a Volturino, continuano a venire da me qui a Lucera: vivendo nelle campagne è più comodo per loro venire a Lucera invece che salire a Volturino. Un anno fa invece è stato costituito un gruppo di paesini (quattro: Motta, Volturino, Pietra e San Marco) tra i quali è possibile scegliere il medico, e questo gruppo non include più Lucera. Qualcuno si lamenta, però c'è questa nuova disposizione; in molti sono venuti a chiedermi di poter scegliere me come medico di famiglia e non hanno potuto farlo per questa nuova disposizione.

C. R.: Lei conosceva praticamente tutto il paese, giusto?

P. C.: Sì, anche perché l'altro collega si assentava più spesso di me e i suoi assistiti venivano da me quando lui andava in vacanza, e così avevo modo di conoscere tutto il paese. Io poi ero un giovane medico e per un anno non ero sposato e c'era abbastanza interesse [*ride*]... sguardi interessati da parte delle ragazze! Poi dopo essermi sposato ho perso parecchio punteggio! Tra l'altro avevo 26 anni e mezzo quando mi sono laureato e ho cominciato a lavorare e avevo creato un bel legame con i giovani del paese, stavo spesso con loro. Avevo residenza nel paese. Affittai la

casa, venne poi il primo bambino, la seconda figlia e poi anche la terza, però qui a Lucera. I primi due figli sono cresciuti a Volturino e quindi ho vissuto nel paese, come uno del paese. Io ero di Motta, però vivevo a Volturino, anche perché con la reperibilità 24 ore su 24, tengo a precisare, non puoi andare via e correre... la gente poi pretendeva di trovarti, insomma, le 24 ore su 24 erano importanti... quando poi è arrivata la guardia medica, la notte si era più liberi: la gente ti cercava comunque, però legalmente non rispondevi, invece per quattro anni sono stato responsabile in ogni momento delle urgenze e delle richieste di assistenza.

C. R.: Bene. Lei mi ha raccontato un po' di aneddoti. Le chiedo adesso se c'è una malattia o un paziente che proprio le è rimasto scolpito nella memoria, quello che non dimenticherà più. Insomma... il ricordo più forte e più tangibile di quegli anni.

P. C.: A parte quegli aneddoti che già le ho raccontato, potrei dirle che allora si prescriveva su foglio bianco con l'intestazione del medico e non c'era bisogno di note e codici fiscali. Si potevano prescrivere le medicine che volevamo e quindi era molto più comodo. Si faceva molto uso di pomate per i dolori e di altri prodotti. Ad esempio c'era la soluzione Schoum, di colore verde, che era molto gradita ai pazienti: "Dammi due o tre bottiglie di quelle verdi!". Ricordo che c'era un vecchietto che aveva spesso un po' di bronchite e ogni tanto veniva in ambulatorio per chiedermi l'Elisir Terpina, uno sciroppo gustoso alcolico: "Dotto', dammi un po' di...". E allora una volta gli ho detto: "Ma allora tu... e che dobbiam fare con questo sciroppo? Te lo bevi come bevanda?". "Eh, ma quello è *sap'rit!*". E da qui viene questo bel ricordo!

Poi c'è un altro episodio che ha sempre per protagonista un vecchietto, che un giorno venne da me per portarmi i risultati delle analisi. Risultava positivo il *Gravindex*, l'indice di gravidanza delle urine. "Ma qui che è successo?" ho detto io al vecchietto, "Tu sei incinta?". "Come, so' incinta?", si preoccupò! Poi dissi: "Sto scherzando!" Era stato fatto un errore di trascrizione e il vecchietto andò via tutto mortificato, preoccupato, aveva un po' di pancione e si era spaventato! [RIDE]

E poi chiedevano spesso le pomate, soprattutto. Dicevano "*Nun s'pag', è vugn per tutt*" ovvero "Dammela, che la mettiamo dappertutto, questa pomata per i dolori...!", riferendosi ad una pomata per i dolori di artrosi.

Gli episodi sono tanti, ma quelli che ho ricordato all'inizio, la signora morta d'infarto e la colica urinaria, mi hanno colpito più di tutti. Anche il rapporto con gli altri colleghi era sereno. Il collega di guardia medica era giovane, ricordo, e qualche volta ci chiamava perché non riusciva a prendere le vene; lo raggiunsi e lo facemmo insieme. Abbiamo sempre collaborato e non abbiamo mai avuto ombrosità con gli altri colleghi, si lavorava insieme per il benessere degli assistiti.

C. R.: Lei mi diceva, prima di cominciare l'intervista, che non ha mai preso nota dei suoi ricordi professionali... come mai?

P. C.: Mancava il tempo. Si lavorava molto, e poi in quel periodo svolsi anche due tirocini, entrambi retribuiti, uno in nefrologia a Foggia con il dottor Passione, di tre mesi, e uno in un laboratorio d'analisi a Lucera, perché mi interessava saperne di più sugli esami delle urine e comprendere meglio il significato delle analisi. Tirocini riconosciuti... facevi la domanda, venivi preso, e perfezionavi il tuo modo di lavorare. Quindi c'era tanto da fare e non c'era tempo per scrivere. Ero impegnato a lavorare. Poi sono venuti i bambini, gli impegni di lavoro...

C. R.: Certo. Volevo sapere il suo parere sull'eventuale utilità di questo suo raccontare la sua esperienza di condotta medica, legata ai suoi primi anni di attività, al lavoro in un piccolo paese come era Volturino... se possa essere cioè utile anche in un'ottica di formazione dei nuovi medici.

P. C.: Sì, ritengo che possa essere molto utile, anche perché noi abbiamo molta gratificazione dallo svolgere un'attività professionale ben fatta e che la gente apprezza e per cui ti ringrazia e ti viene a cercare e ha fiducia in te e si affeziona. Se si è preparati e si svolge la propria attività professionale con cura, allora come medico condotto e oggi come medico di famiglia, sicuramente c'è un ritorno di immagine (non dimentichiamo che esiste sempre una certa concorrenza nelle scelte del medico di famiglia!), c'è poi un ritorno economico, ma soprattutto c'è un ritorno da un punto di vista professionale. E questo è molto importante se si vuole vivere bene, perché se si svolge un'attività arida per il solo scopo economico c'è quel certo tipo di ritorno, ma se si svolge un'attività per la quale si prova passione, si crea un rapporto con le persone che godono del tuo

servizio, delle tue capacità professionali, e c'è una risposta anche in termini di affetto.

Ecco perché credo che il medico abbia il dovere di coltivare il rapporto con l'assistito e di dover anche aggiornarsi ulteriormente. Guardare al passato, al vecchio "modo" di fare il medico può essere molto utile, e al tempo stesso occorre essere capace di utilizzare gli strumenti moderni per poter rendere più snello ancora il rapporto professionale con l'assistito. Non so se sono stato chiaro... però se tu fai la persona burocratica capace di amministrare il computer, controlli sempre il computer, non guardi negli occhi l'assistito che hai di fronte, vedi bene le note, i diritti, le possibilità anche di fare gli accertamenti, i farmaci nuovi, eccetera, ti dedichi di più al computer che all'assistito ed è sbagliato.

Bisogna avere la capacità di mantenere quel rapporto di cui abbiamo detto finora e di arricchirlo con la capacità tecnica che c'è oggi. Solo così il medico può utilizzare le tecnologie moderne e aiutare al meglio l'assistito. Perché se manca il rapporto con l'assistito, l'attenzione all'assistito e ai messaggi non verbali che l'assistito ti vuol mandare, ai messaggi non verbali (magari si presenta con un dolore allo stomaco e magari il dolore allo stomaco è giunto perché è morto il marito o perché il figlio ha un problema), tu sbagli anche diagnosi e sbagli anche terapia. Per cui, ecco, il rapporto diretto con l'assistito accompagna ad una diagnosi corretta e ad una terapia efficace.

Il medico condotto era di fatto un dipendente pubblico, ma c'era qualcosa di più: era un responsabile dell'assistito e questo aspetto dovrebbe essere ben chiaro ai giovani medici di famiglia, che devono essere capaci di uscire fuori dalle righe: il medico manda dagli specialisti, manda a fare le risonanze, le tac, però è lui che risponde, deve prendersi lui carico dell'assistito in toto per poterlo aiutare a migliorare, perché l'assistito non è fatto a compartimenti stagni, ma gli organi sono in relazione tra di loro. Basti pensare alle serotonine, alla pressione arteriosa... si chiama "ipertensione arteriosa essenziale" e quando c'è una scarica di adrenalina di catecolamina (diciamo in gergo) nel sangue, si ha un aumento della resistenza periferica e si alza la pressione perché il cuore spinge più forte per poter far passare il sangue e la pressione è in ipertensione arteriosa essenziale.

Se noi non comprendiamo che c'è l'animo dietro l'ipertensione, in molti casi... Allora può essere utile migliorare lo scambio di catecolamina nel sangue, anche con l'assistenza psicologica all'assistito... senza dimenticare che all'assistito, se ha fiducia nel medico, bastano poche parole per sdrammatizzare una situazione e per essere aiutato. Non sto dicendo che psicologia e medicina siano la stessa cosa... sono indipendenti, certo, però il rapporto medico-paziente è importantissimo, perché una parola detta da un medico, dalla persona di cui tu ti fidi e che conosci da tanto tempo può essere molto utile per sdrammatizzare e superare un *empasse* o difficoltà psicologica che molti di noi si trovano a vivere.

C. R.: Bene, chiarissimo... ha qualcos'altro da aggiungere?

P. C.: No, per adesso no, poi se mi vengono in mente altre cose, ci risentiamo. Abbiamo detto le cose essenziali, credo... a braccio.

C. R.: Benissimo. Chiudiamo allora l'intervista qui. La ringrazio.

ALLEGATO 5

Intervista al dott. Pietro Trombetta

Intervista effettuata in data 18 aprile 2017, a Sannicandro Garganico (FG) presso l'abitazione dell'intervistato (durata complessiva 35.79 minuti, con all'interno tre pause). Durante l'intervista è presente anche la nipote dell'intervistato, Ludovica Lops.

Notizie sull'intervistato: di anni 92 al momento dell'intervista, in pensione, fu ufficiale sanitario e medico libero esercente a Cagnano Varano (FG) dal 1953 al 1956 e medico della mutua a Sannicandro Garganico (FG) dal 1956 al 1992.

CRISTINA ROMANO: Oggi è il 18 aprile 2017 e stiamo intervistando il dottor Pietro Trombetta nella sua abitazione a Sannicandro Garganico. Dottore, lei non ha mai svolto il ruolo di medico condotto, ma di ufficiale sanitario e poi di medico libero esercente, giusto?

PIETRO TROMBETTA: Esatto. A Cagnano ho fatto per tre anni l'ufficiale sanitario e il medico, pure. Poi mi sono sposato, mi sono trasferito a Sannicandro e dal primo di settembre del 1956 ho iniziato a esercitare la professione a Sannicandro.

C. R.: Come mai ha deciso di optare per la professione di ufficiale sanitario e di medico generico, dopo la laurea?

P. T.: Beh, dovevo fare il medico, la mia intenzione era quella di fare il medico di famiglia. Mia madre era di San Marco [in Lamis], mio padre di Cagnano. Avevamo casa in entrambi i paesi: la famiglia stava per la maggior parte dell'anno a Cagnano, mentre d'estate ci trasferivamo a San Marco perché Cagnano era zona malarica. Noi vari figli siamo nati a San Marco... è tutto scritto tra le mie cose, i miei ricordi, ecco... [mostra un blocco di pagine dattiloscritte che riportano il titolo "I miei primi 40 anni"]

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

C. R.: Procediamo. Mi interesserebbe capire qual era lo scenario dei due paesi, Cagnano e Sannicandro, quando lei faceva il medico. Quindi numero di abitanti, numero di assistiti, il luogo in cui era ubicato l'ambulatorio... era al pianterreno dell'abitazione dove ora ci troviamo, vero?

P. C.: Sì, l'ambulatorio di Sannicandro era qui al piano terra. I miei pazienti erano di ogni genere, e c'erano già le casse mutue. Lei sa, prima della guerra i malati dovevano ricorrere al medico, pagare la visita e comprare medicine, invece al principio del 1950 sono sorte le prime casse mutue: l'Inam per l'assistenza dei lavoratori, che poi è stata estesa ai lavoratori agricoli e poi anche dell'industria. I medici condotti invece si occupavano dei più poveri. L'assistenza medica era gratuita e le medicine pure in parte gratuite. Successivamente sono sorte le altre casse mutue: quella degli artigiani, la cassa mutua dei coltivatori diretti, la cassa mutua (l'Enpas) per i dipendenti pubblici... addirittura l'Enpass (Ente nazionale per l'assistenza dello spettacolo), di cui ero io a Sannicandro il medico... un solo medico per paese. Queste casse mutue pagavano loro al medico direttamente il costo dei pazienti.

Poi sul principiare degli anni Ottanta tutte le casse mutue sono scomparse, è sorta l'assistenza estesa a tutti gli abitanti, anche a quelli che non erano assistiti dalle casse mutue, anche ai poveri, a tutti. E quindi abbiamo lavorato con un unico ente, che ci pagava le quote, tanto all'anno, tanto per assistito e così siamo andati avanti per diversi anni.

Mentre prima di quest'epoca... è tutto scritto in questo mio articolo, "La professione medica ieri e oggi" [mostra articolo]: qui è tutto specificato, anche. E sono pure specificati dei particolari legati alla professione: per esempio, il fatto che eravamo obbligati a lavorare 24 ore su 24, giorno e notte, nei giorni feriali e nei giorni festivi.

C. R.: A che ora aprivate l'ambulatorio?

P. T.: L'ambulatorio... dunque, facevamo tre ore al mattino e due ore il pomeriggio. Poi facevamo alcune ore per le visite e le urgenze domiciliari. Niente a che vedere con il modo di lavorare di adesso dei medici di famiglia, che fanno il giorno di riposo festivo, il giorno di riposo prefestivo, poi il riposo la notte, dalle otto la sera alle otto la mattina riposano comodamente a casa propria! [ride] Noi lavoravamo 24 ore su 24, a tutte le ore chiamate, visite urgenti e non urgenti, domiciliari, le facevamo tutte. Anzi, la domenica era il giorno in cui più si lavorava... Lo dico anche qua [indica un punto dell'articolo che tiene in mano] ...

C. R.: Perché la gente non andava a lavorare e veniva dal medico?

P. T.: Sì... I calzolai, gli artigiani, i commercianti tenevano chiuso il negozio e venivano dal medico! Le mamme portavano i bambini tutti i giorni a scuola e la domenica li portavano dal medico. Lo dico qua... [indica un punto dell'articolo che tiene in mano] Finanche le *bizzoche*, andavano a messa, poi al ritorno dalla messa venivano dal medico a farsi visitare. Ma qui è spiegato bene tutto... Venivano a chiamarmi di notte anche quando non era necessario. Una volta uno mi venne a chiamare di notte, sa perché? Mi fece alzare, mi fece andare in un borgo di Sannicandro, Terravecchia, perché poco prima aveva sentito una civetta cantare sul tetto della casa e allora, dato che si pensava che quando cantava la civetta vicino ad una casa, qualcuno di quella casa sarebbe morto... allora preoccupati da questo fatto, mi vennero a chiamare. In quella famiglia viveva un vecchio, padre, nonno, non ricordo, comunque anziano, e pensavano che era lui che sarebbe dovuto morire. Mi vennero quindi a chiamare di notte per fare una visita. Andai là e c'era quel bel vecchio, arzilla, tranquillo, ridente... lo visitai e non presentava niente di che. Naturalmente io mi arrabbiai... dissi: "Mi venite a svegliare, a me, di notte!" e allora mi raccontarono il motivo della chiamata e la storia della civetta! [ride]

C. R.: Capisco! C'erano delle patologie ricorrenti tra i suoi pazienti?

P. T.: La malaria era molto diffusa, soprattutto a Cagnano. Poi notavo che i pescatori soffrivano spesso di artrite e di artrosi. Poi bronchiti acute e croniche, malattie legate al fumo. E il diabete... malattie cardiovascolari...

C.R.: Traumi da cadute, incidenti sul lavoro, queste cose capitavano?

P. T.: Parecchi, ne capitavano parecchi. C'è anche da dire che, da quando è stata istituita l'Asl pubblica, dopo il 1980, quasi ogni paese importante aveva il suo poliambulatorio specialistico e quindi noi medici mandavamo dallo specialista per determinate visite. Negli anni precedenti invece facevamo tutto noi... medico condotto e medico generico, eravamo anche degli specialisti. Lo dico chiaramente nell'articolo "La professione del medico ieri e oggi": ai medici capitava di tutto, casi di ogni tipo. Quando si doveva partorire, si chiamava l'ostetrica condotta che veniva a casa, non si andava a partorire in ospedale... ma quando qualche cosa non andava, subito eravamo noi medici a correre, e a me è capitato parecchie volte di assistere al parto e di intervenire dopo, magari accadeva che c'era la dilatazione della vulva e dovevo mettere dei punti o la lacerazione del perineo oppure altre cose...

Noi medici ci occupavamo anche dei piccoli interventi chirurgici: chissà quante cisti cutanee ho asportato! Facevo insomma il chirurgo, facevo l'ostetrico, e fino a quando poi è stato istituita nel 1980 l'Inam pediatrica, facevo anche il pediatra... facevamo tutto quello che dovevamo.

C. R.: Com'era il rapporto con il paziente, in termini umani, relazionali?

P. T.: [prende in mano l'articolo] Per rispondere a questa domanda, leggo l'ultima frase: "Dico che ai tempi della nostra attività professionale, il medico mutualista di base era il medico di famiglia nel vero senso della parola. Col passare del tempo tra noi e i nostri assistiti si veniva a creare un solido rapporto di fiducia e di reciproca stima e cordialità. Andava a finire che non solo eravamo il loro medico, ma spesso e volentieri anche il loro confidente, il loro consigliere e a volte finanche il loro confessore laico". Ecco, qui è spiegato tutto! Ed era veramente così. Continua poi la frase: "Chissà se succede oggi la stessa cosa!".

C. R.: Benissimo. Adesso veniamo ai racconti, alla narrazione. Perché lei è un medico con tante passioni, tra cui quella per la scrittura!

P. T.: [*ride*] Già! Infatti dopo la pensione, sono diventato scrittore a tempo pieno! Un po' per passare il tempo, un po' per tenere la mente allenata, ho finito per scrivere tre volumi! E poi ho collaborato anche on una rivista locale. Per tanti anni, a Sannicandro veniva pubblicato un quindicinale intitolato "La mia città" e io ho partecipato dal 1990 fino al 2010. Scrivevo gli articoli che riguardavano malattie e consigli tipo la salute... glielo faccio vedere [*si allontana per prendere alcune copie della rivista*]!

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

[*Ci si sposta nello studio dell'abitazione di Pietro Trombetta*]

P. T.: Ecco, qui c'è tutto. È qui che conservo tutto quanto ho fatto dopo la pensione ed è qui che ho scritto tutto: il mio computer, i miei libri, le mie pubblicazioni su "La mia città" ... Questo è l'indice di tutti i titoli dei miei articoli [*mostra un elenco dattiloscritto*]: "La vita oltre i cento anni", novembre 1990, "Il fumo o la salute?", "Colesterolo: un killer per il cuore", "Il sovrappeso e i problemi di salute", "Il caffè fa bene o fa male?", "La stanchezza: mal di primavera", "Il mare benefico", "L'osteoporosi", "I primi freddi: guai in arrivo", "Il cancro del colon retto" ... Sono tutti qui sono tutti. Fino a quando la rivista è stata stampata, ho sempre contribuito. Mi sono sempre divertito a scrivere.

Volevo raccontare anche un'altra cosa. Negli anni in cui ero medico, molti paesani emigravano in Germania in cerca di lavoro. Partivano in tanti, a centinaia, e lasciavano qui in paese le mogli e i figli. Quando tornavano a Natale per le feste, portavano in regalo al medico sigarette, cioccolata e altre cose... e io fumavo! [*ride*] Ero un grande fumatore. Un Natale (forse era il '62 o il '63) mi presi la briga di contare tutte le sigarette che avevo avuto in dono. In totale erano oltre 2800, 3000 sigarette. Alcune sigarette le regalai a mio fratello, fumatore anche lui, ma insomma... la maggior parte le ho fumate io. Ai primi di marzo la scorta natalizia era finita, e quindi mi resi conto di quante sigarette avevo fumato e fu allora che decisi di smettere di fumare. L'ultima sigaretta fu accesa... non ricordo bene, il 4 o 5 marzo del 1963. Decisi di non fumare più e ci sono riuscito. Sono stato male tre o quattro giorni, la sindrome da astinenza. Ma dopo quattro giorni, mi sono congratolato con me stesso: "Bravo, ci sei riuscito! Non devi più fumare!". E non ho più toccato una sigaretta... e per fortuna, perché se avessi continuato a fumare, ora non starei qua a parlare con voi!

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

[*Si ritorna nel salotto dell'abitazione di Pietro Trombetta*]

P. T.: Lei mi chiedeva della mia passione per la scrittura... Ho scritto l'ultimo mio libro nel 2009, "La vita oltre i cento anni". Da allora niente più. Mi dissi: "Basta, non hai più l'età!" e non ho più scritto nemmeno un rigo.

C. R.: Secondo lei, i racconti, le testimonianze di un medico che, come lei, ha lavorato tanto tempo fa, in un mondo che era molto diverso da quello di oggi, che valore, che utilità possono avere per chi oggi fa il medico di famiglia?

P. T.: I vecchi racconti? Non se li leggono nemmeno... [*sorride*] È per questo che io ho deciso di scrivere... avevo sempre conservato tutti i bigliettini scritti a me da parte dei miei pazienti e volevo farne un libro. Ho buona memoria e ricordavo con precisione tutti i fatti curiosi che poi ho raccontato nel mio primo libro, tutti fatti realmente accaduti.

C. R.: Un'altra domanda: secondo lei, come è cambiato il lavoro del medico di famiglia dal passato al presente?

P. T.: Anche in questo caso la risposta è nei miei libri! Oggi i medici di famiglia lavorano – ho fatto il conto – sì e no venticinque ore alla settimana in ambulatorio, calcolando che ogni giorno lavorano tre ore la mattina e due ore il pomeriggio, lunedì, martedì, mercoledì, giovedì e venerdì... sabato l'ambulatorio resta chiuso e rispondono solo a qualche eventuale chiamata urgente domiciliare fino alle dieci del sabato mattina, perché dalle dieci del sabato mattina fino alle otto del lunedì non lavorano, c'è la guardia medica. Quindi il conto è veloce: lavorano 25 ore alla settimana in ambulatorio, più le visite a domicilio. Tutto il resto del tempo possono riposare! Di

notte io non riuscivo a dormire per niente, perché venivo chiamato, mi svegliavo, andavo a fare una visita, tornavo e chissà quanto ci voleva per riaddormentarmi. Finalmente mi riaddormentavo e bussavano di nuovo al portone, un'altra volta mi alzavo e andavo a fare un'altra visita e questo succedeva frequentemente. Mi ricordo per esempio la notte di Natale, erano particolarmente frequenti le indigestioni, le coliche, era un continuo chiamare il medico, e quindi la notte di Natale la facevo pure io... in piedi! [ride]

C. R.: In effetti! Vorrei anche chiederle qual è la malattia o il paziente che proprio non riesce a dimenticare, che più resta fisso nella memoria. So che di ricordi e di racconti ne ha tanti, ma provi a pensare a quello che davvero è... indimenticabile!

P. T.: Ci sono parecchi casi. Il problema è che dopo 25 anni di pensione... non ricordo più niente! Pochi giorni fa ho compiuto 25 anni dal pensionamento... e dopodomani festeggio 92 anni di età! Non saprei che dirle in particolare...

C. R.: Ha ragione... non si preoccupi. Il suo libro è molto prezioso per la mia ricerca. In definitiva, per quale motivo ha deciso di scriverlo?

P. T.: Mi fa piacere che le sia utile! L'ho scritto perché a me piaceva scrivere! Io ho avuto sempre l'hobby di scrivere. Medico e scrittore. Quando poi sono andato in pensione, dal primo aprile 1992, non sapevo più che fare, avevo tante ore libere dalla mattina alla sera... che cosa dovevo fare? E allora ho pensato bene di cominciare a scrivere. Negli anni precedenti già scrivevo gli articoli per il giornale "La mia città" e poi, dopo la pensione, ho pensato al libro "Perciò, caro dottore, pensaci tu...".

C. R.: E mentre lavorava come medico, non le è mai venuto in mente che poteva scrivere un libro sulla sua professione? Oppure ci ha pensato solo una volta in pensione?

P. T.: È un desiderio nato dopo. Ho cominciato a scrivere dopo la pensione. Prima pensavo solo a lavorare!

C. R.: Mi viene da chiederle come mai abbia deciso, anno dopo anno, di conservare i bigliettini a lei indirizzati dai suoi pazienti.

P. T.: Non so... li mettevo via via in una busta, tutti in una busta, forse sono ancora da qualche parte nel mio ambulatorio al piano terra. Poi ad un certo punto ho pensato di fotocopiarli e pubblicarli in quel libro. Ecco... Tanti anni fa, cinquant'anni fa, la gente si fermava alla prima, alla seconda classe elementare e quindi scriveva quei bigliettini pieni di errori! [ride] Poi ho pubblicato anche altre cose... l'articolo sui medici famosi e un altro libro nel 2005, "I malati famosi". Tutto qui... ora se vuole le faccio vedere l'ambulatorio.

C. R.: Molto volentieri. Se non ha altro da aggiungere, possiamo allora chiudere l'intervista e ci trasferiamo al pianterreno.

P. T.: Va bene.

ALLEGATO n. 6

Intervista al dott. Matteo Potenza

Intervista effettuata in data 10 giugno 2017, a Mattinata (FG) presso l'abitazione dell'intervistato (durata complessiva 34.70 minuti, con all'interno due pause). Durante l'intervista sono presenti anche la moglie dell'intervistato e il nipote, Alessandro Maggi.

Notizie sull'intervistato: di anni 88 al momento dell'intervista, in pensione, fu medico libero esercente a Mattinata (FG) dal 1956 al 1998 e ricoprì incarichi temporanei come medico condotto e ufficiale sanitario anche in sedi limitrofe (ad esempio, Monte Sant'Angelo).

CRISTINA ROMANO: Oggi, 10 giugno 2017, siamo a Mattinata nell'abitazione del dottor Matteo Potenza, per intervistarlo. Buongiorno, dottore. Per iniziare le chiederei di raccontare quello che è stato il percorso di studi e di esperienze lavorative, le scelte e le decisioni che lo hanno portato a fare il medico generico nel suo territorio di origine.

MATTEO POTENZA: Dunque, io ho scelto di fare medicina sia per tradizione (venivo da una famiglia di medici: mio padre, mio suocero, mio nonno erano tutti medici), sia per vocazione. Ecco, queste sono state le motivazioni della scelta. Ho seguito gli studi universitari presso l'Università di Napoli, dopo la conclusione del ciclo universitario ho conseguito la laurea nel '53. Successivamente ho fatto dei corsi di specializzazione in sedi diverse. Ho frequentato una specializzazione a Pavia, in malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio. Poi ho fatto un corso di specializzazione in cardiologia presso l'Università di Torino e un'altra ancora, sempre a Torino, in radiologia. Questo il percorso di studi... Ho cominciato l'attività lavorativa nel 1956. Ho cominciato con il libero esercizio, poi nel corso degli anni ho ricoperto diversi incarichi, anche temporanei, come medico condotto, ufficiale sanitario, in sedi diverse (come ufficiale sanitario ho prestato servizio per due anni e mezzo a Monte Sant'Angelo, dopo aver fatto il concorso). Invece l'attività da medico generico l'ho espletata esclusivamente a Mattinata.

C. R.: Bene, tutto chiaro. Proviamo dunque ad analizzare la sua esperienza lavorativa correlandola anche al contesto. Se preferisce, può fare riferimento al paese di Mattinata, che è quello che ha avuto modo di conoscere meglio. Ad esempio, quale era il numero di abitanti del paese (anche a grandi linee) in quegli anni, il numero di pazienti che aveva in carico, il rapporto con gli altri colleghi? Insomma, tutto quello che le viene in mente in relazione al suo essere medico in quegli anni.

M. P.: Ecco, io a Mattinata ho cominciato con l'attività di libero professionista, poi dopo diversi mesi ho cominciato ad avere rapporto con gli enti mutualistici: a quel tempo c'era l'Inam ed era l'ente di maggiore importanza. C'erano poi i coltivatori diretti, gli artigiani e i commercianti, questi erano gli enti assistenziali di quell'epoca. Ho fatto quindi sia la libera attività, poi ho ricoperto anche temporaneamente incarichi da medico condotto e, in un periodo ancora successivo, come ufficiale sanitario titolare (perché ero vincitore di concorso) a Monte Sant'Angelo per due anni e mezzo. Poi sono rientrato a Mattinata dove ho continuato l'attività di medico mutualista. In quel periodo a Mattinata gli abitanti erano intorno ai 5000, ma gli assistiti dagli enti mutualistici erano circa 3000. Eravamo due medici, quindi c'era un carico di 1500 assistiti per medico. La mia attività professionale si svolgeva di mattina in ambulatorio. Aprivo presto, alle sette, sette e mezzo. Quando ero giovane si poteva fare [sorridente]... aprivo alle sette, sette e mezzo e continuavo fino ad esaurimento. Erano i pazienti a chiedere di aprire così presto... poi andavano a lavorare. L'ambulatorio finiva non prima delle undici. In periodi particolari di epidemie, l'orario di attività si protraeva anche oltre mezzogiorno. Comunque, al termine delle ore di ambulatorio uscivo per le domiciliari. Il lavoro delle domiciliari era molto impegnativo, anche perché nei primi anni lo facevo a piedi e solo successivamente mi sono fornito di macchina. Il pomeriggio, invece, l'orario di lavoro era limitato. Questo perché il lavoro della mattinata si

protraeva oltre le 14, a volte fino alle 15, quindi le ore pomeridiane erano ridotte, ma comunque c'erano da fare sempre o le visite ambulatoriali o le domiciliari non completate durante la mattinata.

C. R.: Dove era ubicato l'ambulatorio?

M. P.: Era annesso alla casa, questa casa in cui ci troviamo adesso. Se vuole posso farglielo visitare. È ancora perfettamente efficiente perché io delle visite le faccio ancora... non certo con questo ritmo, ma due o tre domiciliari, certo, si fanno. L'ambulatorio lo apro per appuntamento.

C. R.: Molto volentieri vedrò l'ambulatorio. Era aperto tutti i giorni?

M. P.: No, i primi anni si lavorava, era sempre aperto, naturalmente con un impegno minore, però si lavorava regolarmente. Poi, dopo diversi anni, ci fu un accordo fra noi due medici operanti nel territorio di Mattinata e stabilimmo che la domenica non si lavorava. Non ricordo bene in che anno accadde. Era un accordo privato tra noi due medici del paese. Successivamente, dopo diversi anni, venne messo il servizio della guardia medica che risolse un po' il problema. Poi ci fu anche l'istituzione del pronto soccorso estivo, che durava due o tre mesi... luglio e agosto. E così il lavoro cominciò ad essere più ordinato e alleggerito. Poi devo aggiungere che quando è cominciato il periodo turistico e Mattinata è diventata meta di vacanze, d'estate era proprio una cosa massacrante, perché oltre al carico abituale di lavoro, c'era questo afflusso di turisti nei mesi estivi ed era proprio iperbolico...

C. R.: Immagino... Proseguiamo: pensando alle caratteristiche dei suoi pazienti e riflettendo su quello che era il contesto economico e sociale, sulle tipologie di mestieri più diffuse nella popolazione e le patologie che più le capitava di riscontrare, può provare a fare un quadro, un ritratto, dei suoi pazienti?

M. P.: Mah, il paese è evidentemente agricolo e patologie particolari non ce n'erano, tranne una malattia, la brucellosi, che era legata alla particolare attività armentizia della popolazione. Era una malattia, direi, endemica... la brucellosi.

C. R.: L'ha riscontrata da subito, dall'inizio della sua attività?

M. P.: Sì. È andata poi scemando nel tempo... abbiamo cercato di eliminarne le cause, partendo dalle istruzioni elementari, per quanto riguardava l'uso del latte e dei latticini. È stata però una malattia endemica per parecchi anni.

C. R.: E c'erano malattie che lei ha notato come più frequenti in un determinato periodo dell'anno?

M. P.: Beh, le malattie stagionali, da raffreddamento. E poi facilmente c'erano cadute dagli alberi di ulivo nel periodo della raccolta dei frutti, atti traumatici... gli alberi di ulivo qui sono di mole importante, secolari e imponevano l'uso delle scale. Noi medici facevamo praticamente tutto. All'inizio in paese non esisteva un ospedale, e neanche nelle vicinanze. Dopo alcuni anni, fu inaugurato l'ospedale di San Giovanni, poi dopo ancora diversi anni l'ospedale di Manfredonia. Prima che venissero fondati questi due ospedali, si faceva riferimento agli Ospedali Riuniti di Foggia, quindi non era una cosa molto agevole. Il primo soccorso lo faceva perciò sempre il medico in casa. Il primo soccorso... non so, le suture, le medicazioni, facevamo tutto a domicilio.

C. R.: Può fare qualche riflessione anche per quel che riguarda le terapie e i farmaci che proponeva ai pazienti?

M. P.: C'è da dire che in paese c'erano delle vecchie usanze, delle vecchie credenze, per cui si usava praticare una medicina, come dire, popolare, e quindi ci è voluto del tempo per sfatare determinate convinzioni, determinate abitudini. Una convinzione molto forte, ad esempio, era che l'ortopedia non fosse una materia di competenza del medico, ma di praticoni che stavano sul posto ed uno di questi sedicenti ortopedici era un macellaio [*ride*]. La convinzione popolare è che quando si trattava di un fatto traumatico, si dovesse andare da questi "esperti" e non dal medico, perché secondo loro il medico non era competente. C'erano delle credenze molto radicate, molto antiche, e c'è voluto molto tempo per vincerle.

C. R.: A questo punto mi viene da chiederle di raccontare la relazione terapeutica che la legava ai suoi pazienti in quegli anni. Prima faceva ad esempio cenno al fatto che era andato incontro alle esigenze dei suoi assistiti per quel che riguardava gli orari dell'ambulatorio. Che tipo di rapporto aveva con i pazienti?

M. P.: Inizialmente il rapporto fu difficile, perché come le dicevo c'erano delle vecchie credenze popolari, delle vecchie abitudini, che bisognava eradicare... ad esempio, la parotite veniva curata in un modo, direi adesso, ridicolo... c'erano delle donne, delle sedicenti esperte, che facevano con una matita o una penna una stella sulla zona tumefatta, sulle parotidi e quello era il sistema di cura! [ride] E il medico non poteva fare altro, non veniva preso in considerazione... si andava da queste esperte a far "scrivere" (in paese dicevano proprio a "far scrivere"), e facevano il disegno di una stella sulle parotidi. Ed era quella la convinzione... quindi per vincere queste convinzioni, ce n'è voluto di tempo! Superate poi queste complicazioni, il rapporto divenne di fiducia, una fiducia che chiaramente nel tempo è aumentata, c'è stata una maturazione, un adeguamento ai tempi, ai metodi terapeutici, indubbiamente... e si sono vinte le difficoltà iniziali. Sono cambiati i pazienti, ma certo è cambiata anche la modalità di visitare. Oggi la medicina è molto più tecnologica e burocratizzata di allora. Nel passato c'era invece un rapporto umano più continuo, più frequente...

C. R.: Capisco... C'è la storia di una malattia o la storia un paziente che le viene di raccontare come per lei fortemente significativa nella sua professione di medico?

M. P.: Vede, la cosa che probabilmente ho acquisito, ho imparato, è che i pazienti andavano visti, visitati tutti quanti... questo è il concetto principale da dire. E potrei citare qualche esempio che avvalorava questo concetto. Una volta fui chiamato per una domiciliare e andai ad un indirizzo sbagliato. In realtà l'indirizzo non era sbagliato, ma c'era una omonimia. Andai in una casa dove sapevo che abitava una certa persona, invece ero stato chiamato da un altro paziente che aveva lo stesso nome e cognome. Mi aprì una signorina che stava lavando a terra: "Dottore, noi non l'abbiamo chiamato!". Chiesi scusa, me ne stavo andando e lei: "Guardi dottore... a proposito, io da alcuni giorni ho un dolore alla spalla. Che potrei prendere?". Rimasi di stucco e dissi: "Ma così non posso dire niente, ho bisogno di visitarti". La visitai e teneva una bronchite, aveva un versamento pleurico che si portava così... ora, se non avessi insistito per visitarla e le avessi dato un farmaco qualsiasi, probabilmente sarebbe stata una leggerezza imperdonabile.

C. R.: Il discorso che lei fa è chiarissimo. Parliamo ora della possibilità di testimoniare il proprio lavoro, con la scrittura e con il racconto. Lei mi ha fatto vedere, prima che cominciassimo l'intervista, una busta con dentro un bel po' di taccuini, uno per ogni mese...

M. P.: Per ogni mese! Forse non bastavano neanche per un mese! [ride]

C. R.: All'interno di questi taccuini c'è l'indicazione di una giornata, giorno mese e anno, e poi un elenco di nomi o di indirizzi o di soprannomi...

M. P.: ... che si riferivano alle visite domiciliari da fare in quel singolo giorno.

C. R.: Esatto! Con accanto un segno di spunta nel caso in cui la visita veniva fatta, o un trattino o nessuna indicazione se poi la visita non veniva fatta. Per quale motivo lei riempiva i taccuini con queste informazioni?

M. P.: Il motivo era semplice... non volevo rendicontare il numero delle visite, no... era solo un appunto da portare con me, per ricordarmi chi dovevo visitare e dove. In ambulatorio prendevo nota delle visite da fare sul taccuino e poi lo portavo dietro con me in giro per il paese. Probabilmente, adesso a distanza di tempo, è anche bello avere questa testimonianza, questo ricordo...

C. R.: Direi proprio di sì! Ad eccezione di questi taccuini, lei non ha mai tenuto memoria scritta di casi di malattia, oppure un diario, o ha mai redatto studi su determinate situazioni con cui era venuto in contatto?

M. P.: No. O meglio... a volte ho fatto dei lavori scientifici, uno lo feci in collaborazione con l'Ospedale di San Giovanni su un caso particolare e le dico subito di che si trattava. Qui c'era la

convinzione che le ustioni cutanee si trattassero in modo proprio balordo, con le applicazioni di alcool. Quindi si veniva a ingigantire il processo infiammatorio e aumentava anche la sensazione dolorifica (chi aveva subito una ustione aveva già dolore!)... ci mettevano sopra gli impacchi di alcool...! Dunque, fui chiamato perché un ragazzo si era scottato con una pentola di acqua bollente rovesciata addosso e avevano praticato quei rimedi... Penso fosse intorno al '60. Quando giunsi alla casa, il ragazzo stava in uno stato comatoso, coma che io diagnosticai (e poi fu confermato) dovuto ad intossicazione da alcool. Era un coma etilico, perché una vasta superficie del corpo era stata bagnata di alcool e questo praticamente aveva determinato un coma etilico. Feci ricoverare il ragazzo a San Giovanni, segnalai, feci la mia diagnosi, poi parlai con il primario della Pediatria e poi fu confermata questa diagnosi. Da questo caso venne fatta una pubblicazione, da me e dal primario. Noi dimostrammo che si poteva avere il coma etilico da assorbimento percutaneo di alcool. Alla base c'era questa convinzione popolare – sbagliatissima – di trattare le ustioni con l'alcool. Siccome la superficie del bambino era estesa, si ebbe un assorbimento massivo di alcool tale da determinare un coma, un coma etilico. Ora vedo se riesco a trovare l'articolo tra le mie carte... Lì si faceva la cronistoria del fatto clinico, della persona, del tipo di medicazione fatto dai familiari, dell'evento patologico del coma...

[Chiede alla moglie di recarsi nel suo studio, dandole delle istruzioni per reperire l'articolo]

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

C. R.: Oltre a questo articolo e ai taccuini di cui abbiamo parlato prima, non ha mai scritto altro in relazione alla sua attività di medico?

M. P.: No, nient'altro. Troppo lavoro!

C. R.: Capisco. È vero che non ha scritto nient'altro, ma è anche vero che oggi lei si sta raccontando in forma orale, attraverso lo strumento dell'intervista. Ritiene che la narrazione di un'esperienza professionale in qualche modo lontana nel tempo (perché parliamo di 60 anni fa per quel che riguarda i suoi inizi) possa avere una qualche utilità nel presente, per esempio per le giovani generazioni di medici?

[Ritorna la moglie che dice di non essere riuscita a trovare l'articolo]

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

M. P.: Tornando alla sua domanda... Penso proprio di no... i giovani medici se ne infischiano altamente! *[ride]* Adesso il tipo di lavoro è cambiato, il rapporto tra medico e paziente è completamente cambiato, adesso è tutto burocratizzato. Adesso i medici tra l'altro sono consociati in uno studio comune, fanno le ore di ambulatorio e tutto più o meno finisce lì... le domiciliari, chissà se se ne fa qualcuna... forse il numero di visite che facevo io era una mia esagerazione, perché io avevo l'abitudine di tornare anche a fare una seconda visita di controllo, soprattutto nel periodo influenzale, lì andavo a vedere tutti quanti... perché non volevo avere scrupoli! Ero sempre impegnato, ma adesso il lavoro che si fa in ambulatorio si fa dietro ad una scrivania, davanti ad un computer... tutto cambiato! Il rapporto umano non ci sta quasi per niente. Senza dire poi che si scarica molto sulla specialistica, il rapporto di cura è ridotto al minimo... insomma, credo di aver detto tutto.

C. R.: Va bene, penso che abbiamo toccato tutti i punti che mi interessava approfondire. Ha altro da aggiungere?

M.P.: No, no...

C. R.: Bene, la ringrazio. Chiudiamo qui l'intervista.

ALLEGATO n. 7

Intervista al dott. Antonio Lepore

Intervista effettuata in data 16 giugno 2017, a Foggia presso l'abitazione dell'intervistato (durata complessiva 1.06.02 minuti). Durante l'intervista sono presenti anche la moglie e il figlio dell'intervistato, Antonietta Colonnello e Donato Lepore. La signora Antonietta Colonnello interviene nel corso dell'intervista.

Notizie sull'intervistato: di anni 86 al momento dell'intervista, in pensione, fu medico della mutua a Orsara di Puglia (FG) dal 1968 al 1975 e poi medico dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale a Foggia fino al 1998.

CRISTINA ROMANO: Oggi 16 giugno 2017, intervistiamo il dottor Antonio Lepore nella sua abitazione a Foggia. Dottor Lepore, può raccontarmi le fasi del percorso che l'ha portato a essere medico? Gli anni degli studi universitari, la laurea, le varie esperienze professionali che ha avuto, i concorsi...?

ANTONIO LEPORE: Ho portato un po' di carte perché la memoria non mi aiuta... [*mostra la cartellina portadocumenti che ha davanti a sé*] Io mi sono laureato a Cagliari... ecco... il 3 dicembre del 1968. Ho studiato a Napoli, ma alla fine mi sono trasferito a Cagliari e la laurea l'ho presa là. Poi la specializzazione in Igiene il 7 giugno '73 a Parma. Subito dopo la laurea però sono tornato al paese, a Orsara. Ero medico della mutua. Sono stato cinque anni, dalla laurea fino al 1973. All'inizio ho fatto anche le sostituzioni, mi mandarono pure alle isole Tremiti, dove non voleva andare nessuno! Poi sono diventato medico di seconda classe dell'Inps a Foggia dal 12 novembre 1973, e nel novembre '74 sono stato promosso medico di prima classe, poi aiuto medico legale dell'Inps il 12 febbraio 1982... vedi, leggi qui, è tutto scritto... E poi sono stato pure medico scolastico, il 25 marzo 1971... ecco qui, ho fatto bene a portare tutte queste carte [*prende in mano un documento e legge velocemente a voce bassa*]: "Al fine di ottenere l'incarico di coadiutore per il servizio di medicina scolastica, si prega di far pervenire a questo ufficio...". Ecco, qui pure dice: "In seguito ai risultati di concorso pubblico per merito e per titoli a 304 posti di medico di seconda classe indetto il 28 luglio 1972, la S.V. è stato nominato medico di seconda classe"... Questo è il concorso nazionale che ho fatto all'Inps. Mi sono classificato 19esimo su 304...? Vuol dire che ero bravo [*ride*] per l'epoca...! Poi sono andato in pensione due volte! [*ride*]

Perché ad un certo punto fecero optare: o potevo continuare ad avere i mutuati, oppure lavoravo all'Inps. Prima fecero diminuire i mutuati a 1800, poi a 1500, poi ancora meno, e alla fine ho dovuto optare, e ho preferito la Previdenza Sociale. Io però non ricordo quando accadde... Vediamo... [*controlla tra i documenti*] Ecco! Decorrenza pensione! Febbraio '93 dalle mutue. Invece nel 1998 la pensione vera e propria dall'Inps, avevo 67 anni. Sono stati utili questi dati e queste carte? [*sorride*]

C. R.: Molto utili per ricostruire la sua storia! Ora proseguiamo... concentriamoci sui suoi anni come medico della mutua ad Orsara, in quanto il mio interesse è indirizzato alle esperienze professionali in un piccolo paese. Come era articolata la sua giornata di lavoro, a quel tempo?

A. L.: Ero disponibile tutti i giorni e a tutte le ore, anche di notte. Sempre!

ANTONIETTA COLONNELLO: Bisogna dire che i clienti venivano a casa a qualsiasi ora. Bussavano in ogni momento, durante il pranzo o la cena, la notte. La porta restava sempre aperta, non aveva la chiave, bastava spingere e si entrava. L'ambulatorio era una stanza della nostra casa, non era all'esterno, era dentro casa. Lui faceva di tutto, metteva punti di sutura... era raro che mandava qualcuno all'ospedale a Foggia, risolveva tutto lui.

A. L.: Ho fatto tutti tipi di esperienze, di tutto e di più! Mi chiedevano anche tanti certificati, per la pensione, per l'invalidità, per le malattie al lavoro... spesso era una lotta per i certificati. A

volte mi facevano anche dei regali, con lo scopo di ottenere qualcosa. Io però non ero solito accettare queste cose...

A. C.: A bussare venivano spesso degli uomini che passavano il tempo nella cantina del paese. Li chiamavamo gli "ubriaconi". Bevevano, poi si facevano male litigando e finivano dal dottore ad ogni ora! Ti ricordi?

A. L.: Mia moglie spesso mi aiutava, faceva da infermiera [*ride*]... le capitava pure di medicare! Oppure le chiedevo di bollire e sterilizzare le siringhe e altri strumenti che usavo. Io facevo di tutto. Mi ricordo una volta di un bambino, gli era andato un granone nel naso... e poi ero presente quando le donne partorivano, con la levatrice, se qualcosa andava storto... ma non è mai successo, per fortuna. Quanti punti di sutura, ho messo, quanti! Raramente mandavo un cliente a Foggia... solo se vedevo che proprio c'era bisogno. E qualche volta ho anche accompagnato il malato personalmente in ospedale con la mia macchina! Mi ricordo per esempio un paesano colpito da ictus... senza perdere tempo, lo caricai nella mia macchina e lo portai subito a Foggia ai Riuniti.

A. C.: Mi ricordo che ti arrabbiavi, quando venivano a chiamarti durante il pranzo, mentre mangiavamo, o la sera mentre ti trattenevi con gli amici dopo cena... e in paese lo chiamavano "u' pacc'", però lo stimavano tutti.

A. L.: E sì... ti ricordi più tu gli aneddoti, di me! Perché io ho 86 anni... comunque questa cosa è vera. Con i clienti ero molto duro. Se non facevano le cose per bene come dicevo io, arrivavo anche a dire di cambiare medico. Non mi interessava di perdere il cliente... Comunque ero sempre disponibile alle chiamate e questa cosa la apprezzavano tutti.

C. R.: Faceva anche visite domiciliari?

A. L.: Certo, ne facevo... però diciamo che la maggior parte veniva a casa mia... poi c'era la gente allettata, che non stava bene, e lì ero io ad andare. Mi chiamavano e io accorrevo... La disponibilità era totale. Pensate che quando sono nati i miei due figli, qui a Foggia in ospedale, io non c'ero perché stavo dietro ai pazienti ad Orsara. E ad un parto mia moglie se l'è vista pure molto male! In poche parole, posso dire che io ho fatto il medico a discapito della famiglia, dei figli.

C. R.: Capisco. Volevo chiedere un'altra cosa: quanti abitanti aveva Orsara in quegli anni?

A. L.: A quei tempi otto, novemila. Oggi molti meno, circa 3.500. C'erano più medici: il medico condotto, l'ufficiale sanitario e poi due medici della mutua, io e un altro. In tutto eravamo in quattro, e c'era anche un po' di competizione, di concorrenza. Si faceva a gara ad emergere.

C. R.: Che cosa può dire dello stato di salute degli abitanti di Orsara? C'erano patologie caratteristiche e ricorrenti?

A. L.: Era un paese prettamente agricolo, però c'era pure qualche paesano che faceva l'artigiano, o il sarto... Erano però soprattutto contadini e accadeva spesso che si tagliavano o si facevano male lavorando nei campi. Cadevano, si facevano male e venivano da me. Ho messo davvero tanti punti, a Orsara. E poi nel paese si beveva tanto, c'era molti ubriachi e le chiamate notturne erano sempre le loro. Pure tanti fumatori... di più rispetto ad oggi. Il primo fumatore ero io!

C. R.: E obbedivano alle terapie, a quello che lei diceva di fare?

A. L.: Facevano le cure come volevano loro, o prendevano farmaci a una certa ora non era quella che avevo detto io... Posso dire però che in generale andavano dal medico, cioè non si rivolgevano ad altri tipi di personaggi, guaritori, guaritrici... non ce n'erano. No, ad Orsara queste cose non succedevano...

C. R.: Quindi il rapporto con i pazienti era un rapporto diretto, continuativo...?

A. L.: Io facevo il medico con tutto il cuore. C'erano anche i rimproveri, i litigi, ma ero giudicato molto bene. Dicevano che gridavo, ma dicevano anche che ero bravo! Prima c'era comunque un maggiore rispetto, soprattutto nell'ambiente contadino, di un paese... pochi laureati, la maggior

parte erano persone umili...

C. R.: Secondo lei come è cambiato il ruolo del medico di famiglia da allora, e il suo rapporto con il paziente?

A. L.: È molto cambiato, oggi è tutto diverso. Secondo me, noi eravamo più solleciti, soprattutto se lavoravamo in un paese, rispetto ad una città più grande.

C. R.: Secondo lei, può essere utile per i giovani medici di famiglia sentire la voce, i racconti, le esperienze di un medico più anziano?

A. L.: Io penso di sì, perché abbiamo fatto i medici con una disponibilità totale al paziente, e questo fa da modello per i medici di oggi. Per esempio, il fatto che capitava che io accompagnavo con la mia macchina i pazienti più gravi in ospedale... è una cosa significativa.

A. C.: Una volta è successo che facesse addirittura incidente mentre tornava da Foggia a Orsara, dopo aver lasciato la paziente all'ospedale! Ti ricordi? Si chiamava Nunziatina, la paziente!

A. L.: Poi hanno portato anche me in ospedale e ci siamo trovati nello stesso reparto! [*ride*] Mi ricordo... sì. Senta, ma sto andando bene? Io ho 86 anni e queste sono cose di tanti anni fa... faccio fatica a ricordarmi. Per fortuna mi aiuta lei, mia moglie... lei ricorda meglio di me! Prima poi ero solito raccontare tanti aneddoti del mio lavoro ai miei figli, agli amici... adesso mi accorgo che tante cose le ho dimenticate...

C. R.: Stia tranquillo, sta andando molto bene. Un'altra domanda... c'è un paziente che per lei è stato particolarmente significativo e che ricorda ancora per qualche motivo?

A. L.: Non saprei... Sono passati tanti anni...! [*si ferma a pensare*] C'era una signora, era la vedova del notaio del paese, era anziana. Quando veniva a farsi visitare, capitava che poi la portavo in giro, a fare una passeggiata fino a casa sua. Ero molto affezionato e lei era legata a me. Non aveva figli, o meglio, aveva una figlia che era morta giovane. E poi qualche altra vecchietta, che venivano a farsi visitare più per avere compagnia che per altro. Molti pazienti poi erano particolarmente affezionati a me e mi facevano regali. Una volta mi regalarono un gatto, un cane... pure l'albero di Natale, mi hanno regalato! Portavano frutta, uova, carne, cose da mangiare, alimenti sempre prodotti da loro stessi, non accadeva mai che comprassero, ma era sempre qualcosa di loro proprietà. Una volta mi arrivò addirittura una intera cassetta di pesce! Me la mandarono dalle Tremiti, poco dopo essermi trasferito ad Orsara. In quel caso però rifiutai il regalo perché era troppo! [*ride*]

C. R.: Bene... le chiederei adesso se lei ha mai scritto, preso appunti sui pazienti, su alcune malattie che la colpivano di più... non ha mai esposto in forma scritta riflessioni, esperienze, legate al suo essere medico...?

A. L.: No, mai.

C. R.: Come mai?

A. L.: Perché all'epoca facevo un sacco di cose... ero specializzato in igiene e quindi mi occupavo anche di medicina scolastica, malattie esantematiche, pidocchi... c'era tanto lavoro. Questo è il motivo.

C. R.: Un'ultima domanda... per caso lei conserva strumenti medici del tempo, che io possa fotografare? O più in generale, qualsiasi tipologia di testimonianza della sua vita professionale ad Orsara?

A. L.: Sì, sicuramente le siringhe... prima si sterilizzavano nella bacinella e come ho detto prima, era un'operazione che faceva spesso mia moglie per aiutarmi. Forse anche qualche altra cosa... dovrei avere nella mansarda lo stetoscopio di legno... li ho messi da parte con la vasellina intorno per farli conservare meglio. Tutti gli arredi del mio ambulatorio sono invece nello studio di mio figlio, li ho dati a lui quando è entrato nella medicina di famiglia. Gli ho dato anche un cranio che usavo come portafortuna, ora ce l'ha lui!

C. R.: Cercherò di avere qualche foto con l'aiuto di suo figlio! Bene, credo abbiamo terminato...

c'è qualcos'altro che le viene in mente?

A. L.: No, io penso che abbiamo toccato tutti i tasti! La mia storia è questa. Sono rimasto ad Orsara pochi anni. Ci sono andato perché volevo far contenta mia madre, dopo che era morto mio padre. Lui morì e io poco dopo mi laureai, e poi decisi di tornare a casa per stare con mia madre. Poi però mi sono reso conto che non c'era modo di crescere più di tanto... c'erano altri medici, la popolazione era quella che era e i clienti non aumentavano. Poi è arrivato il concorso alla Previdenza Sociale e ne ho approfittato. E così mi sono trasferito a Foggia. Vi racconto una cosa simpatica... quando si trattò di scegliere in che quartiere aprire lo studio a Foggia, mi misi a tavolino con mio cognato che lavorava all'istituto delle case popolari, proprio come fece Alberto Sordi nel film "Il medico della mutua", che era uscito in quegli anni! Ci mettemmo seduti a tavolino e concludemmo che era meglio aprire praticamente dove c'erano le case popolari, dalle parti di dove oggi c'è la guardia medica. Lì c'era più gente, più figli... all'inizio facevo sempre una cosa: usando un termine napoletano, "un po' di fumo ci vuole"! In sostanza, poiché non avevo assistiti, per far vedere che stavo ingranando, uscivo di corsa dall'ambulatorio dicendo "Un attimo, un'urgenza" e non era vero niente... facevo un giro e tornavo, e dicevo "Ho fatto due o tre visite!" per far vedere che stavo prendendo assistiti! Poi man mano le cose andarono bene e quindi non ci fu più bisogno di fare sceneggiate! Ricordo ancora che avevo le tasche sempre piene di monetine, cinque, dieci lire: mi servivano per salire con l'ascensore quando andavo a fare le domiciliari, perché a quei tempi spesso l'ascensore era a pagamento.

C. R.: Bene! Le viene in mente altro?

A. L.: No, no, abbiamo detto davvero tutto. Non so se sono stato utile... Chissà che cosa penseranno di me, quando leggeranno queste note ed io non ci sarò più! [ride] Parleranno bene di me oppure no? Mi raccomando! [ride]

C. R.: Non si preoccupi! La ringrazio ancora.

ALLEGATO n. 8

Intervista al dott. Amilcare Spinapolice

Intervista effettuata in data 4 ottobre 2017, a Foggia presso lo studio da specialista in ginecologia e ostetricia dell'intervistato (durata complessiva 26.38 minuti).

Notizie sull'intervistato: di anni 66 al momento dell'intervista, attualmente impegnato come medico specialista in ginecologia e ostetricia, fu medico condotto nei paesi consorziati di Celle San Vito e Faeto (FG) dal novembre 1977 all'aprile 1978.

CRISTINA ROMANO: Oggi è 4 ottobre 2017, intervistiamo il dottor Amilcare Spinapolice nello studio "Omnia Medica" a Foggia. Allora, cominciamo con il ricordare qual è stato l'*excursus* di studi, le tappe, le scelte che hanno preceduto l'esperienza professionale da medico condotto.

AMILCARE SPINAPOLICE: Io ho sempre avuto la predisposizione per la medicina, cioè ho sempre saputo sin dal liceo che avrei fatto medicina e praticamente è stato un percorso di studi sotto questo punto di vista abbastanza facilitato dalla convinzione, quindi mi sono laureato relativamente presto, anzi direi del tutto presto, perché a 25 anni ero già laureato, perfettamente in regola. In realtà la scelta di andare a fare il medico condotto fu una scelta secondaria rispetto al fatto che dovetti lasciare l'Istituto di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Chieti. A Chieti conseguì la laurea, poi però per motivi familiari fui costretto a ritornare in sede e, rientrato a casa, iniziai a capire quali potevano essere le possibilità lavorative. Ebbi l'opportunità di questa condotta, una condotta libera già da molto tempo. Allora la nomina della condotta la faceva il sindaco con il consiglio comunale e praticamente fui scelto tra i candidati – eravamo due o tre, non ricordo con esattezza – che ci eravamo proposti al sindaco. In realtà io ho fatto un mese di sostituzione prima, a Castelluccio Valmaggiore, come medico condotto al dottor Barbetta, bellissima figura di medico d'altri tempi che mi ha trasmesso tanti valori importanti, come quelli della gestione, del rapporto con i pazienti in una realtà locale estremamente piccola. Per cui, diciamo, data la vicinanza dei comuni, il consorzio di Faeto-Celle San Vito mi scelse perché avevo già fatto questa esperienza, avevano avuto fiducia in me per l'esperienza che già avevo avuto.

C. R.: In che anno siamo?

A. S.: Nel '77. Il mio lavoro da medico condotto durò da novembre '77 ad aprile '78.

C. R.: Bene. Potrebbe raccontarmi come si articolava una giornata-tipo da medico condotto?

A. S.: Allora, all'epoca io avevo anche le mansioni di ufficiale sanitario, per cui si era medico condotto e ufficiale sanitario. In genere parte della mattina la si impegnava per il lavoro sociale, cioè come ufficiale sanitario, mentre nell'altra metà della mattina si faceva studio e poi il pomeriggio facevo anche qualche altra ora di ambulatorio. Era anche compito del medico condotto, insieme ad eventuali altri medici del paese, garantire la copertura notturna delle urgenze e nel fine settimana, perché non era ancora istituita la guardia medica così come è concepita ora.

C. R.: Dove era ubicato l'ambulatorio?

A. S.: A Faeto facevo ambulatorio presso il municipio, in un locale messo a disposizione dal Comune. A Celle San Vito facevo ambulatorio nell'edificio scolastico, in una stanza riservata.

C. R.: Sa darmi dei riferimenti in termini di numero di abitanti e/o di pazienti in carico?

A. S.: Allora... numero dei pazienti in carico non lo saprei dire... Celle San Vito era piccolissimo, c'erano 500, 600 abitanti, mentre a Faeto 1500. Io ero l'unico medico condotto. C'era poi a Faeto il dottor Ricci, che era anche lui convenzionato come medico generico e in realtà faceva anche l'odontoiatra a Foggia e poi penso fosse anche medico Inps.

C. R.: E in riferimento invece a quella che era la caratterizzazione economica, sociale, culturale del paese e delle persone con cui aveva a che fare, che cosa potrebbe dire?

A. S.: Allora, io ricordo che è stata un'esperienza gradevolissima, soprattutto perché, essendo io molto giovane e fresco di studi e con l'entusiasmo del neofita, ho avuto subito un gran numero di assistiti e ricordo comunque l'affetto, la disponibilità e il rapporto assolutamente simmetrico con la popolazione. Io tornavo a casa con la macchina piena di regali e di omaggi di ogni genere! [*sorride*] Il paese era essenzialmente agricolo. Poi c'era qualcuno che aveva ovviamente delle attività commerciali e c'erano anche piccoli albergatori, perché iniziava a svilupparsi verso Faeto un certo flusso di turismo ad indirizzo locale...

C. R.: Capisco. Dunque...per quel che invece riguarda la tipologia di patologie che incontrava più frequentemente?

A. S.: Allora, le patologie più frequenti... la realtà sociale era soprattutto di una popolazione anziana, quindi praticamente tutte le patologie più frequenti della terza età, da tutte le patologie ossee all'ipertensione al diabete e ovviamente, essendo anche un posto molto alto, nell'inverno che sono stato c'è stata una frequenza abbastanza significativa di malattie dei bronchi e respiratorie.

C. R.: Bene. C'è qualche episodio, aneddoto, volto, persona, che le è rimasto impresso dell'esperienza lavorativa da condotto? Qualcosa di particolare da raccontare?

A. S.: Assolutamente sì... molto particolari! All'epoca il sistema sanitario dava tutto, anche i cerotti! A quel tempo c'era una nonnina che veniva sempre a prendere la soluzione Schoum, che era un coleretico... allora, alla terza volta, alla quarta volta le dissi: "Scusa, ma mi fai capire tu con tutte queste soluzioni Schoum che fai?". E la risposta è stata: "Dotto', quello mio figlio si è fidanzato, la domenica vengono i parenti e si consumano tutto lo Strega!". Quella beveva al posto dello Strega la soluzione Schoum! [*ride*]

C. R.: Sì... lo sa che questo particolare è emerso anche in un'altra intervista? Evidentemente era un costume particolarmente diffuso tra gli anziani! [*ride*] Ancora, qualche altro aneddoto? Una situazione per esempio particolarmente complessa da gestire o che è stata di grande coinvolgimento per uno specifico motivo...

A. S.: Un ricordo molto forte è quello di quando per la prima volta mi sono trovato da ufficiale sanitario a fare una rimozione di cadavere. La cosa mi colpì molto ed è una delle cose che ricordo con più precisione. Si trattava di uno sfossamento da eseguire al cimitero di Faeto.

C. R.: Che cos'è che la colpì in particolare?

A. S.: Il punto è che io ho sempre fatto l'ostetrico dal quarto anno, il che significa che sono sempre stato un medico per la vita. L'impatto con la morte è davvero molto particolare per noi ginecologi rispetto ad altre specializzazioni mediche, perché in genere viviamo periodi gioiosi, soprattutto nell'ostetricia. Avere a che fare con un cadavere è sempre un'esperienza forte e quella a Faeto per me fu la prima di questo genere.

C. R.: Chiarissimo. È in grado di fare delle riflessioni su eventuali connessioni fra le patologie più frequentemente riscontrate e la caratterizzazione sociale e lavorativa dei suoi pazienti? Prima ha fatto ad esempio dei riferimenti all'età avanzata della maggior parte degli assistiti e alle malattie stagionali conseguenza della stagione fredda... ha da aggiungere altro?

A. S.: Posso fare una considerazione assolutamente positiva, perché Celle San Vito credo che sia uno dei paesi con la più alta longevità, per cui abbiamo un clima assolutamente eccezionale, uno stile di vita improntato sulla lentezza e un'alimentazione a chilometro zero. La cosa che più mi ha colpito a Celle San Vito è stata proprio questa predisposizione alla lentezza: tutto si svolgeva in maniera molto lenta, con una serenità di base che oggi non abbiamo più, non sappiamo neanche dove sta! [*ride*]

C. R.: Dunque, un altro aspetto che mi interessa molto è la relazione con il paziente. Che cosa può dire in proposito?

A. S.: Assolutamente! Io ho iniziato la mia carriera professionale in un periodo e in un contesto che ancora vedeva il paziente riconoscere quella che io chiamo asimmetria. Cioè, tu vai dal medico perché gli riconosci la competenza. Questa asimmetria in un posto molto piccolo è ancora molto più evidente: la gente si relazionava sempre in modo corretto, poneva le proprie problematiche in maniera corretta e aspettava che il medico potesse dare la soluzione. Oggi è assolutamente il contrario: nel passato era il medico che doveva avere la capacità comunicativa di scendere al livello del paziente per rendere la comunicazione simmetrica. Adesso invece, con la diffusione e l'iper-informazione, è cambiato tutto: primo, perché secondo me l'eccesso di informazione è disinformazione; secondo, perché il paziente cerca di annullare l'asimmetria non aspettando che il medico si abbassi, ma cercando di alzarsi lui, cosa che è assolutamente impossibile che avvenga. Il fatto poi che si legga qualcosa su internet e si creda di aver scoperto l'eziologia di tutto è molto grave, perché il paziente così ti toglie la competenza. E nel momento in cui tu ti rivolgi a un professionista e gli togli la competenza, il rapporto è completamente sfalsato.

C. R.: Certo. Un altro aspetto che mi interessa è quello legato alla narrazione. Se non ricordo male, nel nostro primo contatto per prendere gli accordi logistici in vista di questa intervista, lei mi ha detto di non aver mai preso nota di eventuali studi di caso o di situazioni particolari durante l'esperienza da medico condotto, giusto? Non ha dunque mai tenuto, ad esempio, un diario o un'altra forma di resoconto scritto della sua attività lavorativa, nemmeno negli anni successivi?

A. S.: No, non è mai stata mia abitudine. Perché... perché ho una buona memoria. Ho una buona memoria in generale, una buona memoria visiva, una buona memoria uditiva. Per cui io se sono concentrato su una cosa, davvero riesco a ricordare tutto! Ad esempio se ho fatto questa intervista io mi ricordo di lei, mi ricordo della sua voce, e quindi mi ricordo anche di quello che ci siamo detti... almeno finora! [ride] Poi non so! Ecco perché non ho mai avuto l'abitudine di prendere degli appunti, delle note. C'è anche da dire che quando ho fatto il medico condotto ero "fresco fresco" di giornata, molto concentrato. Le mie attenzioni erano tutte lì, su quello che facevo al lavoro. Poi ero abituato alla clinica universitaria, quindi alla ricerca... ero abituato a documentarmi sulle cose più strane e poi le riferivo. Quella da medico condotto è stata davvero un'ottima esperienza. Mi rendevo conto anche di avere una marcia in più rispetto ad altri colleghi... ecco, io mi sono laureato sull'onda del '68. L'onda del '68 in medicina non cambiò molto: nelle altre facoltà, magari più politicizzate, accadeva che si facessero degli esami di gruppo o che si prendesse il 18 politico. Ecco, cose del genere a Medicina non potevano accadere, era impensabile consentire un esame di gruppo, però veniva ad esempio data la possibilità di sostituire degli esami, ovvero si poteva decidere di togliere un fondamentale e fare al suo posto due complementari. Io non ho mai sostituito i fondamentali, per cui avevo fatto Otorino, Oculistica, Dermo, e fresco di studi mi sono trovato bene, perché non mi sono trovato di fronte all'ignoto e quindi questo mi ha favorito.

C. R.: Lei da anni lavora come medico specialista in ginecologia e ostetricia, mi ha però detto che per qualche tempo, dopo l'esperienza da medico condotto, ha avuto modo di lavorare anche come medico generico. Saprà di certo che la maggior parte dei medici condotti sono appunto transitati alla medicina di famiglia. Mi interesserebbe avere il suo punto di vista su questo argomento... proviamo a delineare un confronto tra la figura e il campo d'azione del medico condotto e quelli del medico di medicina generale? Sulla base della sua esperienza personale, naturalmente, ma che degli scambi che ha con colleghi.

A. S.: Sì, in effetti ho lavorato anche come medico generico, immediatamente dopo l'incarico da condotto... nel '78. C'è da dire che il medico condotto era contemporaneamente anche ufficiale sanitario e medico di medicina generale. Dunque, il discorso è questo... dapprima la medicina generale aveva un andamento più umano, se così si può dire, nel senso che c'era una possibilità di *iter* diagnostico, c'era una possibilità di colloquio con il paziente. Adesso, da quello che mi riferiscono i colleghi di medicina generale, è tutto limitato dalle questioni economiche, hanno dei paletti incredibili e poi c'è il rischio che ti vengano tolti dei soldi perché hai fatto errori di prescrizione... assolutamente illiberale. Fare il medico è invece una professione liberale. La medicina non è una branca scientifica, la medicina non è esatta. Chi pensa che la medicina sia una

scienza esatta, ha sbagliato mestiere o imbrogliato se stesso, perché la medicina ha in sé un animo di mistero che è quello della ricerca della malattia e la malattia, anche quella endemica, non colpisce tutti alla stessa maniera, né alla stessa maniera rispondiamo tutti, dalle vaccinazioni alle terapie. La medicina è una scelta umanistica, improntata sull'individualità. La magia della medicina è l'individualità. Adesso si parla tanto di ingegneria genetica e di terapie personalizzate, ma questo è nell'*animus* della medicina. La medicina non si fa con i protocolli né con le statistiche. Con le statistiche ci si può orientare, ci si può preparare, si può pensare di affrontare la patologia, ma non con la convinzione di essere sempre e comunque nel giusto.

C. R.: Un punto di vista molto chiaro. Ritieni che quanto abbiamo fatto oggi, e cioè l'esperienza del racconto, del ricordo, del recupero di esperienze che risalgono ad un tempo passato, tutto questo possa essere di qualche utilità? Per chi racconta, per chi ascolta...?

A. S.: Io sono fautore della medicina delle parole, perché chiaramente il racconto è una maniera assolutamente "pulita" di riferire delle esperienze. Mi viene da pensare anche ai pazienti... molto spesso il tenere dentro, da parte del malato, una situazione, come se fosse un peccato, una colpa... La malattia non è una colpa, le malattie non si comprano e non si vendono. Il medico potrebbe utilmente raccogliere le esperienze individuali dei suoi pazienti... è vero che raramente accade che ci si ritrovi nella stessa situazione (simile può essere, ma mai completamente uguale), in ogni caso però si ha modo di sviluppare un approccio positivo verso una situazione che già un po' si conosce. Questo perché il rapporto medico-paziente è il rapporto tra due persone che hanno un unico scopo, che è quello di inseguire la malattia, di dare un senso al proprio lavoro. Il senso del mio lavoro è il mio camice, sono i miei pazienti, sono loro che danno senso a me e il mio compito è quello di dare un senso a loro, di spiegare la loro malattia. Io ho scritto in un libro recentemente questa riflessione: è come quando durante la prima guerra mondiale i soldati che non sapevano né leggere né scrivere andavano dall'ufficiale a farsi leggere la lettera che ricevevano da casa. L'ufficiale non doveva solo leggere, ma doveva contestualizzare, doveva far capire il senso che quella lettera voleva dire al soldato. La stessa cosa accade per il malato che viene da te e ti presenta la sua lettera, ovvero i suoi sintomi: tu li devi interpretare, li devi contestualizzare. Non esiste la malattia, esiste il malato. Non puoi non seguire l'organo.

Adesso la tecnologia non è più un aiuto. Mentre prima è nata come un aiuto (anche il bastone che il contadino usava per far cadere la frutta dall'albero era tecnologia, era un'estensione della propria mano), adesso la tecnologia è pervasiva. Io non parlo di natura... per me la natura non esiste, esiste l'ambiente, il concetto di ambiente, perché chiaramente la natura in quanto tale e l'uomo in quanto tale si sono sempre trasformati a vicenda, creando ogni volta un ambiente diverso. Adesso la tecnologia è il nostro ambiente. Pensiamo ai bambini e al rapporto già ravvicinato che hanno con gli smartphone, con la tecnologia... è una conoscenza connatale, non è innata, ma connatale. E questo non è né un bene né un male. È e basta. Quindi l'importante è prepararsi, cercando di non dimenticare, soprattutto nel rapporto medico-paziente, l'insieme... io ho di fronte un paziente che ha un vissuto, la cui patologia è quasi sempre anche frutto di quel vissuto. Poi ci sono io, c'è il medico, anche lui con il proprio vissuto e dunque è l'incontro di due persone, di due anime che devono dare senso al loro lavoro. Chiudo raccontando questo episodio: venne una volta una signora allo studio tutta vestita di nero. "Dottore, sa, ho un dolore all'ovaio che parte da sinistra, poi va a destra, poi...": cioè, la classica sintomatologia psicosomatica! Ho detto: "Signora, forse è anche un periodo di stress...". "Stress, dotto', mio marito è morto, il mio figlio piccolo è caduto dall'impalcatura, il grande l'hanno arrestato...". Io rimasi, e lei con fare assolutamente sereno mi disse, in dialetto: "*Dott', ch'amma fa', amma' campa' finché murijm*". E ha dato una definizione della sopravvivenza assolutamente pertinente. Quindi il vissuto va sempre considerato, non ci possiamo fermare al sintomo, perché se noi ci fermiamo al sintomo... il sintomo è la spia, è come quando si accende una spia al computer, alla nostra macchina, dobbiamo andare a capire però che cos'è che non va.

C. R.: Bene. Ha da aggiungere altro?

A. S.: No, credo di aver toccato tutti i punti.

C. R.: Bene, allora ci possiamo fermare. La ringrazio e chiudiamo qui l'intervista.

ALLEGATO n. 9

Intervista al dott. Achille Cocuzzi

Intervista effettuata in data 16 novembre 2017, a Foggia presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Foggia (durata complessiva 48.55 minuti, con all'interno una pausa).

Notizie sull'intervistato: di anni 71 al momento dell'intervista, attualmente in pensione, fu medico condotto nel paese di Volturara Appula (FG) dal 1979 al 1989, e poi medico di medicina generale a Foggia.

CRISTINA ROMANO: Oggi è 14 novembre 2017, siamo in una stanza della sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Foggia e intervistiamo il dottor Achille Cocuzzi. Allora, dottore, mi servirebbe prima di tutto capire qual è stato il percorso di studi e le motivazioni che lo hanno portato a diventare medico condotto.

ACHILLE COCUZZI: Allora, siccome io sono nato in un paesino, Celle San Vito, dove la figura del medico condotto, già da piccolo, da bambino, era per me una figura eccezionale [*ride*], quindi già quando studiavo, all'università a Torino, avevo questo sogno. È stata poi una scelta in qualche modo... un'opportunità, mi è capitata. Dopo la laurea nel gennaio '79, decisi di rientrare alla base, dalle mie parti, perché non avevo mai considerato di rimanere là. Feci poi il tirocinio postlaurea, e avevo finito già tutto, esame di stato, avevo fatto già il pronto soccorso estivo per alcuni mesi, avevo fatto già esperienza, avevo imparato e fatto alcune cose, in zone di mare, diciamo. Poi feci il tirocinio che allora era obbligatorio, un tirocinio di quattro mesi presso un ospedale. Io scelsi di andare all'ospedale D'Avanzo, perché mi interessava la pneumologia. Qui conobbi un collega che faceva il medico condotto interinale e che però che lavorava anche in ospedale: aveva fatto il concorso e doveva iniziare a lavorare fisso al D'Avanzo, quindi doveva lasciare la condotta. Avevamo fatto amicizia e così mi chiese se ero intenzionato a sostituirlo. Dissi di sì e quindi per sette, otto mesi feci il medico condotto interinale, provvisorio, ovvero a tempo determinato. Ero un dipendente comunale ed ero pagato dal Comune. L'ambulatorio era anch'esso nei locali del Municipio. Cominciai l'1 dicembre 1979. Poi non ricordo se a giugno o luglio dell'anno seguente, il 1980, ci fu l'ultimo concorso dei medici condotti, per diventare medico condotto effettivo, diciamo... In tutta la provincia c'erano parecchi posti vacanti, quindi si faceva questo concorso all'Ospedale Riuniti... In seguito a questo concorso rimasi a Volturara fino al 27 o 28 marzo '89... Siccome dal primo aprile mi dovetti poi trasferire a Foggia come medico di base, dovetti andare a Lucera, dove all'epoca c'era la sede locale dell'ASL Lucera, per dare le dimissioni da dipendente, altrimenti non avrei avuto il trasferimento come medico di base da Volturara a Foggia. E così dovetti lasciare i miei assistiti di Volturara, che erano parecchi, circa 800. Ora credo che nei paesini siano molti di meno, tra 300 e 350.

C. R.: A Volturara lei era l'unico medico condotto?

A. C.: Sì, sì, l'unico. O meglio, quando arrivai c'era un medico condotto anziano, che era appena andato in pensione e gli erano rimasti, diciamo, alcuni assistiti, pochissimi, però. All'inizio il paese continuava ad avere lui come riferimento, ma nel giro di pochissimo vennero tutti da me, che mi davano molto da fare.

C. R.: Lei si trasferì a vivere a Volturara?

A. C.: Sì, con la mia famiglia. Allora c'era l'obbligo di tenere la residenza. Abbiamo vissuto a Volturara per 10 anni. La mia prima figlia Giuliana era già nata, ma le due successive figlie sono nate una nel 1981 e l'altra nel 1982 nel periodo in cui vivevamo lì.

C. R.: Benissimo. Potrebbe descrivermi una sua giornata-tipo da medico condotto?

A. C.: Dunque, io ero medico condotto e ufficiale sanitario. I pazienti venivano sempre, anche

quando non era orario di studio. Perché il medico condotto è un medico del territorio, davvero nella maniera più completa possibile... Nei 10 anni trascorsi a Volturara, ero impegnato quotidianamente. E con me anche mia moglie, la mia famiglia... eravamo tutti medici! In certe situazioni difficili, ad esempio quando dovevo suturare le persone cadute da cavallo, mia moglie mi aiutava: teneva ferma la persona, bloccava il sangue, insomma mi aiutava! [ride] Venivano a qualunque ora... quando non era orario per le visite in ambulatorio, venivano anche a casa, di giorno e di notte. Mi ricordo in particolare di un paziente diabetico... queste sono cose che non si dimenticano! Ovviamente, lui faceva l'insulina e gli raccomandavo di non fare tanta insulina la sera perché aveva l'ipoglicemia e, infatti, almeno due o tre volte al mese succedeva che all'una di notte arrivava la telefonata perché era andato in coma ipoglicemico. Io già sapevo tutto, andavo a casa sua e gli mettevo la flebo, e lui si riprendeva. Così la notte passava... e questo è capitato per diverse volte.

C. R.: Capisco. Che orari aveva l'ambulatorio?

A. C.: All'ambulatorio solitamente andavo la mattina. Aprivo molto presto, già alle 8, perché poi andavano a lavorare in campagna. L'ambulatorio era aperto dal lunedì al venerdì, mentre di sabato e di domenica era chiuso, però io ero sempre a disposizione a casa. Dal 1982 poi è stata avviata la guardia medica, ma continuavano a venire ugualmente da me! [ride] Come le dicevo, i miei assistiti erano circa 800, ovvero tutti gli abitanti del paese, compresi alcuni dei dintorni, che vivevano in masserie. Ad esempio, mi ricordo che qualcuno abitava fuori regione, a San Bartolomeo in Galdo, ma aveva la residenza a Volturara e quindi era mio assistito.

C. R.: Con che tipo di pazienti aveva a che fare?

A. C.: I pazienti erano quasi tutti anziani e venivano frequentemente. Alcuni avevano patologie anche molto gravi. Ovviamente io facevo tutto: facevo il pronto soccorso, facevo lo specialista, facevo l'ospedale... C'è stato un periodo che ho trascorso più notti al pronto soccorso di Foggia che con mia moglie a casa, perché molte persone lì erano anziane, erano sole perché i parenti erano emigrati e allora mi offrivo io di accompagnarli. Molte persone anziane avevano un ictus o un infarto, io li mettevo in macchina e li portavo a Foggia all'ospedale. Mi è capitato tantissime volte: una notte mi ricordo addirittura che sono tornato al paese da un primo viaggio in ospedale e verso le tre di notte sono dovuto ripartire di nuovo per tornare sempre in ospedale. I medici del pronto soccorso ai tempi mi conoscevano bene! Mi mettevo pienamente a disposizione [sorride] Lei mi chiedeva di descrivere una giornata-tipo... non c'era una giornata, diciamo, "normale"! Capitavano le cose più varie! A volte venivano persone con brutte ferite, che si erano procurate lavorando in campagna... Non c'era una giornata "normale" perché c'era sempre qualcosa che non potevi prevedere. Mi ricordo incidenti stradali anche con tre morti ed arrivavo prima io dei carabinieri... oppure mi capitava di essere chiamato in pretura, perché per un certo periodo a Volturara c'è stato anche un piccolo carcere e venivo chiamato lì a fare visite, e me la dovevo vedere con i carabinieri, con il pretore... Io dovevo fare anche il medico legale quando si portavano i morti degli incidenti nel cimitero... era mio compito anche visitare i cadaveri e redigere il verbale, cosa non semplice, perché, con la tensione che avevi, dovevi descrivere nei minimi dettagli quello che vedevi, le cause della morte... Facevo il medico legale anche se non avevo la competenza del medico legale, però non è che potevi dire al pretore "Non lo so..."! [sorride] Dovevi esaminare e descrivere quello che obiettivamente tu vedevi. E poi... capitavano anche i parti! Non era una cosa che vivevo bene, a distanza di anni oggi lo posso dire, tanto non ci sente nessuno! [ride] Non lo vivevo bene perché io sono pessimista già per natura, infatti mia moglie dice: "Tu vedi sempre tutto nero!"... Questo è il carattere mio! Il fatto è che io pensavo alle complicanze che ci potevano essere durante il parto. Ci sono i reparti di Maternità attrezzati, medici più competenti di me, strutture organizzate... e invece noi in paese non avevamo niente! Ti capita un'emorragia, un'insufficienza respiratoria o della mamma o del feto! C'era l'ostetrica condotta, bravissima, che seguiva il parto in casa. Tutte in paese partorivano in casa, a quel tempo. Certo, c'era già la Maternità a Foggia, facilmente raggiungibile, dove tutto era in sicurezza, ma nonostante questo tutte partorivano lo stesso a casa. Ed io ogni volta mi trovavo a pensare che, se fosse capitata una complicanza, non avremmo avuto nulla a disposizione. Non si facevano nemmeno ancora le ecografie... anche la datazione era una cosa complicata. Era tutto un

punto interrogativo, quando c'era un parto. La cosa certa era che alla fine mi toccava suturare! Lo mettevo già in conto, che dovevo suturare. E se non sapevi farlo bene, potevo creare delle complicanze anche gravi. Adesso non lo farei più... le dico la verità. [*resta in silenzio per qualche secondo*]

C. R.: Capisco perfettamente che cosa intende dire.

A. C.: Per dire... tornando alla giornata "normale"... vede, la giornata "normale" non esisteva, in qualunque momento ti chiamavano per un'emergenza. Le persone andavano nei campi e accadeva di tutto, ad uno una volta gli si infilò un attrezzo, una specie di falce, che gli trapassò la gamba da una parte all'altra e io dovetti suturare, medicare, fare tutto insomma... Poi ricordo una signora che mi rimase impressa, l'unico caso che mi capitò di quel genere: era andata in campagna e poi l'avevano riportata in paese perché priva di sensi, aveva perso coscienza. Era piena estate e faceva molto caldo, dove tenevano loro la campagna era un punto un po' più basso rispetto all'altitudine del paese e la signora aveva avuto un terribile colpo di calore. Non la si poteva toccare, scottava incredibilmente. Io ribellai tutto il paese e feci andare mia moglie in giro a dire a tutti di recuperare tutto il ghiaccio che era disponibile, perché l'unica cosa possibile da fare era questa. La signora tra l'altro cominciava ad avere delle convulsioni. Poi la gente del paese iniziò a portare il ghiaccio, così feci spogliare la donna e la ricoprii con il ghiaccio, e così la salvai. Non mi accaddero altri episodi simili, ma quell'unico caso mi rimase molto impresso, perché temetti che la donna non ce l'avrebbe fatta ed anche perché il tempo sembrava non passare mai. A chiunque venisse con il ghiaccio, dicevo di andare dai vicini per recuperarne altro, il più possibile. E a proposito di ghiaccio, mi viene in mente la neve! Ne faceva tanta, a Volturara, perché era un paese di montagna. Quando nevicava la gente non riusciva a venire in ambulatorio, ma ero io ad andare a casa loro per le visite, e ci andavo a piedi. Mi ricordo che molte volte per raggiungere le masserie lontane dal paese, sommerse dalla neve, mi venivano a prendere sulla strada principale con il trattore!

C. R.: Insomma, davvero un lavoro intenso! Che cosa può dirmi dal punto di vista della relazione con il paziente?

A. C.: Dunque... le persone facevano tutto ciò che dicevo io. Raramente mandavo in ospedale o da uno specialista, perché avevo notato che se dicevo di andare in ospedale, si mettevano a piangere perché pensavano di essere in gravi condizioni, di dover morire. A quei tempi cercavo quindi di evitare il più possibile il ricorso al ricovero o alla visita specialistica, mentre invece quando mi trasferii a Foggia notai subito che le cose erano fortemente diverse: "Dottore, mi fate la richiesta dall'ortopedico... dal cardiologo...?", dicevano immediatamente. I primi tempi vissi molto male questa cosa che per me era del tutto nuova. In paese ero abituato a decidere tutto io, mentre nella città più grande i pazienti sapevano già tutto, decidevano tutto loro.

C. R.: Immagino... Anche perché il passaggio dalla condotta medica nel paese alla medicina generale nella città avvenne repentinamente, da un giorno all'altro, giusto?

A. C.: Sì, da un giorno all'altro. E questo mi ha permesso di capire come fosse diversa la gente del paese da quella del capoluogo. I primi tempi vissi molto male la novità. Poi imparai ad adeguarmi! [*ride*] Le posso assicurare che in città si lavorava molto meno. I pazienti foggiani erano più esigenti, questo sì, ma rispetto a tutto quello che facevo come medico condotto...! Al paese ad esempio c'era anche la scuola, dall'asilo alla terza media... ero responsabile anche di questo e quando arrivava il periodo della pediculosi... facevo tutto! La pediculosi era molto frequente: ricordo che c'erano alcune famiglie che vivevano in case dove non si poteva entrare per la sporcizia, purtroppo le condizioni economiche erano quelle che erano... bastava che una famiglia con 5 o 6 figli, un bambino in prima elementare, un altro all'asilo, un altro... e così i pidocchi si diffondevano in tutto il paese! Per questo spesso andavo nelle scuole del paese per fare controlli periodici. Facevo di tutto! Il medico scolastico, il medico cimiteriale...! [*sorride*] Mi ricordo che una volta dovetti scrivere una lettera al sindaco, perché al cimitero c'erano alcuni loculi rotti e si vedevano le bare all'interno, e dopo la mia lettera sistemarono subito la cosa. Dovevo stare attento anche alla colorazione dell'acqua potabile... insomma, mi occupavo anche di tante cose che avevano a che fare con l'igiene.

[nella stanza entra un collega del dottor Cocuzzi per salutarlo]

PAUSA DELLA REGISTRAZIONE

R. C.: Allora, stavamo dicendo che non esisteva una giornata “normale”.

A. C.: E non esisteva nemmeno una nottata “normale”! Quando andavo a letto, non sapevo se sarei riuscito a dormire o se... mettevo in conto di dovermi svegliare, sa quante notti ho perso! Mi chiamavano al telefono o venivano a bussare direttamente alla porta. La mia porta era la casa di tutti! Chiunque avesse bisogno, veniva, a volte anche solo se si trovava a passare davanti alla mia abitazione. [sorridente] Insomma, posso dire che è stata un’esperienza davvero formativa, quella da medico condotto. Un medico a tutto tondo. Ho fatto di tutto, ho visto di tutto e ho imparato, ho imparato molto.

C. R.: Da quello che racconta, sempre proprio di sì. Lei prima faceva riferimento al fatto che in paese vivessero famiglie povere... mi può fare, per quel che ricorda, un quadro, un ritratto del paese dal punto di vista economico-sociale? Ad esempio, che tipo di lavori per lo più faceva la gente del posto, o altre riflessioni di questo genere.

A. C.: Dunque, mi faccia pensare... la maggior parte lavorava la terra. Poi, togliendo quelle tre, massimo quattro persone che di mestiere erano dipendenti comunali (segretario comunale, ufficiale di anagrafe e un altro paio di persone), mi restò impresso il fatto che c’erano quattro o cinque persone che lavoravano come cantonieri. Una figura che oggi è sparita... non so se vi risulta questa parola... Lavoravano sulle strade, tenevano pulite le strade di accesso ai paesi, facevano in modo che le cunette fossero sgombre. Oggi questo tipo di lavoro non esiste più! Ecco perché poi, quando piove molto, ci sono le frane. Allora invece c’era chi si prendeva cura di tutto questo e badava alla manutenzione delle strade pubbliche. Mi ricordo che avevo fatto amicizia con i cantonieri del paese. Per quanto riguarda il resto degli abitanti del paese, come dicevo lavoravano quasi tutti in campagna, sia i giovani, sia gli anziani. A lavorare nei campi erano intere famiglie, anche le donne. Anzi, le donne lavoravano forse anche più degli uomini in quel periodo...

C. R.: Va bene. Quali sono state le patologie con cui si è confrontato con maggiore frequenza?

A. C.: Mi ricordo parecchi casi di ipertensione, infatti i primi giorni che stavo là venni chiamato per un caso di questo tipo. Alcune cose ti restano impresse... forse perché avevo cominciato a lavorare da due o tre giorni e pensai: “Incominciamo bene!” [sorridente] Mi chiamarono perché una persona aveva perso conoscenza. Andai e trovai l’uomo disteso a terra, gli misurai anche la pressione...il macchinario che avevo io arrivava a 300 ma forse era più di 300, ma io in borsa avevo con me sempre le fiale di Catapresan... Gli feci immediatamente una fiala e poi mi trattenni fino a che non si riebbe del tutto e riprese anche coscienza. Anche la pressione si era abbassata e la situazione poi migliorò nettamente. Fu un caso d’urgenza che mi colpì molto, anche perché ero agli inizi. C’erano comunque molti casi di ipertensione, cardiopatia, diabete, e chissà quanti altri ancora che però non risultavano perché allora non è che si facessero tanti esami di laboratorio come adesso. Sicuramente c’erano, ma non ne avevamo conoscenza né io medico, né loro, i pazienti. Casi appunto d’infarto, d’ictus, visto che molti erano anziani... ci sono stati nei dieci anni anche casi di morte improvvisa.

C. R.: Mortalità infantile?

A. C.: No, no mortalità infantile no... nei miei dieci anni di lavoro, grazie a Dio no. Ho saputo che dopo sono morti alcuni ragazzi in incidenti stradali. E poi ricordo una ragazza morta di parto, però in ospedale... uno dei pochi parti di quel tempo fatto in ospedale, andato a finire nel peggiore dei casi. Il fatto stesso che fosse stata ricoverata significava evidentemente che c’era qualcosa che non andava. Mi pare che tutto avvenne all’ottavo mese. A proposito di infarti, poi, ho una storia da raccontare. Una volta ricordo che una persona venne colpita da infarto. Io ero sicuro che si trattasse d’infarto. Era d’inverno, di sera, così la strada si era cominciata a ghiacciare e dissi ai familiari che il paziente andava portato immediatamente in ospedale, in quello più vicino, che era a Lucera. E allora proposi di andare con la mia macchina, però non volevo guidare

io, perché col ghiaccio ho sempre un po' di timore e qualche volta era capitato che la macchina si fosse girata. Chiesi quindi ad un'altra persona di guidare e così andammo a Lucera, con in macchina il paziente con il sospetto infarto, infarto acuto. Al primo elettrocardiogramma non si evidenziava un gran che, allora tra l'altro l'unico esame era quello dell'elettrocardiogramma, che però nei primi momenti risulta negativo. Oggi fanno anche gli enzimi cardiaci e quelli sono più veritieri su una patologia infartuale, anche rispetto all'elettrocardiogramma. E ai nostri giorni c'è il monitoraggio ripetuto di enzimi ed elettrocardiogramma, che permette di evidenziare eventuali infarti. La persona insomma stava malissimo, lo avevo visto io stesso anche durante il viaggio. Volevano mandarlo via, ma io insistetti per trattenerlo almeno la notte e così fecero. Seppi poi che ebbe un altro infarto forte alle 2 di notte e fortunatamente era in ospedale... meno male. Un'altra volta portai una paziente sempre a Lucera, ma lì mi dissero che il reparto di chirurgia era stato chiuso e dovetti portarla a Foggia, dove fu operata urgentemente per una perforazione dello stomaco. Mi avevano chiamato per un forte mal di pancia, ma un mal di pancia di quelli tremendi, non un semplice mal di pancia. E ricordo anche un particolare, era il venerdì santo quando mi chiamarono e l'anziana mamma della paziente (che era sposata, ma viveva a casa della mamma) disse: "Dotto', possiamo aspettare? Mo' viene sabato santo, poi Pasqua... possiamo aspettare a lunedì?". Nei paesini le feste sono molto sentite e io dissi: "Signora, non so se vostra figlia arriva a lunedì?". Mi espressi pure male, dissi una parola che non dovevo dire, per far capire che la cosa era urgente. Anche quella volta mi proposi di accompagnare io la paziente in ospedale, e con me venne un fratello della donna che stava lì presente. Quando arrivammo a Foggia, la operarono d'urgenza, il tempo giusto di qualche accertamento, ma si capì subito la situazione. Per dire... la giornata "normale" o la mattinata "normale" non c'erano. [*sorride*] Queste sono le cose che mi vengono in mente pensando a quegli anni!

C. R.: Bene. Secondo lei c'erano correlazioni tra lo stile di vita che avevano i suoi pazienti, le abitudini sia lavorative che alimentari e le patologie di cui soffrivano? Ha mai fatto riflessioni di questo genere?

A. C.: Sì, lì facevano uso di alimenti grassi, ammazzavano i maiali... e allora non è che si faceva come adesso, non si facevano tutti gli esami per il colesterolo! [*ride*] Noi non sapevamo neanche che cosa fossero gli esami! E poi c'è da dire che facevano una vita anche molto stressata, secondo me... questa gente lavorava, andava veramente presto in campagna e tornava la sera tardi. Questo incideva sulla possibilità di ipertensione e di ictus. Poi ci poteva essere, ovviamente, anche una familiarità.

C. R.: Invece in termini di patologie che potevano essere ricorrenti, in determinati periodi dell'anno, che cosa può dire? Lei prima faceva riferimento ad esempio ai traumi o alle ferite da taglio...

A. C.: Sì, sì, durante i lavori in campagna... In inverno, quando i lavori di campagna si facevano di meno e si stava di più in casa, episodi di questo genere erano di meno, però nel periodo del raccolto questi traumi erano molto frequenti... Io avevo imparato benissimo a suturare, oramai ero attrezzato per la piccola chirurgia! Ad esempio sapevo come trattare a perfezione gli ascessi! Ora non farei più neanche quello, però, perché adesso con tutte le assunzioni di responsabilità, bisogna stare molto attenti! Allora invece facevo quello che dovevo fare, le persone erano contente, le cose andavano bene, quindi...

C. R.: Va bene. Per quanto riguarda il suo rapporto con i pazienti... Qualcosa me l'ha già detta, ha altro da aggiungere?

A. C.: Il rapporto con le famiglie era ottimo. Ascoltavano sempre le indicazioni terapeutiche, i miei consigli relativi allo stile di vita. La fiducia in me era totale. Questo invece a Foggia non accadeva, forse anche perché nel paese io ero l'unico riferimento e invece nella città più grande no. Quando ebbi il trasferimento a Foggia, una persona mi disse: "Dotto', perché ve ne andate? Qua state bene...". Io spiegai che le mie figlie erano cresciute e preferivano le maggiori possibilità della città. Dovevano andare a scuola e non volevo che viaggiassero. Già c'era mia moglie che viaggiava tutte le mattine che veniva a lavorare a Foggia... Lavorava all'Agenzia delle Entrate, prendeva il pullman alle 6 e un quarto per trovarsi alle 8 a Foggia, a casa mia c'era

mia suocera che mi ha aiutato con i bambini, era vedova e quindi è stata con me tutto il periodo, e mia moglie poi tornava alle 4 di pomeriggio. Quella persona quindi mi disse: “Dotto’, perché ve ne andate da qua? Qua state bene...voi qua siete *il medico*”... Mi ricordo questa frase, me la ricordo: “Qua siete *il medico*, quando andrete a Foggia sarete *un medico*... *un medico!*”. Quella persona, semplice, ha detto una grande verità: a Foggia sarei stato un medico tra tanti, mentre nel paese davvero ero un medico del territorio, nel modo più totale e completo, un medico di famiglia. Lì avevo fatto amicizia con alcune persone e ancora adesso queste persone quando fanno dei pranzi tra amici, mi telefonano e se posso vado, anche se sono passati trent’anni! Mi ricordano ancora con affetto.

C. R.: Deve essere una bella soddisfazione. Prima di cominciare l’intervista lei mi ha detto di non aver mai preso appunti di lavoro, e che non aveva la pratica, l’abitudine di scrivere diari...

A. C.: No, no questo no. È una cosa che non ho mai fatto nella mia vita. Non saprei dire perché... semplicemente, non ci ho mai pensato. Facevo il mio lavoro, e basta.

C. R.: Non aveva nemmeno dei blocchi di appunti, delle agende su magari prendeva nota degli indirizzi dei suoi assistiti, delle composizioni delle famiglie...?

A. C.: No, no, non c’era bisogno di prendere questo tipo di appunti. Andavo nelle case delle persone tutti i giorni. Anche quando camminavo, si affacciavano alla porta e dicevano: “Dottore entrate!”. Una chiacchiera, una visita... le mie bambine poi erano piccole e conoscevano altri bambini e con loro noi conoscevamo le famiglie. Ci si conosceva tutti.

C. R.: Bene, dunque... che riflessione fa su quanto abbiamo fatto oggi insieme? Il momento del racconto, del ricordo...

A. C.: Una bellissima chiacchierata! Mi ha fatto molto piacere, ad alcune cose proprio non pensavo più...

C. R.: Sono contenta. Ritiene che il raccontare una testimonianza di vita possa essere di una qualche utilità? Lei ha appena detto che è stata comunque un’esperienza piacevole, ma che cosa potrebbe dire in un’ottica di formazione, diciamo di “passaggio di testimone” alla nuova generazione dei medici di famiglia, non dico di medici condotti che non esistono più, ma di medici di famiglia?

A. C.: No, secondo me no... Oggi i medici hanno un comportamento diverso. Io stesso ho assunto negli ultimi anni di professione un comportamento differente. Non so che senso abbia recuperare il passato... Secondo me è difficilissimo, perché non c’è più quel rapporto medico-paziente che c’era una volta, è un rapporto che oramai è andato perso. Non è una questione di piccolo paese e grande città, perché da colleghi che ancora lavorano in piccoli centri sento dire che le cose sono cambiate anche lì, non c’è più quel rapporto di amicizia fortemente radicato. Sono le persone intorno ad essere cambiate e questo ha fatto modificare il rapporto. E poi sono cambiati i tempi, e quindi anche le esigenze. Aggiungiamo poi il computer... oggi si guarda fisso davanti a sé il computer e a volte accade che neanche si sa che cosa sta dicendo il paziente. Anche il numero delle visite domiciliari che si fa adesso non è paragonabile a quello che si faceva un tempo. Certo, io anche a Foggia ho fatto sempre le visite a domicilio... le ho sempre fatte, altrimenti non andavo a dormire, non stavo tranquillo la notte. Anche solo se mi chiamavano per una stupidaggine, io ci andavo... Certamente in paese veniva ancora più naturale fare tante visite domiciliari. A Foggia poi mi è capitato per un anno di fare la sperimentazione regionale della ricetta elettronica e le farmacie quando vedevano le mie ricette “strane” – adesso è obbligatorio, sono tutte elettroniche, ma allora no – insomma, le farmacie dicevano: “Queste sono le solite ricette del dottor Cocuzzi!” e alcuni miei colleghi mi chiedevano perché facessi questa cosa. E poi... dopo qualche anno la ricetta elettronica è diventata obbligatoria per tutti! Ora le farmacie non dicono più che sono le solite ricette del dottor Cocuzzi! [*sorride*] No, comunque sono le persone ad essere cambiate, il modo di vivere, il modo di andare in giro, non c’è più quel rapporto, quell’amicizia... Io consideravo le persone come miei parenti! Poi c’è da dire che sono cambiati i pazienti, ma sono cambiati anche i medici. Adesso andiamo tutti più di fretta e non c’è il tempo di strutturare quel rapporto di amicizia tra medico e paziente che c’era prima, quando il paziente confidava anche le

cose intime della famiglia. Non esiste questo tipo di rapporto, secondo me, anche perché non c'è neanche il tempo: attualmente il medico di famiglia, soprattutto se ha molti pazienti, non ha neanche il tempo di fare una chiacchierata come abbiamo fatto noi... Come si fa con 40, 50 persone al giorno in ambulatorio? Se tenevo una persona più di 10 minuti dentro, già incominciavano a lamentarsi, a bussare... Molte volte a Foggia ho sentito una frase che mi ha dato molto fastidio, di persone in sala d'attesa che dicevano che trattenevo troppo a lungo. Si trattava però di pazienti che avevano il diritto di avere una visita accurata, persone che meritavano di rimanere perché il loro problema era importante... volevo capire, dovevo spiegare. Dicevano: "Che, lo sta operando?", e quasi mi prendevano in giro per il fatto che io ero stato tanto tempo con un paziente. L'ho sentita più di una volta, questa frase, mi ha dato fastidio veramente. Cioè, tu fai il tuo dovere, cerchi di prenderti cura di una persona che non sta bene, insomma, e ti vengono pure a prendere in giro. Ecco che il rapporto non c'è più, come dicevo. Non è recuperabile. Adesso leggono su internet, ti dicono quasi loro prima il farmaco che vogliono. "Una mia amica si è presa questo farmaco per la pressione" ... "Questo per il diabete"...

C. R.: Va bene. Le viene in mente altro da aggiungere?

A. C.: Al momento no. Se ci sono altre cose che parlando emergono... in effetti sono venute in mente tante cose, parlando e ricordando. Cose cui non pensavo più. Sono passati così tanti anni da quando ho smesso di fare il medico condotto! Comunque credo di aver detto tutto.

C. R.: Bene, allora.

A. C.: Aspetti! Ora mi è venuta in mente una cosa interessante.

C. R.: Mi dica, prego.

A. C.: Quando ho preso il primo stipendio da dipendente comunale, ricordo che il segretario comunale mi fece notare che tra le varie voci che componevano il totale c'era "indennità di cavalcatura". Io ho pensato che, siccome prima di me, molti anni prima di me, quando non c'erano le macchine, i medici condotti andavano con i muli, con i cavalli, quindi evidentemente veniva considerata anche questa spesa, questo viaggio, un po' come oggi ai medici di guardia medica si rimborsa il conteggio dei chilometri di spostamento dal comune di residenza a quello di lavoro. Mi fece notare lui, il segretario... Mi disse: "Dottore, c'è anche l'indennità di cavalcatura!". Anche questo aspetto è interessante... è proprio vero che parlando vengono in mente anche altre cose, altri dettagli! [*sorride*]

C. R.: Verissimo. Molto interessante!

A. C.: Credo che adesso abbiamo davvero concluso. Se dovesse venirmi in mente altro, la contatterò.

C. R. D'accordo! La ringrazio e chiudiamo qui l'intervista.

ALLEGATO n. 10

Intervista al dott. Valter Gentile

Intervista effettuata in data 6 dicembre 2017, a Foggia presso l'abitazione dell'intervistato (durata complessiva 32.05 minuti).

Notizie sull'intervistato: di anni 74 al momento dell'intervista, attualmente in pensione, fu medico condotto presso le Isole Tremiti dal 1970 al 1971 e poi medico della mutua a Foggia.

CRISTINA ROMANO: Oggi è 6 dicembre 2017, siamo con il dottor Valter Gentile e cominciamo l'intervista. Allora, dottore, mi racconti quale è stato il percorso di studi che le ha permesso di diventare medico e anche le motivazioni in particolare per le quali ha scelto di intraprendere la professione di medico condotto.

VALTER GENTILE: Dunque, mio padre è stato medico condotto per almeno venti anni, prima a Cervesina, in provincia di Pavia, e poi a Castelletto di Branduzzo, sempre nell'Oltrepo pavese. Lui era medico condotto, ed io sono cresciuto con questo esempio davanti agli occhi. La passione l'avevo nel sangue! Mio padre poi si è trasferito a Foggia, perché il padre era originario di Foggia, e allora io sono andato prima a Napoli, dove ho frequentato i primi due anni di università, dopo di che mi sono trasferito a Pavia per proseguire gli studi. Volevo prepararmi un pochino meglio! Mi sono laureato poi nel 1969 e ho subito scelto di fare il medico condotto alle Isole Tremiti. Fu la mia prima esperienza professionale, immediatamente dopo la laurea.

C. R.: Una sede di lavoro davvero interessante! Attraverso quale procedura è diventato medico condotto? Ha fatto un colloquio?

V. G.: No, direttamente tramite l'Ordine dei Medici. Sono stato medico condotto alle Tremiti per due anni, nel 1970 e nel 1971 e ovviamente ho dovuto trasferirmi sulle isole con famiglia al seguito. Ero già sposato e avevo due bambini.

C. R.: Bene, mi racconti adesso la sua esperienza di medico condotto alle Isole Tremiti, partendo ad esempio dal numero di pazienti in carico o da altre informazioni legate allo svolgimento concreto del suo lavoro.

V. G.: Beh, sulle due isole allora c'erano circa 400 abitanti, tutti miei pazienti, e accadeva un po' di tutto! Gli episodi sono tanti, più che altro traumi, vari traumi. L'evento che mi colpì di più e che ricordo bene ancora adesso fu un anziano rotolato giù per le rocce, per una quarantina di metri, che si fratturò la colonna vertebrale e si staccò un orecchio. Nonostante questo, riuscì a risalire e a camminare fino al mio ambulatorio. Questo fatto mi fece molta impressione [*sorride*], perché con una frattura alla colonna...! Quando lo portai a Termoli, non ci credevano, che potesse essersi rialzato da solo. Certe cose però succedono! Un altro ricordo che ho è quello di una signora che abortì al terzo mese e per questo caso dovetti chiamare i soccorsi. Aveva una emorragia in atto, per un aborto spontaneo. Ed arrivò un MAS della Marina Militare, un motoscafo armato silurante, di quelli che consumano duemila litri all'ora [*ride*], arrivò da Pescara. I collegamenti con la terra ferma erano tutti via mare, allora, non c'era l'elisoccorso come oggi. Così salii anche io a bordo e l'accompagnai fino a Termoli, perché dovevo assisterla almeno durante il viaggio.

C. R.: Il riferimento era Termoli, non Manfredonia, per quel che riguardava l'ospedale, giusto?

V. G.: Sì, perché era l'ospedale più vicino.

C. R.: Capisco. Sulle isole c'era un altro medico o era da solo?

V. G.: No, no, ero solo. Anche d'estate restavo solo, nonostante il quantitativo di gente aumentava, perché le Tremiti allora erano già una meta turistica molto ricercata.

C. R.: Bene. Senta, mi può descrivere una giornata tipo da medico condotto? Ad esempio, a che ora apriva l'ambulatorio, a che ora lo chiudeva, quanti pazienti all'incirca visitava ogni giorno, dove era ubicato anche l'ambulatorio rispetto all'abitazione, per darle qualche spunto.

V. G.: Allora, parto dall'ultima cosa che mi ha detto. La gestione era un po' problematica, perché l'ambulatorio era su un'isola, ma io abitavo sull'altra e le visite preferivo dunque andarle a fare a domicilio. La mia casa era a San Nicola, mentre l'ambulatorio a San Domino. Stavo poco in ambulatorio, anzi, non ci stavo praticamente mai... preferivo andare personalmente in casa dei pazienti, su un'isola e sull'altra. Controllavo la pressione, il cuore... poi mi chiamavano per le urgenze e alla stessa maniera dovevo correre... e quindi capitavano anche le chiamate dei turisti... Mi ricordo ad esempio un turista che doveva fare un cateterismo perché aveva un'ipertrofia prostatica e quindi... facevo tanta esperienza! [ride] Un giorno mi vennero a cercare addirittura mentre facevo pesca subacquea, perché una signora stava molto male. Lì sulle isole ebbi modo di appassionarmi alla pesca subacquea e quindi appunto dicevo che un giorno vennero a chiamarmi e arrivai all'ambulatorio, avevo ancora la muta addosso, e trovai delle persone che giravano tra le mie cose e cercavano in mezzo ai medicinali. Erano più persone: due signori cercavano in mezzo ai medicinali e poi c'era questa signora che veniva mantenuta da altre due persone e si agitava talmente, aveva una crisi, probabilmente una crisi isterica... E allora, mi permisi di aggredirla, le diedi due schiaffi e lei si calmò e disse: "Che cos'è? Che cosa è successo?". "No, niente, stai tranquilla! Non è niente, tutto a posto!". Dopo di che si avvicinarono quei due signori e ci presentammo. "Lei è il marito?", ed io: "No, sono il medico condotto! E lei chi è?". Mi spiegarono che uno era un neurologo di Milano e l'altro uno psichiatra, e stavano cercando il Noan, un farmaco per calmare la signora. Avevano pensato che io fossi il marito perché mi avevano visto prenderla a schiaffi! [ride] Io dissi che era una cosa che mi era stata insegnata all'esame di Psichiatria a Pavia, il fatto che basta creare uno shock, un trauma. Fu una cosa davvero strana, quasi divertente!

C. R.: In effetti! Bene. E quindi l'ambulatorio a che ora apriva più o meno? Aveva degli orari fissi? Si lavorava anche di sabato e domenica? Mi dica un po'.

V. G.: Sì, anche il sabato e la domenica molte volte... lo aprivo dopo che con don Nicolino avevo detto messa. Non avrebbe avuto senso aprirlo prima... erano tutti in chiesa! [ride]

C. R.: Scusi, in che senso? Era lei a dire la messa?

V. G.: Sì, avevo fatto amicizia col parroco, perché anche lui era appassionato di pesca subacquea come me. La messa la dicevamo insieme, anzi, la maggior parte delle formule le pronunciavo io! [ride]

C. R.: Faceva davvero di tutto, sull'isola! [ride] E invece durante la settimana che orari aveva?

V. G.: Durante la settimana facevo solo le visite domiciliari. Come le dicevo prima, non aprivo l'ambulatorio perché era molto scomodo per la questione delle due isole. Non c'era l'ambulatorio, ma ero sempre a disposizione per le visite. Facevo il medico condotto come si usava in tempo, andando di casa in casa!

C. R.: Naturalmente sapeva perfettamente dove abitavano tutti?

V. G.: Sì, sì... ci conoscevamo tutti, era una cosa tranquilla.

C. R.: Tutto chiaro. Provando a descrivere la gente con cui aveva a che fare... se potesse fare delle riflessioni sulla caratterizzazione economica, sociale e culturale degli abitanti delle isole e dei suoi pazienti, che cosa potrebbe dire?

V. G.: Beh, erano più che altro pescatori o imprenditori del turismo, perché allora iniziava il fenomeno del turismo di massa. C'era certo il problema che la nave veniva una sola volta alla settimana. Veniva da Manfredonia e quindi eravamo un po' isolati, comunque la gente era tranquilla. Niente di particolare, però c'erano sempre un po' di beghe tra di loro ed io bene o male, prima o poi ne venivo a conoscenza. Cercavano di coprire con le bugie, ma alla fine... Ad esempio, una volta visitai uno al quale dovetti mettere dei punti perché aveva il labbro superiore con una ferita di almeno quattro centimetri, due denti incisivi che dondolavano e il baffo che era

rientrato all'interno! Gli chiesi come si fosse procurato tutto quello, e lui mi disse che mentre stava smontando qualcosa dal motore, gli era scappata a chiave inglese e gli era finita sul labbro. Dopo una settimana, ebbi una soffiata! [ride] "Dotto', quello è stato quell'altro che ce l'aveva con lui, gli ha dato una palata!" [ride] Insomma, i rapporti erano un po' particolari! Erano sanguigni anche nel carattere. Ed io dovetti imparare a barcamenarmi anche con queste cose e chiaramente a curare nel miglior modo possibile. Comunque devo ammettere che l'esperienza fatta a Pavia mi è giovata moltissimo... oltre naturalmente all'esperienza di mio padre, al mio essere figlio di medico condotto, cosa che mi portavo dietro... Era come se venissi da una certa scuola. Io credo che sia un fatto molto importante, questo. Secondo me, il fatto che si sia data la possibilità a tutti di entrare in Medicina... non mi convince a pieno. Se il figlio del sarto diventa sarto, sarà un bravo sarto, se lo vuole fare. Il figlio del meccanico, se vuole fare il meccanico, avrà tanta esperienza... e lo stesso anche per il figlio del medico, che diventerà un bravo medico perché impara ad essere umile, ad avere un buon rapporto con i pazienti... e questa cosa io l'ho vista tra me e mio padre, e poi tra mio figlio e me. Mio figlio viene amato da tutti. Se tu provieni da un altro ambiente lavorativo, non sempre sai come ci si deve comportare! Invece così hai gli esempi, senti tuo padre che risponde al telefono e dice: "Sì, non ti preoccupare adesso vengo". Tranquillizzi il paziente... se non hai queste piccole esperienze, non so... Buona parte di coloro che si iscrivono a Medicina vengono invece fuorviati dal fatto che pensano solo al guadagno e non a fare del bene. Non so, può essere anche solo una mia impressione, però ritengo che sia un aspetto importante. Certo, non l'unico aspetto... ma aiuta a dare un buon imprinting.

C. R.: Capisco il suo punto di vista. Quali sono le patologie con cui si è confrontato con maggiore ricorrenza? Per cercare di capire anche che stile di vita avessero i suoi pazienti.

V. G.: Beh, le patologie erano sempre le solite: ipertensione, le cardiopatie, le forme artrosiche, queste le cose più frequenti. Una cosa che ho notato dopo, una volta trasferito a Foggia e tornato alla vita "normale" era che a Foggia mi capitava di incontrare molto di più gente stressata, casi di depressione, mentre lì non c'erano stressati.

C. R.: Questo è molto interessante!

V. G.: D'altra parte, vivevano su un'isola che era una meraviglia! E patologie di questo genere in effetti non avevano ragione di esistere, in quel contesto. Sono io poi che ho subito un trauma, quando sono rientrato, dall'oggi al domani! Vedevo solo cemento, gas di scarico, mentre lì la mattina pensavi al cielo, vedevi il mare...una cosa meravigliosa! [sorride]

C. R.: Immagino... Ha mai avuto problemi a suggerire delle terapie, scontrandosi con preconcetti, pregiudizi, magari tradizioni di vario tipo?

V.G.: No, lì no, ma una volta rientrato mi sono scontrato con tante difficoltà! Lì si affidavano completamente a me. Certo, qualche usanza strana c'era... ad esempio, ricordo un caso d'infarto... a Pavia ci avevano insegnato che bisognava mobilitare subito l'infartuato, mentre qui c'era ancora l'abitudine di tenere il paziente per quaranta giorni a letto e questo era un grosso danno, perché la mobilitazione precoce riesce a far recuperare prima. Poi però sono cambiate le tecniche, è cambiato tutto. Allora la pratica della mobilitazione era invece qualcosa di avanguardistico, che qui non era ancora arrivata.

C. R.: Capisco. Che tipo di relazione instaurava con i suoi pazienti?

V. G.: Io seguivo intere famiglie, dal bambino all'anziano. Non c'era un pediatra, non c'era un medico scolastico, facevo tutto io, curavo tutti. Era un rapporto di amicizia, più che altro... amicizia con tutti. Ci si vedeva e incontrava dappertutto, chiaramente. C'è un libro di memoria di quegli anni alle Tremiti, e sono citato pure io! [sorride]

C. R.: Bene. Prima di iniziare l'intervista, lei mi ha detto che in qualità di medico condotto le è capitato di fare di tutto, anche il dentista, giusto?

V. G.: Sì! [ride] Non solo il dentista, però. Ho fatto anche da medico legale. Ricordo ad esempio che un giorno ci fu un ritrovamento di resti umani in avanzato stato di decomposizione e mi occupai io dell'esame dei resti. Era sicuramente un uomo caduto da un peschereccio, chissà

quanto tempo prima. Certo non avevo a disposizione tecniche ed esami di laboratorio, però insomma... Ed era di giovane età, perché le diafisi non erano ancora saldate, e lo capii anche da quel che restava dei vestiti indossati. Poi non ricordo altro

C. R.: Lei mi ha già offerto tanti ricordi di quegli anni. Le viene in mente qualcos'altro? Di solito chiedo qual è la malattia o il caso clinico, il paziente che proprio non si riesce a dimenticare dell'esperienza da condotto, quello che è rimasto impresso più di tutti.

V. G.: Sì... come le dicevo, il ricordo più vivo è quello dell'uomo caduto nella scarpata, che si è riuscito a rialzare e a venire fino all'ambulatorio, con la frattura vertebrale e l'orecchio staccato. L'orecchio glielo riattaccai io! Fu una cosa veramente pesante. Poi chiamai la guardia costiera di Pescara e con una motovedetta lo portammo a Termoli. In ospedale l'ortopedico non riusciva a spiegarsi come l'uomo avesse fatto a camminare da solo. Era caduto laddove c'era il faro che guarda verso Termoli... e c'è una scarpata che sarà circa cinquanta, sessanta metri, e lui è rotolato giù nelle rocce. Incredibile... Grazie a Dio però sono riuscito a ricucirgli l'orecchio e a prestare il primo soccorso. Insomma, sono cose che danno soddisfazioni e restano ovviamente impresse...

C. R.: Certo. Le è mai capitato di raccontare in forma scritta la sua pratica medica? Sotto forma di appunti, di diari, o studi di caso, storie di malattia... o se anche semplicemente le è accaduto di prendere appunti veloci di qualsiasi tipo su blocchi, block notes.

V.G.: No, mai.

C. R.: Posso chiederle come mai?

V. G.: Per un motivo semplicissimo... Allora non esistevano i computer ed io ho sempre odiato scrivere [*sorride*] Io non sono un matematico, sono un tipo che deve andare in fondo alle cose e alla gente io dico che sono come un commissario: il commissario prima di incriminarti deve avere le prove certe e dunque io, prima di fare una diagnosi, devo essere certo al 100% e se ho un dubbio devo approfondire fino a quando non riesco a risolvere il problema. E quindi senza perdere tempo a scrivere! Se devo perdere tempo, preferisco perderlo a fare le diagnosi. Devo arrivare a risolvere il problema.

C. R.: Capisco.

V. G.: È chiaro che poi mi sono fatto aiutare dai computer, una volta che essi sono arrivati. Mi hanno aiutato tantissimo, a migliorare l'organizzazione del mio lavoro e ad avere una panoramica più ampia. Lo sa che io misi a punto un programma informatico per la gestione dei pazienti già negli anni Ottanta, quando praticamente non esistevano da nessuna parte? Il programma venne anche acquistato da una azienda tedesca. Lo feci per aiutare la memoria... perché non puoi ricordare tutto. Se diciamo che ricordiamo il 35, il 40%, diciamo una cosa non vera. Sentivo l'utilità, la necessità di questo programma di gestione e sono stato tra i primi in Italia a pensare ad una cosa del genere. Il programma è stato ideato nel 1986 e poi l'ho venduto nel 2009... una lunga strada! Anche molto complicata. Io l'ho trovato utile, perché mi aiutava con la memoria. Purtroppo l'ignoranza nel medico è all'ordine del giorno, ma spesso il medico non la ammette. Va sicuro con diagnosi e prescrizioni ed è questo che molte volte non va. E spesso si trascinano idee vecchie e non aggiornate, che diventano obsolete in tre o quattro anni.

C. R.: Benissimo. Vorrei ora chiederle se ritiene che il racconto della sua esperienza di medico condotto possa essere utile e di aiuto a se stesso e ai suoi colleghi che si apprestano a fare il lavoro di medico di famiglia.

V. G.: Certo, sono stati ricordi piacevoli. Ed è utile, penso, anche ai nuovi medici di famiglia. La medicina si basa molto sull'esperienza e se hai poca esperienza, poche conoscenze come singolo medico, diventa più difficile. Nel piccolo paese il condotto riusciva a gestire bene la cosa, perché conosceva i suoi pazienti uno per uno e il compito gli veniva facilitato. Quando invece un medico viene chiamato da un soggetto estraneo, devo prima arrivare a conoscerlo, a sapere tutte le patologie. Aggiungiamo poi che molte volte il paziente non dice tutto, perché non dà magari importanza se non gli viene fatta la domanda diretta, e quindi lui non ti dice e tu sbagli la diagnosi. E non è una cosa semplice... Questa è la stessa critica che io facevo anche alla guardia

medica o al 118... secondo me, dovevano essere presi a rotazione i medici di famiglia che hanno molta più esperienza e conoscono la comunità di abitanti di un paese. Occorreva implementare la medicina di base e non mettere persone estranee, o giovani medici senza esperienza in una guardia medica, lì dove invece è molto importante l'esperienza. Sono tutti casi abbastanza difficili, perché quando ti rivolgi in un paese piccolo alla guardia medica, è perché c'è un'urgenza, qualcosa di grave. I medici giovani hanno bisogno di due o tre anni per farsi l'esperienza e in quel lasso di tempo spesso combinano soltanto guai. Mi è capitato tante volte di essere richiamato: "Ma guarda, vedi che mi ha dato questo". Il medico di guardia sbagliava, perché non era affatto semplice. Sarebbe bastato allora implementare... quanti medici ci sono a Foggia, 150? Mettiamone 250 e li facciamo girare, facendo la guardia medica a turno, così che capita una volta al mese, poca roba, ma sarebbe meglio così. Stessa cosa per il 118, dove l'esperienza è ancora più importante! E pensare che adesso stanno pensando di eliminare il medico dal 118. Un bel pasticcio. Oppure prevedere un tirocinio obbligatorio per i nuovi assunti nella medicina generale, in affiancamento ad un altro medico di base... Così si fanno un po' di esperienza e chissà se un domani riusciremo a migliorare.

C. R.: Secondo lei che cosa è positivamente recuperabile dell'esperienza da medico condotto, nel presente della medicina generale?

V. G.: Certamente proprio il modo di fare il medico "con la borsa in mano", spesso in giro... Oggi il medico di famiglia purtroppo è preso da 10.000 cose da fare, dalla burocrazia, che ha creato un sacco di problemi. E poi il rapporto con il paziente... il medico deve aver fiducia nel paziente ed il paziente nel medico, e se non c'è questo rapporto di fiducia e conoscenza reciproca, le cose non vanno bene.

C. R.: Va bene, chiarissimo. Volevo anche chiederle se per caso conserva qualcosa di quegli anni: fotografie correlate alla sua attività professionale, attrezzi del mestiere, magari qualche dono dato dai pazienti...

V. G.: Regali ce ne sono stati talmente tanti! [ride] Niente però che si conservasse. Comunque non mi viene in mente niente, mi dispiace.

C. R.: Non si preoccupi, grazie lo stesso. Ha altro da aggiungere?

V. G.: No, credo di aver detto tutto.

C.R.: Bene, allora chiudiamo qui l'intervista. La ringrazio.

ALLEGATO n. 11

Documentazione fotografica



Immagine n. 1: Pinze per estrazioni dentarie (decennio 1970-1980, dottor Pietro Calabrese)



Immagine n. 2: Martelletti per riflessi tendinei (decennio 1970-1980, dottor Pietro Calabrese)



*Immagine n. 3: Stetoscopi per la rilevazione del battito cardiaco fetale
(decennio 1970-1980, dottor Pietro Calabrese)*



*Immagini nn. 4-5-6: Quadri dipinti e donati da un paziente
(decennio 1970-1980, dottor Pietro Calabrese)*



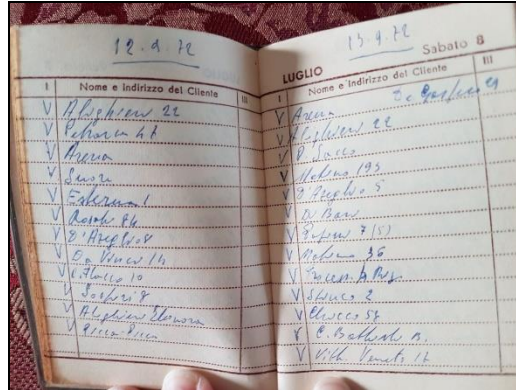
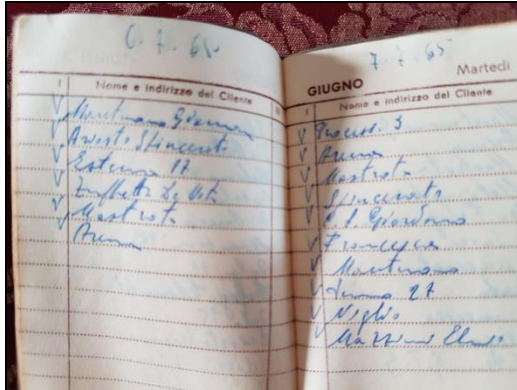
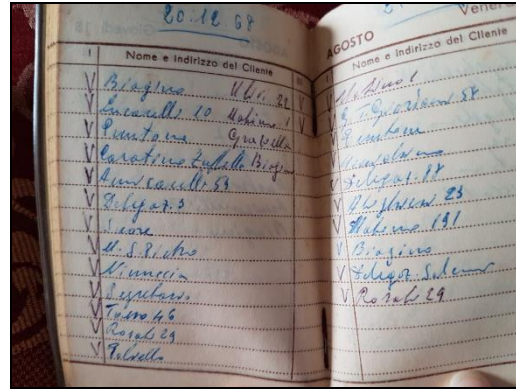
Immagine n. 7: Contenitore per attrezzi chirurgici (decennio 1960-1970, dottor Pietro Trombetta)



Immagine n. 8: Lo studio del dottor Pietro Trombetta



Immagini nn. 9-10-11: Apparecchio per radiografie (decennio 1960-1970, dottor Matteo Potenza)



Immagini nn. 12-13-14-15: Taccuini delle visite domiciliari, con dettaglio delle pagine dei giorni 6/7/1965, 7/7/1965, 20/12/1967, 21/12/1967, 12/9/1972, 13/9/1972 (dottor Matteo Potenza)



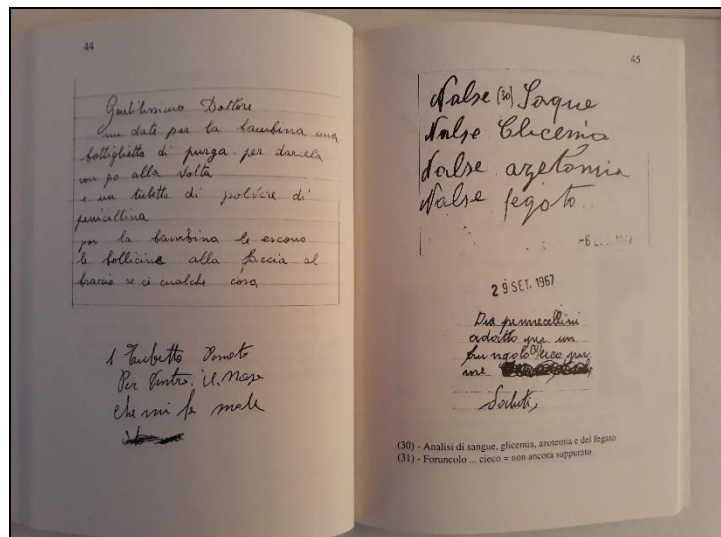
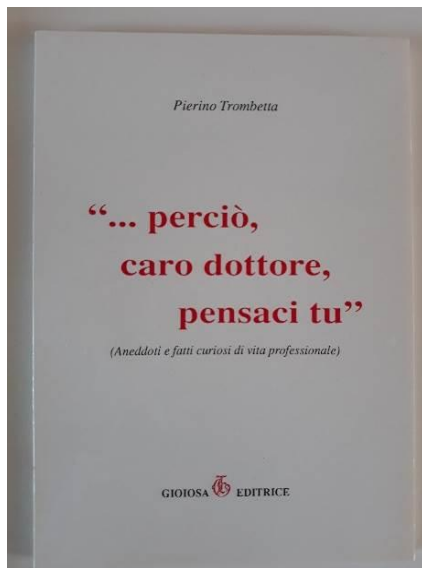
Immagini nn. 16-17: Seta sterilizzata per sutura (decennio 1960-1970, dottor Antonio Lepore)



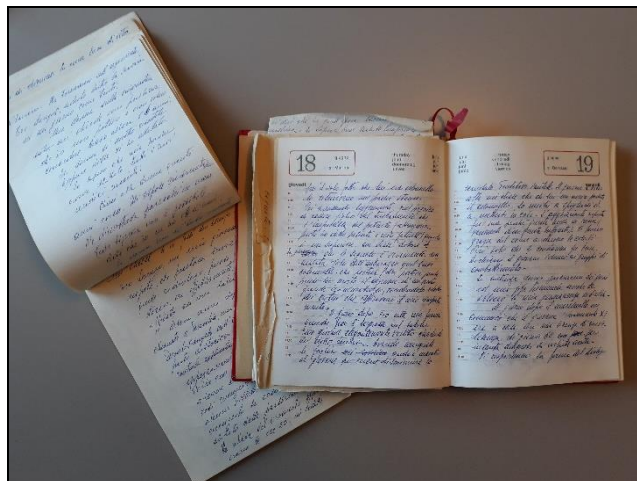
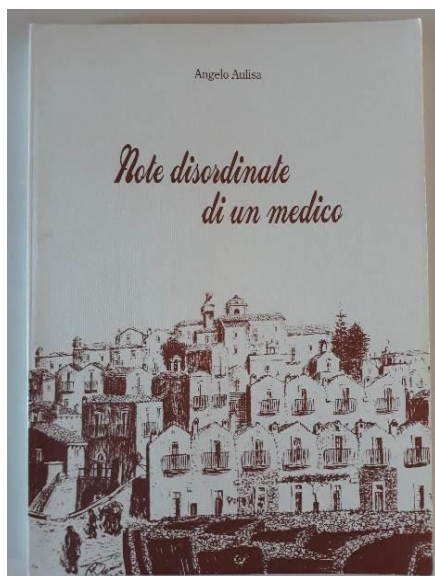
Immagini nn. 18-19-20: Confezione di siringa in vetro, scatola porta siringhe e scatola porta aghi (decennio 1960-1970, dottor Antonio Lepore)



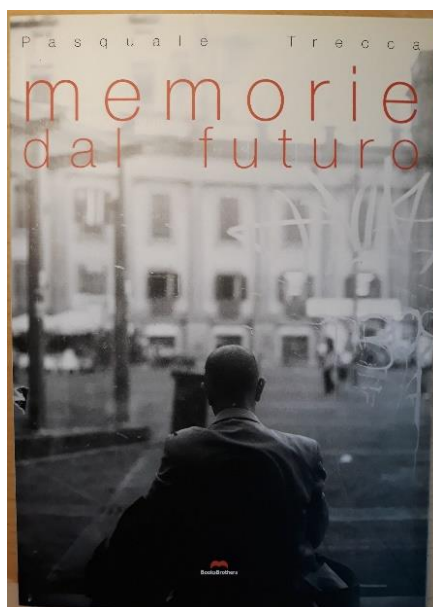
Immagine n. 21: Teschio in ottone portafortuna (decennio 1960-1970, dottor Antonio Lepore)



Immagini nn. 22-23: Copertina e interno pagina del diario del dottor Pietro Trombetta (pubblicato nel 1992)



*Immagini nn. 24-25: Copertina e pagine autografe del diario del dottor Angelo Aulisa
(pubblicato nel 1996)*

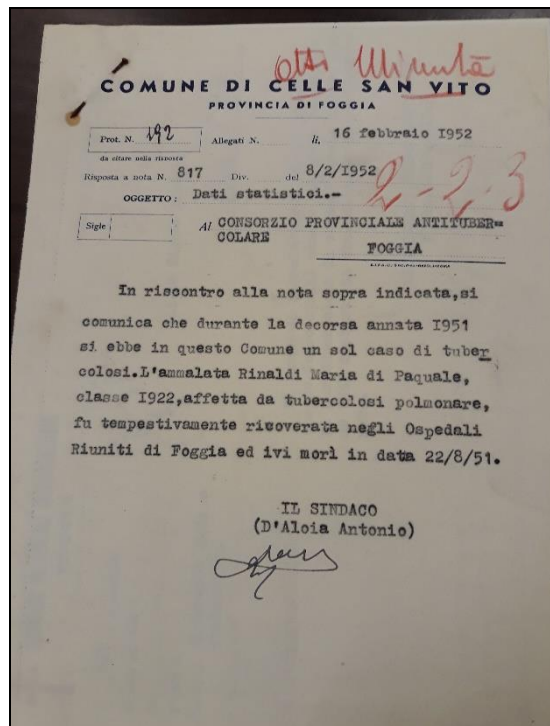
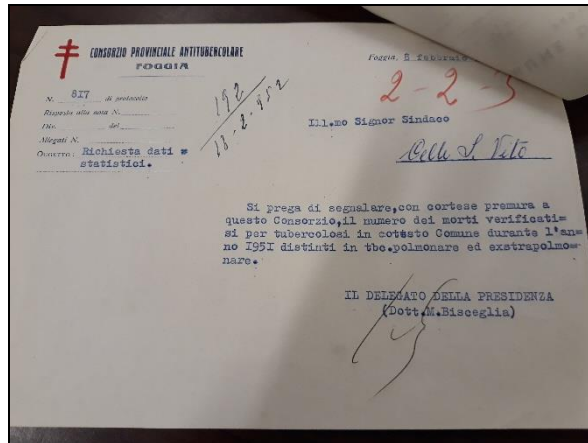


*Immagine n. 26: Copertina del diario del dottor Pasquale Trecca
(pubblicato nel 2006)*



Immagini nn. 27-28: 16esima Campagna antitubercolare anno 1952

(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle Sa Vito)



Immagini nn. 29-30: Accertamento decessi per tubercolosi nell'anno 1951
(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

Mese di **GIUGNO**

Numero della cartolina	Numero della cartolina	Numero della cartolina	Numero della cartolina	Numero della cartolina
Elezioni del 1950				
Nugli anni 1949 e 1950				
Prohibizioni, Trattamenti, A. - P.				
Carico fogli n. 1200-				
Prohibizioni, Trattamenti, em. ed. Jugli anni di n. 15 fogli per bambini				

Carico	Importo della carta stampata	Importo della carta stampata	Importo della carta stampata	Importo della carta stampata
1	15	15	15	15
2	15	15	15	15
3	15	15	15	15
4	15	15	15	15
5	15	15	15	15
6	15	15	15	15
7	15	15	15	15
8	15	15	15	15
9	15	15	15	15
10	15	15	15	15
11	15	15	15	15
12	15	15	15	15
13	15	15	15	15
14	15	15	15	15
15	15	15	15	15
16	15	15	15	15
17	15	15	15	15
18	15	15	15	15
19	15	15	15	15
20	15	15	15	15
21	15	15	15	15
22	15	15	15	15
23	15	15	15	15
24	15	15	15	15
25	15	15	15	15
26	15	15	15	15
27	15	15	15	15
28	15	15	15	15
29	15	15	15	15
30	15	15	15	15
31	15	15	15	15

Immagine nn. 31-32: Campagna antirachitismo, anno 1951
(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

RACCOMANDATA R.R.

Ospedali Riuniti di Foggia
2ª CATEGORIA

Prov. n. 6103
Pag. n. 287/67

OSCEITO, legge 17.7.1920, n. 6972 art. 75 b e successive modifiche.
Notificazione di ricovero di argenteo di CARIN DIETHELE

Il Sig. SINDACO di Celle S. Vito
Spett. DIREZIONE

A tutti gli effetti della legge in oggetto indicata ed in esecuzione dell'art. 34 del R. D. 30.12.1924, n. 2841 e dell'art. 2 della legge 24.4.1954, n. 257, si comunica che il 10.7.67 è stato ricoverato per eccezionale urgenza in questi Ospedali per Quarantena mictoidica acuta

Il malato Carin Diethele nato il 25.12.89/5
abitante in Celle S. Vito, Vp. Caselleone 90
In base alle informazioni assunte al momento del ricovero risulta:
a) che il malato è domiciliato agli effetti del successo in codesto Comune;
b) che ha titolo all'assistenza da parte di codesto Istituto perché povero

Si resta in attesa di ricevere la relativa impegnativa di ricovero dell'Ente competente.
Si fa presente che eventuali eccezioni sulla dimora di fatto in codesto Comune non verranno prese in considerazione se non con la produzione di una delle prove di cui all'art. 110 del Regolamento Amministrativo S.2-1891, n. 92.

IL RESPONSABILE
Luigi

COMUNE DI CELLE SAN VITO
P. C. 06020
1705 Box 36-7-67
F. 10

CASA SOLLEVO DELLA SOLIDARIETÀ
DIRIGENTE RESPONSABILE: SAN GIOVANNI BOVINO

CASA SOLLEVO DELLA SOLIDARIETÀ
DIRIGENTE RESPONSABILE: SAN GIOVANNI BOVINO

Signor SINDACO
Comune di Celle S. Vito

LETTERA APERTA
RACCOMANDATA R.R.

NOTIFICA DI RICOVERO

MANICOLA	12/14/70	10	10,30	0,1
ORTOPEDIN		05		0,5

CAROTE LINO ARDITO
Celle S. Vito - 24/04/59
Celle S. Vito - Piazza Umberto I

CONFERMA DI RICOVERO
Celle S. Vito
INAM-libr. n° 105098/Ag. r.

3000 72

Immagine nn. 33-34: Spese di spedalità, anni 1961-1970
(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

COMUNE DI CELLE SAN VITO
PROVINCIA DI FOGGIA

Pres. N. 245 Alloggi N. 3/3/1952
Risposta a nota N. 458 Dv. dal 19/2/1952
OGGETTO: Richiesta di notizie.

Al 1° Ill.mo Sig. Sindaco di Celle San Vito

In riscontro alla nota sopra citata e allo scopo di mettere edotto Comune nelle condizioni di poter eseguire il riparto delle spese per i comizi medico e veterinario, si trascrivono qui di seguito i dati relativi alla popolazione umana e animale di questo Comune:

1° Popolazione umana al 31/12/1951 abit. N. 832

2° Popolazione animale:

a) Vacche.....	N°	45	65
b) Cavalli.....	"	29	32
c) Asini.....	"	68	38
d) Asini.....	"	25	38
e) Pecore.....	"	485	600
f) Capre.....	"	51	71
g) Suini.....	"	93	155
Totale N. 796		1076	

Il Sindaco
[Signature]

COMUNE DI CELLE SAN VITO
PROVINCIA DI FOGGIA

11 febbraio 1958
8.2.1958 423
Riparto spesa con-
corsi sanitari 1957

F A E T O

Si comunicano qui di seguito le notizie richieste con la nota che si riscontra, necessarie per il riparto in oggetto:

Popolazione umana al 1.1.1957 N. 758
" " " 31.12.1957 " 763

Consistenza bestiame anno 1957 N. 1.205.=
Sovrimp. terreni e fabbric. 1956/57 L. 222.290=

Si assicura inoltre che prossimamente si cercherà di saldare il debito dovuto per il decorso anno.=

Distinti ossequi.

IL SINDACO
(De Luca Biagio)
[Signature]

Immagine nn. 35-36: censimento della popolazione umana e animale, anni 1951 e 1957

(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

MOVIMENTO DEMOGRAFICO

COMUNE: Celle San Vito

Nati		Morti		Sposi		Sepolte		Estranei		Estrane	
N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.
779	8										

NUMERO DEI CASI E NUMERO DEI MORTI PER ALCUNE MALATTIE INFETTIVE

Febbre tifoide e paratifoide		Morbillo		Scarlatina		Difterite		Polmonite ac.		Meningite ac.		Malaria	
N. casi	N. morti	N. casi	N. morti	N. casi	N. morti	N. casi	N. morti	N. casi	N. morti	N. casi	N. morti	N. casi	N. morti

SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA durante il mese di *giugno* *1960*

Morti per tubercolosi		MORTI AL DISOTTO DI UN ANNO (0 - 365 GIORNI) per gruppi di cause			
Apparato respiratorio	Altre forme	Malattie apparato digerente	Malattie apparato respiratorio	Malattie infettive	Altre cause

Giudizio sullo stato sanitario del comune durante il mese di *giugno* *1960*

VISTO: IL SINDACO *[Signature]* L'Ufficiale Sanitario *[Signature]*

COMUNE DI CELLE SAN VITO
PROVINCIA DI FOGGIA

PROSPETTO DELLE CAUSE DI MORTE RELATIVO AL MESE DI *Febbraio* 1960

Numero ordine	COGNOME E NOME	ETA	SESSO	Malattia infettiva	Malattia generale
1	<i>Ruffoli Giuseppe</i>	<i>anni 61</i>	<i>M</i>		<i>Polmonite batterica</i>
2	<i>Ruffoli Maria</i>	<i>anni 61</i>	<i>F</i>		<i>Polmonite batterica</i>

Celle S. Vito, li *15-11-* 1960

VISTO: IL SINDACO *[Signature]* L'Ufficiale Sanitario *[Signature]*

Immagine nn. 37-38: prospetti della situazione epidemiologica e delle cause di morte,

anno 1960

(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

Comune di Celle San Vito
 Provincia di Foggia
 253 7510 San. PREFETTURA
 18.2.1956
 Medicinali offerti dalla Croce Rossa Italiana.

Con riferimento alla nota cui si risponde, comunico a codesta on. Prefettura di aver ricevuto i medicinali offerti dalla Croce Rossa Italiana e dei quali si riporta elenco:

10) Aspirina - tavolette	100
20) Panacetina - compresse	100
30) Fasco 2 X 6	5
40) " 5 X 10	5
50) Penicillina - 50 fiale da 400.000 unità	50
60) Streptomicina gr. 5	5
70) Acqua bisdistillata fiale	20
80) Erenone da 3 c.c.	5
90) Sulfamidicoide tavolette	200
100) Analgesiche "	40
110) Canfora 0,20 fiale	10
120) Caffèina "	10
130) Cotone idrofilo Kg.	1
140) Garza 10 X 10	3
150) Cerotto adesivo 5 X 2,5	1
160) Atoplan pari 0,50 n°	50
170) Polaxet posata Tuli	1

Nel rivolgere distinti ringraziamenti a nome della popolazione, ringrazio.

- 3 -
 Elenco materiali per armadio farmaceutico

di gomma, cm. 8 x 1,5	n° 1
" " " " 10 x 1,5	" 5
" " " " 5 x 1,5	" 20
" " " " 3 x 1,5	" 15
" " " " 2 x 1,5	" 10
Cateteri di Eilatex - cm. 12 x 1	10
Cerotto adesivo di gomma cm. 2,5 x 1	10
Cilindro graduato da gr. 50 cm. 5 x 1	5
" " " " 100	2
Contappesa a tubetto	2
Compresse di gesso idrofilo sterili cm. 15 x cm. 15 pacchetti	20
" " " " cm. 20 x cm. 20	20
" " " " cm. 30 x cm. 40	20
Cotone idrofilo in pacchetti da gr. 20	20
" " " " " 50	30
" " " " " 100	10
" " " " " 100	10
Conchiglie di corallo	Kg. 1
Guaina tipo per apparecchi	n. 1
Guarnigione Lindeman	Kg. 5
Scatola completa per suture metallica alla Michel con gruppo	n. 2
Siringa di vetro da cc. 10	2
" " " " 5	2
" " " " 2	5
" " " " 2	2
Agli per siringa da misura normale	totale 20
Agli per misura idrofilati avariati	5
Barra di gomma per acqua calda	2
Barra di bachelite	2
Spaccio anastatico	2
Sera sterile n. 2 e n. 4 (un tipo)	4
« dilatore per ortopedici »	2
« 1 bobina per congegno »	

per copia conforme

Immagine nn. 39-40: elenchi materiali per armadio farmaceutico, anno 1956
 (Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

4-8-1
 1166
 13-8-63
 3-10-63

MINISTERO DELLA SANITA'
 Ufficio del Medico Provinciale di Foggia
 Prot. N° 3166 Foggia, 11. 27/9/1963.-
 OGGETTO: Misure profilattiche contro il vaiolo per la prevenzione della Polonina.

Ai Sigg. Ufficiali Sanitari dei Comuni della Provincia
 LORO SEDI

A seguito della nota pari oggetto n. 3175 del 24-8-1963, si comunica che sono sospese, con decorrenza immediata, le misure profilattiche contro il vaiolo per la prevenzione della Polonina.

Il Medico Provinciale
 (Squitti)
Squitti

4-8-1
 1166
 13-8-63

MINISTERO DELLA SANITA'
 Ufficio del Medico Provinciale di Foggia
 Prot. n. 784 Foggia, 11. 8.8.1963

OGGETTO: Misure profilattiche contro il vaiolo per la prevenzione da Stoccolma.

URGENTE DI SERVIZIO

Ai Sigg. Ufficiali Sanitari della Provincia
 LORO SEDI

A seguito delle precedenti comunicazioni, si informa che, con decorrenza immediata, le misure profilattiche contro il vaiolo sono revocate per le pre intese da Stoccolma.

Il Medico Provinciale
 (Belli)
Belli

Immagine nn. 41-42: revocche misure profilattiche antivaiolo (anno 1963)
 (Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

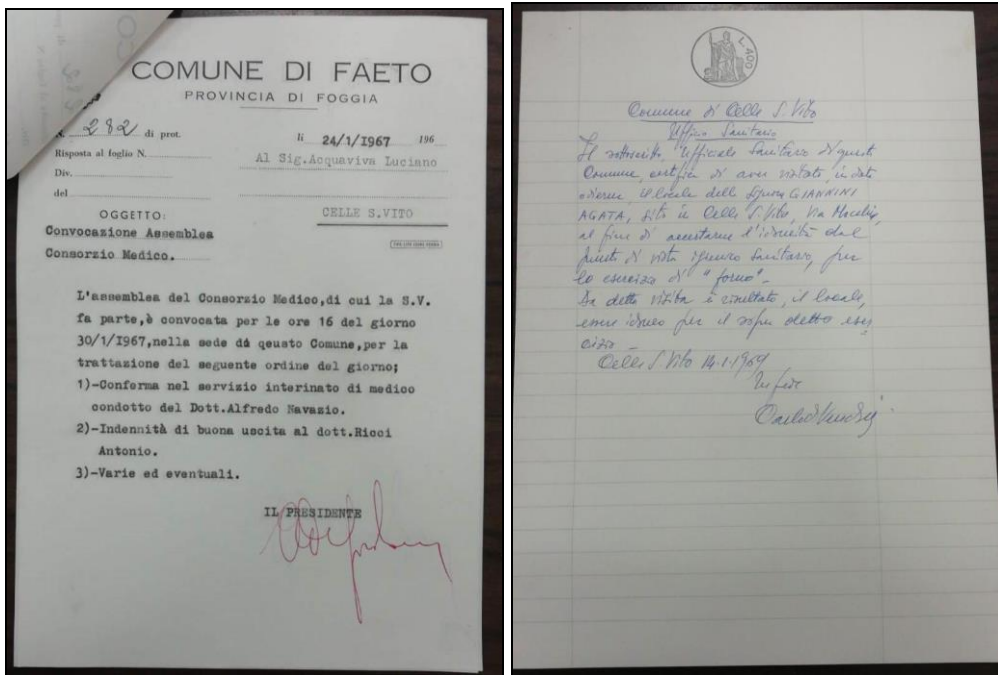


Immagine nn. 43-44: avvicendamento medici condotti, anni 1967 e 1969
(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

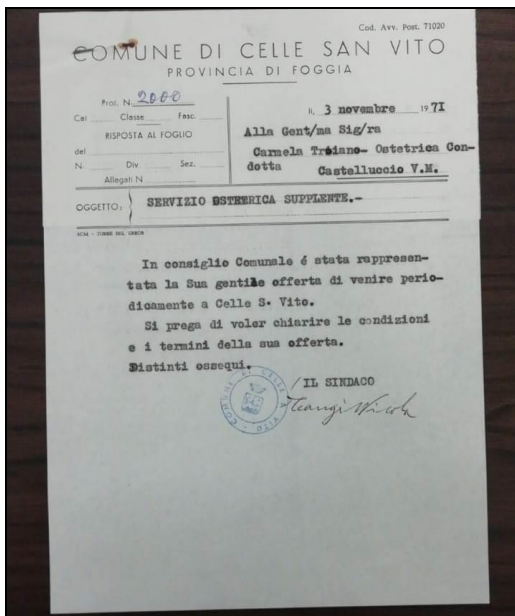


Immagine n. 45: richiesta ostetrica condotta, anno 1971
(Fonte: Archivio Storico Comunale di Celle San Vito)

Bibliografia

- A.A.V.V., *Cinquant'anni di storia italiana. 1860-1910*, Hoepli, Milano 1911
- Agnew, J., *Medicine in the old West. A history, 1850-1900*, Mc Farland & Co., Jefferson 2010
- Alibrandi, R., *In salute e in malattia. Le leggi sanitarie borboniche fra Settecento e Ottocento*, FrancoAngeli, Milano 2012
- Alimonta, R., *Brevi cenni sulla verità e santità della medicina e sul modo di migliorare la condizione de' medici e de' malati*, Tipografia dei fratelli Fusi, Pavia 1855
- Anonimo, *Racconto storico-scientifico, galante, contemporaneo pubblicato per cura di un membro dell'Associazione medica italiana e dedicato alle gentili donne italiane*, Bologna 1866.
- Ardigò, A., *Società e salute*, FrancoAngeli, Milano 1997
- Armocida, G., Zanobio, B., *Storia della medicina*, Elsevier, Milano 2002
- Associazione Nazionale Medici Condotti, *Il medico di comunità e il distretto in Italia*, Roma 1986
- Associazione Nazionale Medici Condotti, *La formazione permanente del personale per il servizio sanitario nazionale*, Pesaro 1978
- Atkinson, R., *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002
- Aulisa, A., *Note disordinate di un medico*, Centrografico Francescano, Foggia 1996
- Banti, A. M., *Storia della borghesia italiana. L'età liberale*, Donzelli Editore, Roma 1996
- Barona, J. L., "The European Conference of Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish Administration", in: J. L. Barona, S. Cherry (Ed.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, Valencia 2005, pp. 127-146
- Barona, J. L., Cherry, S. (Ed.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, Valencia 2005
- Becchi, E., Ferrari, M., "Per una storia pedagogica dei professionisti della salute", in: M. Ferrari, P. Mazzarello, *Formare alle professioni. Figure della sanità*, FrancoAngeli, Milano 2010, pp. 211-228
- Berlinguer, G., *Storia della salute. Da privilegio a diritto*, Giunti Editore, Firenze 2011

- Bernard, C., *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Piccin, Padova 1994
- Berruti, G., *I medici condotti e la medicina pratica in Italia. Pensieri*, Librai Fratelli Bocca, Torino-Firenze-Roma 1872
- Bertani, A., *Sullo schema del codice per la pubblica igiene compilato e proposto dal deputato Agostino Bertani: relazione all'onorevole ministro dell'Interno Agostino Depretis*, Tipografia L. F. Cogliati, Milano 1884
- Betri, M. L., "Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859)", in: F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 209-232
- Bloch, M., *Apologia della storia o mestiere di storico*, Einaudi, Torino 1969
- Boccini, F., Piccialuti, M., *Fonti per la storia della malaria in Italia*, Ministero per i beni e le attività culturali, Direzione generale per gli Archivi, Roma 2003
- Bongiovanni, M., Travagliante, P. (a cura di), *La medicina narrativa strumento trasversale di azione, compliance e empowerment*, FrancoAngeli, Milano 2017
- Botti, G., "Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico", in: A. Massafra (a cura di), *Il Mezzogiorno preunitario: economia, società, istituzioni*, Dedalo Edizioni, Bari 1988, pp. 1221-1230
- Bourdier, P., *La misère du monde*, Seuil, Paris 1993
- Braudel, F., *I tempi della storia: economie, società, civiltà*, Edizioni Dedalo, 1986
- Brunetti, N. D., "La sanità in Capitanata durante il fascismo", in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 229-237
- Bucci, R. (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadig, Roma 2006
- Butler, R. *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*, in: "Psychiatry", 1963, 26, pp. 65-67
- Cagli, V., *La medicina: una "malata" difficile. I problemi della sanità e le soluzioni possibili*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2003
- Canetta, P., *Storia del Pio Istituto di Santa Corona di Milano*, Tipografia Cogliati, Milano 1883
- Cantù, C., *Romanzo autobiografico*, Ricciardi, Milano-Napoli 1969
- Cantù, F., *Aspetti di metodologia della ricerca nella storiografia delle Annales*, in "Mélanges de l'école française de Rome", 1981, 93-1, pp. 433-455
- Canziani, G., *Sui medici e chirurghi lombardi. Notizie statistiche per l'anno 1842*, in: "Gazzetta medica", 1842, n. 12, pp. 101-105
- Cardinale, A. E., *Giovanni Pascoli e la medicina. L'arte lunga che aiuta la gente*, in: "Giornale di Sicilia", 1 luglio 2013
- Castellano, S., *Metodo clinico e pensiero critico in Augusto Murri*, Cortina, Verona 2015

- Castelvechio, R., *Il medico condotto e il maestro di scuola del villaggio. Commedia in 4 atti*, Tipografia Francesco Sanvito, Milano 1863
- Castiglioni, A., *Storia della medicina*, Unitas, Milano 1927
- Cattaneo, A., “Lancetta”, in: *Supplimento al nuovo dizionario universale tecnologico o di arti e mestieri compilato dalle migliori opere di scienze e d’arti pubblicate negli ultimi tempi, vol. XVI* (traduzione italiana del *Nuovo dizionario universale tecnologico o di arti e mestieri e della economia industriale e commerciante compilato dai signori Lenormand, Payen, Molard jeune, Laugier, Francoeur, Robiquet, Dufresnoy, vol. 30*), Tipografia Giuseppe Antonelli, Venezia 1873
- Cernelli, G., *Ultimo medico condotto*, Edizioni del Centro di Promozione Culturale per il Cilento, Acciaroli 2008
- Charon, R., *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, Oxford 2006
- Cherry, S., “Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe”, in: J. L. Barona, S. Cherry (Ed.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, Universitat de València, Valencia 2005, pp. 19-62
- Cherubini, A., *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1980
- Cipriani, R., *La metodologia delle storie di vita*, Euroma La Goliardica, Roma 1995
- Coghlan, B. L. D., Bighold, L. P., *Virchow’s Eulogies. Rudolf Virchow in Tribute to his Fellow Scientists*, Birkhäuser, Basel-Boston-Berlin 2008
- Colacicco, G., *La malaria e gli aspetti della bonifica idraulica del Tavoliere. Relazione letta il 6 febbraio 1945 dal Direttore generale al Comitato antimalarico della provincia di Foggia*, Tipografia Catapano, Lucera 1945
- Consorzio per la Bonifica di Capitanata, *Cinquant’anni di bonifica nel Tavoliere*, Bastogi, Foggia 1984
- Conticelli, M., *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè Editore, Milano 2012
- Contini, G., Martini, A., *Verba manent. L’uso delle fonti orali per la storia contemporanea*, Nuova Italia Scientifica, Roma 1993
- Corrao, P., Viola, P., *Introduzione agli studi di storia*, Donzelli Editore, Roma 2005
- Cosmacini, G., “Augusto Murri e la Scuola medica bolognese”, in: W. Tega (a cura di), *Storia di Bologna*, AIEP, San Marino 1987, pp. 401-420
- Cosmacini, G., De Filippis, M., Sanseverino, P. (a cura di), *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945)*, FrancoAngeli, Milano 2004
- Cosmacini, G., *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000
- Cosmacini, G., *L’arte lunga. Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Laterza Editori, Roma-Bari 2006

- Cosmacini, G., *Medici nella storia d'Italia*, Laterza, Roma-Bari 1996
- Cosmacini, G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo. Dalla "spagnola alla II guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1989
- Cosmacini, G., *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale 1348-1918*, Laterza Editore, Roma-Bari 2005
- Cristini, C., Porro, A. (a cura di), *Medicina e musica*, GAM Editrice, Rudiano 2008
- Croce, B., *Storia d'Italia dal 1871 al 1915*, Laterza, Bari 1928
- Cronin, A. C., *La cittadella*, trad. it. di C. Coardi, Bompiani, Milano 2000
- D'agata, G., *Il medico della mutua*, Bompiani, Milano 1964
- Davis, C. T., Gates, H. L. (a cura di), *The Slave's Narrative*, Oxford University Press, Oxford-New York 1985
- de Balzac, H., *Il medico di campagna*, trad. it. di Andrea Zanzotto, Garzanti, Milano 2004
- de Ceglia, F. P. (a cura di), *Scienziati di Puglia*, Adda Editore, Bari 2007
- del Chiappa, G. A. (a cura di), *Aforismi medico-politici del celebre Alessandro Knips Macoppe, volgarizzati col testo a fronte*, Stamperia Fusi e Compagno, Pavia 1822
- della Martora, L., *Scarlatina, Vaiuolo, Morbillo*, in: "Bollettino medico-chirurgico del Comitato di Foggia", a. II, 1876, 6, pp. 121-139
- Della Peruta, F. (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984
- Della Peruta, F., *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in "Studi Storici", anno 21, n. 4 (ott./dic. 1980), pp. 713-759
- Demazière, D., Dubar, C., *Dentro le storie. Analizzare le interviste biografiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000
- Detti, T., *Fabrizio Maffi. Vita di un medico socialista*, FrancoAngeli, Milano 1987
- Detti, T., *Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra '800 e '900*, in: "Movimento operaio e socialista", 1979, 1
- Di Pace, I., *Le marce del colera dalle sue prime epidemie ai giorni nostri*, in "Gazzettino dei sanitari", II, 1910, 11
- Dibattista, L., "Vincenzo Lanza, l'ultimo degli antichi e il primo dei moderni", in F. P. de Ceglia (a cura di), *Scienziati di Puglia*, Adda Editore, Bari 2007, pp. 224-226
- Dibenedetto, G., "Igiene e sanità nella prima metà dell'Ottocento in Capitanata", in: *Atti 50° Convegno Preistoria-Protostoria-Storia della Daunia*, San Severo 9/12 dicembre 1983, pp. 313-351
- Dipasquale, S., Bianchini, O., Previti, G., Signorelli, M. S., Virzì, A., *La figura del medico nella cinematografia*, in "Medicina Narrativa", 2011, 1, pp. 45-50
- Doel, R., Soderqvist, T. (Ed.), *Writing Recent Science: the historiography of contemporary science, technology and medicine*, Routledge, Oxford 2006

- Ercolinni, L., “Aneddoto del colera”, in: *Glissons, n'appuyons pas. Giornale di scienze, lettere, arti, varietà, mode e teatri*, 29 giugno 1839, anno VI, n. 52, pp. 205-207
- Falconi, B., Franchini, A. F., Parimbelli, G., Porro, A., “Guglielmo Castelli (1862-1938): tra medicina e chitarra italiana”, in: C. Cristini, A. Porro (a cura di), *Medicina e musica*, GAM Editrice, Rudiano 2008, pp. 48-51
- Farnetani, I., *Pasquale Trecca (1924-2006), il traghettatore dalla condotta medica alla medicina del territorio*, in: “Biografie mediche. Rivista del Centro per lo studio e la promozione delle professioni mediche”, 7, 2017, pp. 13-22
- Ferrari Sacco, A., *Storia della condotta medica*, in “In tema di medicina e cultura”, anno XIX, n. 4, maggio 1987, pp. 37-39
- Ferrari, M., Mazzarello, P., *Formare alle professioni. Figure della sanità*, FrancoAngeli, Milano 2010
- Ferraris, C., *Discorso sull'organizzazione delle condotte mediche e sull'associazione medica*, in: “Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino”, Tipografia Favale e comp., 10 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 450-452
- Ferraris, C., *Necessità di una organizzazione di servizio sanitario, sotto il nome di condotte mediche, suo scopo, mali, ai quali porta rimedio, sua influenza nella civilizzazione del nostro paese, miglioramenti, dei quali essa è naturale sorgente*, in: “Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino”, Tipografia Favale e comp., 10 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 453-462; 20 aprile 1851, anno IV, vol. X, pp. 499-516; 10 maggio 1851, anno IV, vol. XI, pp. 38-50
- Ferrarotti, F., *Storia e storie di vita*, Edizioni Laterza, Roma-Bari 1981
- Ferri, M., “Le fonti bibliografiche per la storia della Sanità in Capitanata”, in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 29-87
- Fischetti, A., Cavallari, P., “Ventitre anni di interviste”, in: M. Pistacchi (a cura di), *Vive voci. L'intervista fonte di documentazione*, Donzelli Editore, Roma 2010, pp. XV-XVII
- Flaubert, G., *Madame Bovary*, trad. it. M. L. Spaziani, Mondadori, Milano 1997
- Fogazzaro, A., *Malombra*, Rizzoli, Milano 1993
- Forti Messina, A. L., “I medici condotti nell'Ottocento preunitario. Il caso della provincia di Napoli”, in: G. Politi, M. Rosa, F. Della Peruta (a cura di), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna, atti del convegno “Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani”*, Cremona 1982, pp. 449 e ss.
- Forti Messina, A. L., *I medici condotti e la professione del medico nell'Ottocento*, in “Società e storia”, 1984, 23, pp. 101-161
- Forti Messina, A. L., *Il colera a Napoli nel 1836*, FrancoAngeli, Milano 1979

- Forti Messina, A. L., *Malachia De Cristoforis. Un medico democratico nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano 2003
- Frabboni, F., Pinto Minerva, F., *Manuale di pedagogia e didattica*, Editori Laterza, Roma-Bari 2013
- Franchini, A. F., “Essere medico condotto alla metà dell'Ottocento”, in: G. Perbenni, L. Lorusso, *Filippo Lussana (1820-1897) Da Cenate alle Neuroscienze. Atti dell'incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007*, Fondazione per la Storia Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo 2008, pp. 57-70
- Franco, G., *Meglio prevenire che curare. Il pensiero di Bernardino Ramazzini, medico sociale e scienziato visionario*, Narcissus, 2015
- Frascani, P. (a cura di), *Sanità e società. Abruzzi, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria. Secoli XVII-XX*, Casamassima Edizioni, Udine 1990
- Frezza, A., *Storia della Croce Rossa Italiana*, Poligrafico Fiorentino, Firenze 1956
- Fucini, R., “Dolci ricordi”, in *Tutti gli scritti*, Trevisini, Milano 1944
- Fusaro, D., *Essere senza tempo. Accelerazione della storia e della vita*, Bompiani, Milano 2010
- Fusinato, A., *Poesie, vol. I*, Giovanni Cecchini Editore, Venezia 1864
- Gaetani, C. (a cura di), *Tommaso Chatterton, ovvero Genio e sventura: dramma in quattro atti / ridotto da Gaetani Cesare; Il pitocchetto: commedia in due atti; Il medico in condotta nell'ultima sera di carnevale: farsa di un atto*, Ditta Serafino Majocchi Editore, Milano 1899
- Galliani Cavenago, G., *Quando il paesano rifiutò il pendizio. Il ruolo della cooperazione nella trasformazione del contado di Cuggiono*, FrancoAngeli, Milano 1999
- Garrone, L., *Dopo il contratto nuova vita per i condotti*, in: “Corriere Medico”, 13 maggio 1987, p. 5
- Garrone, L., *Medico di fiducia del territorio*, in: “Corriere Medico”, 11 giugno 1986, p. 5
- Ghezzi, A. G., *L'archivio. Teoria, funzione, gestione e legislazione*, EDUCatt, Milano 2005
- Gianelli, G. L., *Sugli scopi, mezzi e primordii dell'Associazione medica italiana*, Milano 1862
- Ginesu, F., Muntoni, C., Muggianu Scano, I., Gianfico, M., Deriu, M., Saba, V., Atzei, A., Guidoni, S., Orgiu, V., *Sardegna al femminile. Storie di donne speciali*, L'Unione Sarda, Cagliari 2016
- Giuva, L., Vitali, S., Zanni Rosiello, I., *Il potere degli archivi. Usi del passato e difesa dei diritti nella società contemporanea*, Mondadori, Milano 2007
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago 1967

- Guzzanti, E., *L'evoluzione dell'Assistenza Primaria pre e post unitaria: il ruolo delle condotte mediche*, in: M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Ed. Iniziative sanitarie, Roma 2009, pp. 95-106
- Hernan, A. L., Walker, C., Fuller, J., Johnson, J. K., Elnour, A. A., Dunbar, J. A., *Patients' and carers' perceptions of safety in rural general practice*, in "Medical Journal of Australia", 201, 3, 4 August 2014, pp. 560-563
- Hogan, A., Young, M. (Ed.), *Rural and Regional Futures*, Routledge, Oxon 2015
- Jaspers, K., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1986, p. 10
- Kafka, F., "Un medico di campagna", in *Racconti*, trad. it. di E. Pocar e R. Paoli, Mondadori, Milano 1992, pp. 225-232
- Kerr, W. J., *Experience in Internal Medicine: The Golden Age of Medicine*, in "Medical Clinics of North America", vol. 41, 4, July 1957, pp. 969-985
- Kragh, H., *Introduzione alla storiografia della scienza*, Zanichelli, Bologna 1990
- Ladogana, M., *Progettare la vecchiaia. Una sfida per la pedagogia*, Progedit, Bari 2016
- Lanza, V., *Provvedimenti curativi nella colera scritti da Vincenzo Lanza*, Gabinetto Bibliografico e Tipografico, Napoli 1836
- Le Goff, J., Sournia, J. C. (a cura di), *Per una storia delle malattie*, trad. it. N. Coviello, R. Licinio, C. Petrocelli, F. Porsia, Edizioni Dedalo, Bari 1986
- League of Nations. Health Organization, *European Conference of Rural Hygiene. Recommendations and Minutes*, Genève 1931
- Léonard, J., "I medici dell'Ottocento", in: J. Le Goff, J.C. Sournia (a cura di), *Per una storia delle malattie*, trad. it. N. Coviello, R. Licinio, C. Petrocelli, F. Porsia, Edizioni Dedalo, Bari 1986. pp. 109-122
- Léonard, J., *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Hachette, Paris 1977
- Levi, C., *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino 2005
- Lichtner, M., *Esperienze vissute e costruzione del sapere. Le storie di vita nella ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano 2008
- Lomeni, I. (a cura di), *La politica del medico nell'esercizio dell'arte sua esposta in cento aforismi dal celebre Alessandro Knipps Macoppe*, Tipi Giovanni Pirota, Milano 1826
- Lonni, A., *Il mestiere di ostetrica al confine tra lecito e illecito*, in "Società e storia", 1984, n. 25, pp. 563-593
- Lotti, A., *Formidabili quegli anni! Il Centro medico per la formazione del medico a San Remo, 1969-1989*, in "Tutor", vol. 16, n. 1, 2016, pp. 9-17
- Lucisano, P., Salerni, A., *Metodologia della ricerca in educazione e formazione*, Carocci Editore, Roma 2002
- Luzzatto (a cura di), S., *Prima lezione di metodo storico*, Editori Laterza, Roma-Bari 2010

- Luzzi, S., *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli Editore, Roma 2004
- Manghi, S., *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, FrancoAngeli, Milano 2005
- Mantegazza, P., "Igiene del lavoro", in: *Almanacchi igienici popolari*, Brigola, Milano 1881
- Marano, P., *Crisi della medicina accademica. Condivisione, cambiamento e innovazione, corresponsabilità*, FrancoAngeli, Milano 2006
- Marchis, V., *Storia delle macchine. Tre millenni di cultura tecnologica*, Laterza, Roma-Bari 2010
- Marsciani, F., *Tracciati di etnosemiotica*, FrancoAngeli, Milano 2007
- Martel, R., *Rural Medicine needs help*, in "Canadian Family Physician", 1995 June, 41, pp. 974-976
- Massino, G., *Franz Kafka*, La Nuova Italia, Firenze 1983
- Mazzeo, M.C., Milillo, G., Cicchetti, A., Meloncelli, A., *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Ed. Iniziative sanitarie, Roma 2009
- Merton, R. K., Cersosimo, G. (a cura di), *Sociologia e medicina*, Armando Editore, Roma 2006
- Minois, G., *Il prete e il medico. Fra religione, scienza e coscienza*, Edizioni Dedalo, Bari 2016
- Montagni, B., *Angelo consolatore e ammazzapazienti. La figura del medico nella letteratura italiana dell'Ottocento*, Le Lettere, Firenze 1999
- Murri, A., *Il medico pratico*, Zanichelli Editore, Bologna 1914
- Murri, A., *Lezioni di clinica medica*, Società Editrice Libreria, Milano 1908
- Nardella, M. C., "Le fonti archivistiche", in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 13-28
- Natale, C., *La nascita dell'Università di Foggia. Un percorso lungo e difficile della cultura*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2000
- Overy, C., Tansey, E. M. (Ed.), *Historical Perspectives on Rural Medicine. The proceedings of two Witness Seminars held by the History of Modern Biomedicine Research Group, Queen Mary University of London, on 29th January 2010 and 3 September 2015*, Wellcome Witness to Contemporary Medicine, vol. 61, Queen Mary University of London, London 2017
- Pace, D., *Vincenzo Lanza e la vita universitaria e ospedaliera a Napoli nel primo Ottocento*, Napoli-Foggia-Bari 1962
- Pagliaro, L., *Medicina basata sulle evidenze e centrata sul paziente. Un dizionario di termini clinici*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma 2006

- Palma, F., “Stato di salute della popolazione e programmazione sociosanitaria nella ASL FG”, in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 261-286
- *Parla il prof. Bastianelli, parole conclusive del Raduno dei Sindacati fascisti dei medici in Sicilia, Palermo 8 gennaio 1939*, in: “Le forze sanitarie”, suppl. al n. 2 del 31 gennaio 1939, p. XXXV
- Pascoli, G., *Ai medici condotti*, Il Giardino di Esculapio, Milano 1955
- Pasquandrea, R. M., *I Riuniti di Foggia*, in: “Gazzetta Sanitaria della Daunia”, vol. 44 (1994), n. 1, pp. 58-69
- Passerini, L., *Storia e soggettività. Le fonti orali, la memoria*, La Nuova Italia, Firenze 1988
- Pavone, C., *Prima lezione di storia contemporanea*, Editori Laterza, Roma-Bari 2007
- Pazzini, A., *Storia della medicina. Dalle origini al XVI secolo*, Società Editrice Libreria, Milano 1947
- Pellegrino, E., *Humanism and the physician*, University of Tennessee Press, Knoxville 1979
- Pellegrino, L. (a cura di), *Evoluzione delle malattie e dell'organizzazione sanitaria in Capitanata attraverso i secoli*, (Atti del III convegno di storia della sanità in Capitanata “Evoluzione delle malattie e dell'organizzazione sanitaria in Capitanata attraverso i secoli”, Foggia, 14 novembre 2013), Sentieri Meridiani Edizioni, Foggia 2014
- Pellegrino, L. (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata, Dalla fine del '700 ai giorni nostri* (Atti del I convegno di storia della sanità in Capitanata “La sanità in Capitanata dal '700 ai giorni nostri”, Foggia, 16 maggio 2009), Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011
- Pellegrino, L. (a cura di), *Recenti ricerche sulla storia della sanità in Capitanata* (Atti del II convegno di storia della sanità in Capitanata “Recenti ricerche sulla storia della sanità in Capitanata”, Foggia, 16 dicembre 2011), Sentieri Meridiani Edizioni, Foggia 2013
- Pellegrino, L., *Il fascismo in Capitanata. L'Opera Nazionale Balilla*, in: “Carte di Puglia,” 2014, 1, pp. 24-38
- Pellegrino, L., *La sanità in Capitanata nel Decennio francese*, in: Società di Storia patria per la Puglia (a cura di), “Archivio Storico Pugliese”, LVII, 2009, pp. 151-171
- Pellegrino, L., *La sanità pubblica a Manfredonia. Le condotte e l'ufficiale sanitario*, in: Società di Storia patria per la Puglia (a cura di), “Archivio Storico Pugliese”, LXIX, 2016, pp. 277-289
- Pellegrino, L., *Storia della sanità in Capitanata dalle origini ai giorni nostri*, Andrea Pacilli Editore, Manfredonia 2017
- Perbenni, G., Lorusso, L., *Filippo Lussana (1820-1897) Da Cenate alle Neuroscienze. Atti dell'incontro di studio, Cenate di Sopra, 26 maggio 2007*, Fondazione per la Storia Economica e Sociale di Bergamo, Bergamo 2008

- Pescione, G., *La malaria nella Capitanata*, Tipografia Pestocchi, Foggia 1888
- Pirandello, L., “La mosca”, in *L'uomo solo; La mosca; In silenzio*, Mondadori, Milano 2011, pp. 159-167.
- Piscaglia, S., *Ricordi del medico condotto*, Pazzini Editore, Rimini 2010
- Pistacchi, M. (a cura di), *Vive voci. L'intervista fonte di documentazione*, Donzelli Editore, Roma 2010
- Polignone, M., *La lotta contro la malaria. Malaria e profilassi chimica in Cagnano Varano. Campagna 1904-1905-1906*, Tipografia Dotoli, San Severo 1907
- Porro, A., *Il medico condotto, precursore dimenticato e talvolta anche misconosciuto della sanità moderna*, in: “Confronti. Studi, ricerche e documenti”, 2012, 3, pp. 143-154
- Portelli, A., *Storie orali. Racconto, immaginazione, dialogo*, Donzelli Editore, Roma 2007
- Postulazione Generale dei Fatebenefratelli (a cura di), *San Riccardo Pampuri. Medico condotto poi religioso dei Fatebenefratelli, 1897-1930*, Roma 1989
- Pratesi, M., *Il peccato del dottore*, Baldini, Milano 1902
- Raseri, E., “Le condotte mediche in Italia”, in: *Annali di statistica italiana*, serie 3a, volume I, 1882
- Raseri, E., *Atlante di demografia e geografia medica d'Italia*, Istituto De Agostini, Roma 1906
- Ravizza, C., *Un curato di campagna. Schizzi morali*, Besozzi, Milano 1869
- Reid, S., *Rural medicine as a sub-specialty*, in “Continuing Medical Education Journal”, 2011 February, 29, 2, pp. 72-74
- Reiser, S. J., *La medicina e il regno della tecnologia*, trad. it. Paola Manacorda, Feltrinelli, Milano 1983
- Rinaldi, G., *La vecchia maternità di Foggia: ricordi e ricerche*, Arti Grafiche Grilli, Foggia 2018
- Romano, R., Vivanti, C., *Storia d'Italia. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984
- Rubino, V., *Celle San Vito. Colonia francoprovenzale di Capitanata*, Leone Editrice, Foggia 1996
- Ruffini, G., *Il dottor Antonio*, Tipi Fratelli Fernando, Genova 1856
- Russo, S., D'Antone, L., *Malattia, territorio e medicina in Capitanata tra Settecento e Novecento*, in: Frascani, P. (a cura di), *Sanità e società. Abruzzi, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria. Secoli XVII-XX*, Casamassima Edizioni, Udine 1990, pp. 213-248
- Sabatino, C., Vincenzo, U., “La tubercolosi nella Capitanata”, in: L. Pellegrino (a cura di), *Medicina e Istituzioni sanitarie in Capitanata. Dalla fine del '700 ai giorni nostri*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2011, pp. 199-217
- Saponaro, A., *Diario di un medico di campagna*, Ceschina, Milano 1961

- Scelsi, G., *Statistica generale della provincia di Capitanata*, Tipografia Giuseppe Bernardoni, Milano 1867
- Selva, *Necrologia. Il medico Antonio Destefanis*, in: “Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino”, 30 aprile 1851, anno IV, vol. 10, pp. 562-565
- Shapiro, J., Longenecker, R., *Country Doctors in Literature: helping medical students understand what rural practice is all about*, in “Academic Medicine”, vol. 80, n. 8, August 2005, pp. 724-727
- Shorter, E., *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*, Feltrinelli, Milano 1993
- Sigerist, H. E., *Civilization and disease*, Cornell University Press, New York 2018
- Simeoni, M., *Un medico condotto in Italia, il passato presente. Un'analisi qualitativa*, FrancoAngeli, Milano 2009
- Sorcinelli, P., *Viaggio nella storia sociale*, Mondadori, Milano 2009
- Soresina, M., *La tutela della salute nell'Italia unita (1860-1980)*, in: “Storia della società italiana. La struttura e le classi nell'Italia unita”, vol. XVII, Sandro Teti Editore, Milano 1987, pp. 149 e ss.
- Spagnoletti, G., *Novelle romantiche*, Martello, Milano 1961
- Spallicci, A., *Augusto Murri e il suo metodo d'indagine clinica*, Mondadori, Milano 1944
- Spinsanti, S., “Una prospettiva storica”, in: R. Bucci (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadig, Roma 2006, pp. 15-41
- Sterpellone, L., *I grandi della medicina. Le scoperte che hanno cambiato la qualità della vita*, Donzelli Editore, Milano 2004
- Tansey, E. M., “Witnessing the Witness: pitfalls and potentials of the Witness Seminar in twentieth century medicine”, in: R. Doel, T. Soderqvist (Ed.), *Writing Recent Science: the historiography of contemporary science, technology and medicine*, Routledge, Oxford 2006, pp. 260-278
- Tarozzi, M., *Che cos'è la grounded theory*, Carocci, Roma 2008
- Tartaglia, B., *Medicina popolare. Terapie empiriche e pratiche magiche. Quaderni del Museo n. 5*, Grafiche F.lli Pannisco, Calitri 2003
- Tatò, S. I., *Il colera nell'Italia meridionale e l'Acquedotto pugliese*, Gerni Editore, San Severo 1995
- Tavallini, E., *La vita e i tempi di Giovanni Lanza. Memorie ricavate da suoi scritti, vol. I*, L. Roux e C. Editori, Torino-Napoli 1887
- Terenna, G., Vannozi, F. (a cura di), *Strumenti medici dei secoli XVIII-XIX*, Nuova Immagine Editrice, Siena 1997
- Tommaseo, N., “Un medico”, in *Tutti i racconti*, San Paolo, Milano 1993

- Trecca, P. (a cura di), *Dieci anni di attività dell'Ordine dei Medici di Foggia (1973-1982)*, GrafSud, Foggia 1982
- Trecca, P., *Memorie dal futuro*, BooksBrothers, Foggia 2006
- Trecca, P., *Noi condotti. Trent'anni di storia in presa diretta*, Palmisano Edizioni, Foggia 2005
- Trombetta, P., “... perciò, caro dottore, pensaci tu”. *Aneddoti e fatti curiosi di vita professionale*, Gioiosa Editrice, San Nicandro Garganico 1992
- Turner, G. L. E. (a cura di), *Storia delle scienze. Vol. 1. Gli strumenti*, Einaudi, Torino 1991
- Ventura, A., *Re, mercanti, braccianti. Foggia dai Normanni alle lotte contadine*, Claudio Grenzi Editore, Foggia 2004
- Vicarelli (a cura di), G., *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2007
- Waddle, B. J., *Rural Surgery. Opportunity or Minefield*, in “Archives of Surgery”, 2000 February, 135, pp. 121-122
- Wheat, J. R., Leeper, J. D., Brandon, J. E., Guin, S. M., Jackson, J. R., *The Rural Medical Scholars Program Study: Data to Inform Rural Health Policy*, in “Journal of the American Board of Family Medicine”, January-February 2011, vol. 24, n. 1, pp. 93-101
- WONCA, *Policy on Rural Practice and Rural Health*, Ed. B. Chater, Monash University School of Rural Health, Traralgon 2001
- WONCA, *Policy on training for rural practice*, Ed. R. Strasser, The Organization, Melbourne 1995
- WONCA, *Rural Medical Education Guidebook*, Ed. A. B. Chater, Bangkok 2014
- Zammuner, V. L., *Tecniche dell'intervista e del questionario*, Il Mulino, Bologna 1998
- Zola, É., *Il dottor Pascal*, trad. it. di E. Pasini e M. Porro, Edizioni Medusa, Milano 2007

Riferimenti legislativi

- Costituzione della Repubblica Italiana, Tipografia del Senato, Roma 2009
- Legge n. 132 del 12 febbraio 1968 (“Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera”) in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 68 del 12 marzo 1968
- Legge n. 5849 del 22 dicembre 1888 (Serie 3a, “Sull’ordinamento dell’amministrazione e dell’assistenza sanitaria del Regno”), in: Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia n. 301 del 24 dicembre 1888 (pp. 5799-5803)
- Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (“Istituzione del servizio sanitario nazionale”), in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 360 del 28 dicembre 1978

- Regio Decreto n. 1265 del 27 luglio 1934 (“Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie”), in: Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia n. 186 del 9 agosto 1934
- Regio Decreto n. 2889 del 30 dicembre 1923 (“Riforma degli ordinamenti sanitari”), in: Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia n. 12 del 15 gennaio 1924
- Regio Decreto n. 636 del 1 agosto 1907 (“Testo unico delle leggi sanitarie”), in: Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia n. 228 del 26 settembre 1907 (pp. 5873-5897)

Fonti archivistiche

- Archivio di Stato di Foggia, Intendenza e Governo di Capitanata, Atti, busta 1665, “Stato degli esercenti l’arte sanitaria nella provincia di Capitanata”
- Archivio Pascoli a Castelvecchio, plico “Dal Prato”, segnatura G.31.9
- Archivio Storico di Comunale di Celle San Vito:
 - Sanatori. Assistenza e cure tubercolotici. Campagna antitubercolare. Croce Rossa Italiana (anni 1951-1956, b. 66, fasc.lo 346, cat. II, cl. 2, fasc. 3);
 - Somministrazione gratuita di medicinali ai poveri (anni 1954-1956, b. 66, fasc.lo 349, cat. II, cl. 2, fasc. 5);
 - Ospizi e ricoveri ciechi e sordomuti (b. 66, fasc.lo 350, cat. II, cl. 2, fasc. 6);
 - Manicomi e cure speciali – Ricoveri dimissioni e rette – Norme (anno 1951, b. 66, fasc.lo 351, cat. II, cl. 2, fasc. 7);
 - Programma antirachitismo (anni 1951-1952, b. 66, fasc.lo 352, cat. II, cl. 2, fasc. 8);
 - Croce Rossa Italiana (anno 1951, b. 66, fasc.lo 358, cat. II, cl. 4, fasc. 2);
 - Assistenza generica (anni 1961-1964, b. 66, fasc.lo 360, cat. II, cl. 1, fasc. 1);
 - Assistenza ai ciechi e ai poliomielitici (anni 1961-1964, b. 66, fasc.lo 361, cat. II, cl. 1, fasc. 2);
 - Assistenza ai ciechi e ai poliomielitici (anni 1966-1976, b. 67, fasc.lo 369, cat. II, cl. 1, fasc. 2);
 - Ospedali (anni 1960-1975, b. 67, fasc.lo 372, cat. II, cl. 2, fasc. 1);
 - Consorzio antitubercolare (anni 1961-1964, b. 67, fasc.lo 374, cat. II, cl. 2, fasc. 2);
 - Controlli effettuati sui medicinali (anno 1964, b. 68, fasc.lo 387, cat. II, cl. 5, fasc. 2);
 - Ufficiale sanitario (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 466, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);
 - Consorzio medico (anni 1951-1959, b. 76, fasc.lo 467, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
 - Ostetriche (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 469, cat. IV, cl. 1, fasc. 4);
 - Farmacie e farmacisti. Concorsi per conferimento di sedi farmaceutiche. Vendita e sequestro di medicinali (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 470, cat. IV, cl. 1, fasc. 5);

- Professioni sanitarie ausiliarie (anni 1951-1953, b. 76, fasc.lo 471, cat. IV, cl. 1, fasc. 6);
- Assistenza ai poliomielitici. Lotta antimalarica. Cura dell'influenza (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 474, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi (anni 1951-1960, b. 76, fasc.lo 477, cat. IV, cl. 2, fasc. 4);
- Epidemie e malattie contagiose (anni 1951-1960, b. 77, fasc.lo 478, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Vaccinazioni antidifteriche e antivaiole (anni 1951-1960, b. 77, fasc.lo 479, cat. IV, cl. 3, fasc. 2);
- Ufficio sanitario comunale (anni 1961-1965, b. 78, fasc.lo 493, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);
- Personale medico (anni 1961-1964, b. 78, fasc.lo 494, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
- Ostetriche (anni 1961-1962, b. 79, fasc.lo 495, cat. IV, cl. 1, fasc. 3);
- Personale sanitario (anni 1961-1964, b. 79, fasc.lo 496, cat. IV, cl. 1, fasc. 4);
- Servizio medico e sanitario (anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 502, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Assistenza sanitaria (anni 1960-1965, b. 79, fasc.lo 503, cat. IV, cl. 2, fasc. 2);
- Locazione di beni immobili per l'ambulatorio del medico condotto (anno 1961, b. 79, fasc.lo 504, cat. IV, cl. 2, fasc. 4);
- Bilanci sanitari del paese (anni 1961-1965, b. 79, fasc.lo 505, cat. IV, cl. 2, fasc. 5);
- Laboratorio provinciale di igiene e profilassi (anni 1962-1966, b. 79, fasc.lo 506, cat. IV, cl. 2, fasc. 6);
- Malattie contagiose ed epidemie (anni 1961-1966, b. 79, fasc.lo 508, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Intossicazioni dovute ad insetticidi, stupefacenti o altro (anni 1961-1964, b. 79, fasc.lo 509, cat. IV, cl. 3, fasc. 2);
- Distribuzione del vaccino antiaftoso (anno 1964, b. 79, fasc.lo 510, cat. IV, cl. 3, fasc. 3);
- Vaccinazioni contro il vaiolo e la difterite (anni 1960-1965, b. 79, fasc.lo 511, cat. IV, cl. 3, fasc. 4);
- Personale sanitario (anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 522, cat. IV, cl. 1, fasc. 1);
- Personale medico (anni 1966-1978, b. 80, fasc.lo 523, cat. IV, cl. 1, fasc. 2);
- Medico provinciale (anni 1965-1978, b. 80, fasc.lo 532, cat. IV, cl. 2, fasc. 1);
- Ambulatori medici (anno 1972, b. 80, fasc.lo 534);
- Laboratorio provinciale di igiene e profilassi (anni 1966-1978, b. 80, fasc.lo 536, cat. IV, cl. 2, fasc. 6);

- Esami schermografici. Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi (anni 1972-1978, b. 81, fasc.lo 538, cat. IV, cl. 2, fasc. 7);
- Campagna antimalarica e antisettica (anni 1977-1978, b. 81, fasc.lo 540, cat. IV, cl. 2, fasc. 17);
- Malattie infettive e contagiose (anni 1966-1969, b. 81, fasc.lo 542, cat. IV, cl. 3, fasc. 1);
- Servizio vaccinazioni (anni 1966-1972, b. 81, fasc.lo 543, cat. IV, cl. 3, fasc. 3).
- Archivio Storico Comunale di Manfredonia, sezione I, categoria IV, classe 1, busta 1, "Avviso"
- Archivio Storico di Manfredonia, sezione I, categoria IV, classe 1, busta 5, "Capitolato per servizio medico-chirurgico-ostetrico deliberato dal Consiglio Comunale con atto del 27 marzo 1903"
- Archivio Storico di Manfredonia, sezione II, categoria IV, classe 1, busta 5, "Circolare prefettizia n. 3441 del 29 agosto 1924"
- Archivio Storico di Manfredonia, sezione II, categoria IV, classe 1, busta 2, "Circolare n. 2332 del 31 gennaio 1959 del Medico provinciale di Foggia ai sindaci e commissari prefettizi della provincia, al prefetto presidente della G.P.A. e del Consiglio provinciale di Sanità"

Sitografia

gds.it/2013/07/01/giovanni-pascoli-e-la-medicina-larte-lunga-che-aiuta-la-gente-271487_164776/

ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/dati-sintesi/foggia/71/3

www.acrrm.org.au

www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf

www.arsi-india.org

www.etimo.it

www.intratext.com/IXT/ITA3344/_P8.HTM

www.liberliber.it/mediateca/libri/p/pascoli/ai_medici_condotti/pdf/ai_med_p.pdf

www.medicinaecultura.com/Medicina_e_Cultura/Associazione.html

www.monash.edu/medicine/srh

www.pascoli.archivi.beniculturali.it/index.php?id=65&ChiaveAlbero=738&objId=727&ApriNodo=

www.rdaa.com.au

www.ruralgp.com

www.ruralhealthweb.org

www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522

www.tuttitalia.it/puglia/32-celle-di-san-vito/

www.tuttitalia.it/puglia/32-celle-di-san-vito/statistiche/censimenti-popolazione

www.uclan.ac.uk/courses/msc-rural-medicine.php

www.une.edu.au/about-une/faculty-of-medicine-and-health/school-of-rural-medicine

www.youtube.com/watch?v=Q-4zom9anEs

www1.chester.ac.uk/study/postgraduate/rural-health/201810