



RADIO MUGELLO

www.radiomugello.it

LEONARDO ROMAGNOLI

**GISBERTO FERRETTI
E L'OSPEDALE DI LUCO**



INDICE

Introduzione e ringraziamenti	7
Gisberto Ferretti e la topografia medica di Borgo San Lorenzo (1882)	11
Gisberto Ferretti e la pellagra in Mugello	33
L'ospedale di Luco di Mugello	53
Resoconto Statistico dell'ospedale di Luco del Dott. Alberto Barchielli	73
Le epidemie a Borgo San Lorenzo nell'800	107



INTRODUZIONE E RINGRAZIAMENTI

La prima volta che mi sono imbattuto nella figura del dott. Gisberto Ferretti (1845 -1886) è stato circa 40 anni fa sfogliando in Biblioteca Nazionale a Firenze alcune riviste mugellane della fine ottocento. Fra queste c'era "il Pananti" dove il Ferretti, che ha svolto la funzione di direttore dell'ospedale di Luco dal 1874 al 1878, pubblicava alcuni suoi scritti che poi entreranno a far parte della Topografia e Statistica Medica del comune di Borgo San Lorenzo pubblicata a Modena nel 1882. L'articolo che allora attirò la mia attenzione era quello dedicato alle superstizioni dei mugellani e alle "pratiche mediche" popolari che erano allora molto diffuse. Il titolo originale era "i pregiudizi dei mugellani" e lo riproposi con il titolo "Il medico e lo stregone" sulla rivista Al Contrario nel 1980 e lo ho ripubblicato, con una nuova introduzione, nel volume "Mugello. Storia e curiosità" stampato da Radio Mugello a Natale 2018 (con una seconda edizione ampliata uscita nel novembre 2019).

Nel corso del 2019 è uscito un bellissimo libro dello storico Adriano Prosperi dedicato ai contadini italiani nell'800 dal titolo "il Volgo disperso" edito da Einaudi che fornisce un quadro drammatico delle condizioni di vita di milioni di persone nel nostro paese prima e dopo l'unificazione.

In particolare una parte del libro è dedicata al fiorire delle indagini statistiche nel periodo successivo al 1870 che vide proprio il Ferretti tra i medici più attivi, prima con la Topografia di Castrocaro e Terra del Sole e poi con quella di Borgo San Lorenzo. Per questo motivo pubblicai sul sito di Radio Mugello un primo articolo dedicato al Ferretti e alla Topografia di Borgo e successivamente un altro sui suoi studi sulla pellagra che aveva svolto essenzialmente durante il suo incarico sanitario in Mugello che era una delle zone più colpite da questa malattia. Alla pellagra in Mugello aveva dedicato un interessante articolo nel 1993 Marcello Landi sul n. 5 di "Giotto" una piccola rivista autogestita di cui ho pubblicato alcuni numeri in quegli anni.

Gli scritti che sono pubblicati in questo volume, dedicati all'opera del dott. Ferretti sono ampliati rispetto a quelli inseriti sul blog storia locale sul sito di Radio Mugello e a questi ne ho aggiunto un altro sulla nascita dell'ospedale di Luco di Mugello, che iniziò la sua attività nel 1871, con la riproposizione in copia anastatica di una parte del volume che il dott. Barchielli, divenuto direttore dopo la morte del dott. Farnocchia nel 1913, dedicò all'attività dell'ospedale del Mugello dal 1871 al 1914 con statistiche e casi clinici seguiti nella loro evoluzione, dal ricovero alla guarigione o alla morte.

Ne viene fuori uno spaccato della storia sanitaria del territorio mugellano che è parte integrante della storia sociale di quegli anni e ne testimonia anche i cambiamenti economici e politici.

Devo ringraziare Marcello Landi e il museo di Casa d'Erci per avermi permesso di consultare le opere del loro archivio e di utilizzare le molte immagini che accompagnano gli scritti del libro

che in parte furono esposte in una mostra sull'ex ospedale realizzata nel 2003 (mi scuso anticipatamente se per alcune immagini non sono indicati gli eventuali proprietari).

Questo libro vuol essere anche un modesto contributo affinché non si perda la memoria di una struttura, l'ospedale di Luco, e di tanti operatori sanitari che hanno contribuito al benessere di un territorio come quello mugellano per quasi 120 anni.

Per questa seconda edizione del libro ho voluto aggiungere un saggio sulle epidemie a Borgo San Lorenzo di metà '800 che riguarda la nostra storia sanitaria e sociale di un periodo importante della nostra storia.

Per questo vorrei ringraziare Renzo Vignini che mi ha fornito copia della relazione del Dott. Lanini che era allegata alla sua tesi di laurea del 1980.

Leonardo Romagnoli

Giugno 2023



GISBERTO FERRETTI E LA TOPOGRAFIA MEDICA DI BORGO SAN LORENZO (1882)

Con la nascita dello stato unitario presero avvio anche in Italia indagini statistiche dedicate alle condizioni di vita della popolazione e in particolare del mondo contadino.

Queste indagini furono organizzate dalla Direzione Statistica ma si svilupparono a livello locale grazie al lavoro di "volenterosi medici condotti con le loro topografie sanitarie" che volevano contribuire "alla formazione di una specie di archivio diffuso di conoscenze intorno alla dispersa e varia realtà sociale italiana" (A. Prospero). (1)

Uno dei medici più attivi in questo campo fu il dott. Gisberto Ferretti che fu direttore dell'Ospedale di Luco di Mugello dal 1874 al 1878 e che già aveva dato alle stampe nel 1873 la sua "Topografia medica del comune di Terra del Sole e Castrocaro" dove svolgeva la sua attività di medico.

Nel 1882 Ferretti pubblicò anche la "topografia e statistica medica del Comune di Borgo San Lorenzo, provincia e circondario di Firenze".

"Quella del dott. Ferretti era una cultura dal fondamento umanistico, attenta alla storia e alla politica contemporanea, pur nella salda adesione alla radice positivistica della scienza" (Prospero) ed era profondamente convinto dell'incidenza delle condizioni ambientali sullo sviluppo di alcune patologie. "Cibi bevande, temperature, umidità, venti, aria respirata, costumi, pregiudizi, educazione, istruzione, ecc, grandemente variando nelle singole parti di un qualsi-

asi territorio, rendono differenti le attitudini, le costituzioni, e per conseguenza anche le malattie, i temperamenti, negli individui sui quali si esercitano così diverse influenze“ (G. Ferretti 1873).

Nel suo studio il Ferretti parla ampiamente delle caratteristiche dell'ambiente e delle sue trasformazioni che hanno potuto incidere negativamente sulla qualità del territorio: “che il Mugello non esistano che le tracce degli immensi querceti di un tempo è cosa deplorabile ma in parte scusabile. Il bisogno di più utili coltivazioni doveali inesorabilmente atterrare, sebbene l'allevamento dei suini, già tanto proficuo pel Mugello, dovesse poi necessariamente diminuire. Ma non è certo scusabile il delirio di subiti guadagni, che distrusse in brevissimo tempo le superbe foreste di faggi anticamente esistenti sulle vette del nostro Appennino. Ed invero, quanto più gajo e più sano sarebbe il Mugello se l'imponente vegetazione delle sue montagne temperasse ancora, certo come ne' tempi trascorsi, la violenza de' venti o ne cambiasse la direzione: trattenesse l'irrompere delle acque che, precipitando dall'alto, inondano talora, sempre



oltre il bisogno inumidiscono, la migliore e maggior parte della valle: abbassasse la temperatura delle ora deserte lande che si infuocano ai raggi estivi del sole, diminuendo il supremo vantaggio delle brezze diurne; sottraesse, assorbendolo, tutto quanto l'acido carbonico dell'atmosfera, e l'arricchisse del proprio ossigeno vivificatore!" (Topografia p.11). Considerazioni da ambientalista ante litteram.

L'opera del Ferretti e la sua partecipazione al dibattito nazionale sull'igiene, e anche sulla pellagra, fu così importante che Adriano Prosperi nel suo recente saggio sui contadini italiani nell'800, "Un volgo disperso", gli dedica buona parte di un capitolo con un riferimento specifico al suo lavoro di analisi statistica compiuta nel comune di Borgo San Lorenzo e nel Mugello dove si trovò "immerso nei problemi di un mondo di contadini e di pastori" e "conobbe la difficoltà di modificare i comportamenti e le culture di una popolazione analfabeta e superstiziosa, che non ascoltava gli avvertimenti del medico e si rivolgeva più volentieri a ciarlatani e streghe, vivendo (e morendo) nella completa ignoranza dei precetti dell'igiene" (p.228)(2) I contadini, intesi come mezzadri, braccianti e agricoltori/braccianti, rappresentavano in quegli anni oltre il 50% della popolazione di Borgo San Lorenzo che contava 12.086 abitanti. Gli operai erano appena 206, 166 i calzolari, 138 le trecciaiole, 70 le tessitrici, 76 i fabbri-ferrai, 56 i falegnami, 191 i possidenti (di cui 70 donne), 105 i serventi, 89 religiosi, 85 sarti e 91 mendicanti. C'erano anche 66 vetturali (solo uomini).

Nel suo studio il Ferretti è molto attento alle condizioni di vita e di lavoro di chi abita nelle campagne e alla qualità dell'aria e dell'acqua utilizzata dai contadini di cui "se ne faceva poco uso nel bere e ancor meno nel lavarsi". I bagni generali si fanno solo se li ordina il medico, "il viso e le mani si lavano certo la domenica per andare in chiesa, ma

non asseriremmo che lo facciano gli altri giorni, e s'incontrano spesso persone quasi coperte di quegli schifosi animaletti il cui solo nome ripugna, e de' quali il medico e il parroco portano talora qualcuno a casa propria" (Ferretti).

Dalla mancata igiene nascevano ovviamente diverse malattie e per questo Ferretti caldeggiava che nelle scuole venissero "instillate nelle tenere menti quelle elementari nozioni d'igiene e di medicina domestica". Come riporta Prospero, il Ferretti era poi particolarmente severo con le contadine avvezze "a coprir lo sporco con abitelli da pochi soldi, però colorati e alla moda". Nello stesso tempo il dott. Ferretti sottolineava come fossero proprio le donne a portare il peso di lavori molto faticosi da cui non erano esentate neppure in gravidanza tanto da essere frequenti gli aborti.

Il numero molto elevato di aborti e nati morti non passava inosservato nelle statistiche del dott. Ferretti che sottolineava come nascessero più maschi che femmine "fatto rarissimo e perfettamente opposto a quanto riscontrasi in quasi tutte le province d'Europa".



Le considerazioni si portano dietro il sospetto di un infanticidio selettivo anche se Ferretti non ne parla esplicitamente. "Aborti alla macchia e infanticidi fecero parte allora - ricorda Prospero - del segreto delle famiglie, quando non finirono nei registri dei manicomi criminali e negli atti dei processi giudiziari".

Contemporaneamente le famiglie contadine di Borgo San Lorenzo allevavano altri bambini che venivano affidati dall'Ospedale degli Innocenti che aveva un succursale presso la fattoria delle Canicce. "Secondo un meccanismo impiegato diffusamente, le donne, attratte dal compenso, sospendevano l'allattamento dei loro figli per dare il latte all'*innocentino* fino alla scadenza dell'anno, e poi magari, s'era sopravvissuto se lo tenevano perché ci si erano affezionate" (Prospero).

Sempre per ricevere un compenso queste famiglie prendevano in affidamento ragazzi e bambine dall'Ospedale del Bigallo come aiuto nelle faccende domestiche e per guardare il bestiame.

"Ne viene che essi hanno in casa un piccolo schiavo che li serve, e li paga per servirli" (Ferretti - Topografia BSL).

Secondo il Ferretti la sifilide osservata a Borgo San Lorenzo, ad esempio, "proviene dall'allattamento di fanciulli illegittimi, in alcuni dei quali scoprisi di tanto in tanto, congenito il terribile male. E dire che in Mugello, già popolato in proporzioni favolose da *innocentini*, hannovi ancora tante madri nelle quali, più spesso forse del bisogno assoluto, l'avidità di uno scarso guadagno, supera di gran lunga il fondato timore di infettare se stesse e la propria famiglia".

I dati contenuti nell'analisi del Ferretti sono impressionanti basti pensare a quelli sulla mortalità.

Nel lasso di tempo di 8 anni si contano a Borgo San Lorenzo 3445 decessi "1715 sono fanciulli della prima infanzia, 265 fanciulli della seconda infanzia, 124 puberi, 590 erano



adulti e 751 vecchi". In pratica quasi il 50% dei morti erano bambini entro i 5 anni di vita, mentre i vecchi erano il 22%.

La miseria è la costante della vita quotidiana del popolo contadino che giornalmente si alimentava con "polenta di farina di frumentone e il pane. Fra i pigionali e i braccianti, quest'ultimo manca sovente. La carne si mangia qualche volta, cioè per le solennità. La mattina si mangia pane o polenta; a mezzogiorno polenta con fagioli o senza, condita con cacio o strutto di maiale o fritta con l'olio.

La sera polenta o patate, o fagioli con il pane" (idem).

Si trattava di mais che veniva raccolto in gran parte non ancora maturo e che poi veniva conservato in luoghi umidi che favorivano le muffe, per questo il Ferretti (e anche altri studiosi) avanzava l'ipotesi che fosse questo tipo di nutrimento a causare l'insorgere della pellagra che era molto diffusa in Mugello. C'era comunque la consapevolezza che una diversa alimentazione avrebbe limitato l'insorgere della malattia.

La descrizione che il Ferretti fa delle abitazioni sono esemplari: il sudiciume le deturpa tutte(...) le latrine d'ordinario mancano, facendo le veci le concimaie e le stalle... Dagli acquai defluiscono materie liquide che o si soffermano in una pozza fetente, o si disperdono in immondi rigagnoli intorno alle case(...) assoluta mancanza di igiene della biancheria, delle vesti, della pelle e dell'alimentazione", inoltre molte stanze erano prive di camino ma si utilizzavano braci e scaldini con il fumo che ristagnava e si passava il tempo serale nelle stalle soprattutto nei mesi invernali.

Comunque anche la situazione del capoluogo Borgo San Lorenzo presentava varie criticità, "le case più malsane sono le più prossime alla Sieve e quelle di *Malacova*, e lo provò il cholera che, nel 1855, vi fece strage, il sudiciume regna sovrano quasi in tutte, essendoci pressoché sconosciuto l'uso del rimbiancare e del ritingere gli affissi.

Anzi, nelle case più miserabili, come nel luogo detto il *Castellaccio* e in *via di Sieve*, gli affissi mancano affatto, ed i poveri selvaggi inquilini, si riparano alla meglio dal freddo, otturando le aperture con cenci o con pezzacci di asse!"

Seri problemi erano causati dall'illuminazione nelle case private soprattutto dei poveri che ricorrevano a lumi a petrolio "perocché il fumo e il puzzo che ne sorgono, ammorbano l'aria che poi si respira con danno immenso per la salute". In particolare il Ferretti ricorda che "coloro che dormono in camere ove per poche ore della sera o della notte sia stato acceso uno di tali lumi, mostrano nel mattino la lingua e i denti anneriti, e dai bronchi sale loro nella bocca un catarro di color nero plumbeo".

Era popolazione in gran parte analfabeta come ricorda lo stesso Ferretti che sottolinea come in certe parrocchie solo 2-3 persone su cento sapessero apporre la propria firma. Su 100 uomini dell'intero comune al 31 dicembre 1871 il 78,68 non sapeva né leggere né scrivere e su 100 donne quelle che non sapevano né leggere né scrivere erano l'84,4%.

Eppure per il Ferretti, che riprende alcune considerazioni del dott. Carlo Livi degli anni precedenti, il Mugello avrebbe tutte le potenzialità per potersi sviluppare migliorando la situazione economica dei suoi abitanti. "L'unica accusa che potrebbe farsi a' mugellani, si è che, e per la loro vicinanza a Firenze, e per le facili loro comunicazioni colla Val di Bisenzio e col Valdarno, e per la eccezionale fortuna di avere quattro magnifiche strade che, valicando l'Appennino, dirigonsi a Bologna, Imola, Faenza e Forlì "potrebbero avvantaggiar di molto nelle loro *condizioni economiche*, se veramente non fosse in essi desiderabile non dirò l'attività, ma uno spirito più industrie e intraprendente (Livi)". È infatti molto deplorabile - prosegue il Ferretti - che, in una regione ricca di corsi d'acque le quali pare non dimandino che di essere convertite in potenti forze mo-

trici, nessuno abbia mai pensato ad impiantar, per esempio, talune fabbriche che aprano la via a vantaggiosi commerci; e si lasci invece che, degli abitanti della valle, gli uomini attendano nel più gran numero a' lavori rurali, a raccogliere fieno e legna, e fabbricar carbone pe' boschi vicini, o a comuni mestieri o alle piccole industrie e ai piccoli commerci, e le donne dividano il lavoro degli uomini o consacrando alle domestiche faccende, perdano quasi il tempo che loro avanza, nell'intrecciar la paglia!''.



Solamente Scarperia si salva da questo quadro negativo per aver saputo dare sviluppo all'antichissima "industria della fabbricazione dei coltelli".

Il Ferretti per certi aspetti potrebbe essere definito come un "lombrosiano", sia per le sue teorie sulla diffusione della pellagra (di cui parlo in altra parte) sia, per esempio, per la definizione morfologica degli abitanti del borgo: "*L'angolo facciale degli abitanti del nostro comune, come de' mugellani in generale (essendo il loro cranio ordinariamente brachicefalo e piuttosto sviluppato nella porzione anteriore, e la loro faccia essendo in generale diritta, o, come dicesi, propria delle razze ortognate), presenta una notevole lunghezza, e starebbe a indicare una considerevole prevalenza del cervello e quindi delle facoltà intellettuali sugli organi dei sensi*". (3)

L'ignoranza era per Ferretti la causa del permanere di pregiudizi e superstizioni che erano per il medico incomprensibili e inaccettabili. Come scrive il Prosperi "per loro (i contadini) il medico condotto era come se non ci fosse: vigeva ancora quello che per l'Italia dei secoli precedenti è stato definito un "pluralismo medico", cioè il ricorso a una quantità di figure di guaritori, tra ciarlatani e stregoni, a cui ci si rivolgeva per interventi spesso assurdi sui corpi".

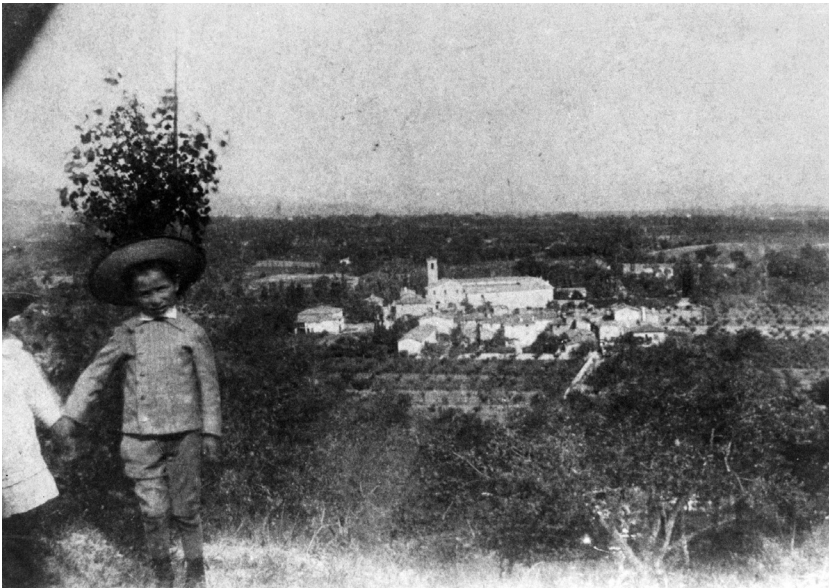
L'elenco delle superstizioni occupa una parte consistente del libro del Ferretti che non riesce a comprendere come famiglie poverissime fossero invece capaci di versare spontaneamente tutti gli anni i soldi necessari per sfarzose feste del patrono. Devozioni che per il medico erano simili alle superstizioni e quasi dal sapore più pagano che cristiano. (4)

Si poteva constatare un certo contrasto, evidente in alcuni casi, tra il medico portatore di ideali di progresso e di fiducia nella scienza e la religione come elemento di arretratezza e conservazione. "Alla radice del programma di igiene pubblica c'era un progetto che aveva ben poca sim-

patia per la religione ufficiale, vista come forza di conservazione", scrive il Prospero, che ricorda come il Ferretti avrebbe preferito che il popolo contadino facesse offerte più per la beneficenza che per le feste religiose.(5)

Ma la collaborazione tra medico e parroco era inevitabile tanto che già nella sua attività a Castrocaro il Prospero individua un compromesso che "già lascia intravedere il futuro Patto Gentiloni". D'altra parte è opportuno ricordare che la pubblicazione della Topografia e statistica medica del comune di Borgo San Lorenzo era dedicata al sacerdote Luigi Fratini già pievano di San Giovanni Maggiore che aveva collaborato alla ricerca.(6)

Per Ferretti quella del medico condotto era un vera missione che doveva essere improntata alla verità: "i medici condotti diran sempre ai privati, ai sindaci, ai prefetti e al governo la verità intera (...) essi la diranno essendo sul luogo del quale discoprono le vergogne".(7)



L'impegno del Ferretti per migliorare le condizioni igieniche e sanitarie del territorio è costante e il suo lavoro come direttore dell'ospedale di Luco ne è una conferma. Si batte con forza contro il trasporto dei malati dal Mugello agli ospedali fiorentini deciso a volte dagli stessi comuni.

"Amiamo piuttosto ammettere che tutti i ricordati Comuni lascino a' loro infermi la libertà della scelta fra Luco e Firenze, e che questi preferiscano andar lontano da' loro cari, dalla balsamica aria de' loro monti, e chiudersi nelle poco sane infermerie del massimo Ospedale fiorentino, nella sola speranza di essere quivi più sapientemente curati! Ma se così fosse, spetterebbe ai medici condotti far intendere a' poveri ammalati che non si tratta già di inviarli all'ospedale per sottoporre la loro infermità allo studio di curanti di maggior dottrina, ma unicamente per fornirli di que' mezzi igienici, dietetici e terapeutici, di che mancherebbero nelle loro miserabili casucce e che nel saluberrimo soggiorno di Luco troverebbero molto più sicuramente che altrove, favorevoli alla loro sollecita guarigione" (Ferretti).

L'invio a Firenze, secondo il Ferretti, sarebbe stato giustificato solo dal verificarsi di alcune malattie "che cadano sotto l'assoluto dominio di specialisti" o per le quali si volesse ottenere "il giudizio di clinici sapienti".

Altrimenti Luco era capace di rispondere con appropriatezza ad ogni situazione perché supportato da tutti i medici della vallata, "ma ben anco gli illustri professori Cipriani, Rosati e Simi che, spesse volte chiamati, non rifiutaron mai l'opera loro efficace di *consultori straordinari*".

L'ospedale di Luco aveva la possibilità di ricoverare in media "ben 433 infermi appartenenti tutti alla sola nostra provincia" ed anche una quota di *paganti in proprio*."

E a proposito de' *paganti in proprio*, ci piace osservare come il loro numero tendente a crescere d'anno in anno, sia manifesta prova del credito che va man mano guadagnan-

do l'Ospedale di Mugello nella pubblica opinione".(8)

A leggere il Ferretti non mancano però le critiche all'ospedale mugellano accusato di "tenere in villeggiatura" i convalescenti con costi più elevati degli ospedali fiorentini.

Accuse che per il direttore sono assolutamente false in quanto la media di permanenza dei malati all'interno della struttura è inferiore a Luco rispetto a S. Maria Nuova e i costi sono assolutamente inferiori rispetto al nosocomio fiorentino. (9)



Senza contare i minori costi di trasporto degli infermi, "i quali, condannati sempre ai pericolosi disagi di un lunghissimo viaggio, giunsero non rare volte a S. Maria Nuova già fatti cadaveri!".

Nella sua relazione sul primo sessennio di funzionamento dell'ospedale del Mugello il Ferretti fa alcune interessanti constatazioni sia in relazione ai ricoverati che ai risultati ottenuti. "1° che le donne vennero sempre accolte in numero inferiore agli uomini; e ciò forse perché più tolleranti de' fisici malori e più attaccate alle loro case, alle loro famiglie, chiedono meno di frequentemente di esserne allontanate; 2° che il maggior numero di entrati si ebbe nel 1873 e nel 1874, e cioè negli anni immediatamente successivi a quelli in cui gli scarsi e cattivi raccolti in Mugello, favorirono lo sviluppo della pellagra in un numero di poveri doppio di quello avutosi nel 1872 e 1875 e nel 1876 che succedettero ad annate di considerevole abbondanza; 3° che le stagioni nelle quali l'affluenza degli infermi fu maggiore nelle nostre sale, furono il principio dell'estate e la primavera (Giugno e maggio) in cui appunto la pellagra suole rendersi manifesta: e che l'inverno ne offrì sempre il minor numero".

Nei sei anni presi in considerazione dalle analisi del Ferretti 1871-76 emerge anche un interessante dato sulla mortalità che è di 15 decessi ogni 100 ricoverati.

Ma quello che interessa di più al Ferretti è il dato sugli affetti da malattie acute dove la mortalità media annuale durante i sei anni è di appena 3 ogni 100 ricoverati "cioè in una proporzione che è forse impossibile riscontrare mai ne' grandi Ospedali delle città nostre e straniere" (idem) In quegli anni una quota consistente di ricoverati era dovuta alle persone affette da pellagra (a cui è dedicata un'altra parte di questo studio) a cui seguivano gli internati per febbre tifoide "fra le *Malattie Costituzionali*, la sola che si possa

dire se non veramente *dominante* almeno molto *frequente* a incontrarsi nel Mugello”.

Secondo quanto riportato dai medici mugellani le piccole epidemie di febbre tifoide erano diffuse un po' in tutto il territorio in particolare nel periodo autunnale e in particolare nei comuni di Borgo San Lorenzo, Vicchio e Dicomano. Secondo il Ferretti concorrevano al diffondersi della malattia in Mugello “il temperamento della maggior parte degli abitanti, le non difficili costipazioni cutanee, il soverchio affaticamento del corpo, i tristi patemi, le acque potabili non sempre abbastanza pure, il difetto della conveniente rannovazione dell'aria che si respira in molte povere case, specialmente del contado, prossime a depositi di ogni sorte d'immondezze, d'onde si alzano i prodotti della decomposizione e della putrescenza” per non parlare della “deficienza di buoni nutrimenti e l'abuso continuato di cattivi”.

Il “virus tifoide” (10) non risparmia in Mugello neppure fanciulli e vecchi ma ad esserne più frequentemente vittime



sono “i giovani di robusta costituzione e di temperamento venoso e le donne nell’epoca della pubertà”.

Il Ferretti sottolinea alcune pratiche popolari che non concorrono alla guarigione dei malati ma rischiano di aggravarla. Le famiglie costringono, ad esempio, il paziente a giacere in una immobilità totale “letteralmente sepolto sotto un ammasso di coltri” in stanze chiuse e senza ricambio d’aria perché la sudorazione dovrebbe favorirne la guarigione.

Come abbiamo già visto è chiaro il legame tra scarsa igiene e diffusione della malattia per cui il Ferretti sottolinea la mancata approvazione da parte dei comuni dei Regolamenti d’igiene “che pur debbono provvedere alla sanità non solo del Capoluogo ma ben anco de’ villaggi, de’ gruppi di case e delle stesse case sparse nella campagna”.

Riferendosi alle precedenti epidemie di tifo e colera che avevano interessato il Mugello nel corso del 1800, il Ferretti afferma che le condizioni igieniche non sono poi mutate di



molto rispetto alle analisi fatte a suo tempo dal Livi sul colera a Barberino nel 1855. "Chi dicesse che...una parte non piccola delle case (di quasi tutto il Mugello) manca del beneficio delle latrine e di serbatoi chiusi per le acque immonde...chi dicesse non esser famiglia, né di poveri solamente, che nel cortile, ne' terreni, ne' pianerottoli, a' lati dell'uscio, sotto le finestre, non abbia il suo deposito di immondizie facilmente alimentate dalla pubblica profusione, chi dicesse gli animali immondi quasi tenuti a vita comune in molte case, direbbe cosa incredibile ma vera...sventuratamente vera!" (Livi citato dal Ferretti).

Ma non sempre alcune malattie sono collegabili alle pessime condizioni igieniche o ambientali, come è il caso della Difteria.

"Nel 1872, 1873 e 1876 vennero accolti nell'ospedale del Mugello pochissimi casi di grave Difteria. Pur nondimeno, specialmente negli anni 1874 e 1875, essa apparve epidemica in quasi tutta la valle. Al qual proposito sembraci degno di osservazione il fatto per cui, ne' detti anni, videsi fra noi infierire ne' luoghi più elevati e più sani. A Borgo San Lorenzo, di cui le condizioni cosmo-telluriche sono forse le men buone della valle, si contarono pochissimi casi quasi tutti di Difteria lieve. A ragione quindi del nostro Studio Storico-clinico-critico sulla Difteria, contradicemmo a coloro che affermano il morbo in discorso più proprio de' paesi molto popolati e umidi, ove l'igiene e la pubblica nettezza sono tenute in poco conto".(11)

Nell'elenco della malattie non mancano riferimenti a quelle nervose, dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, quelle degli "organi del circolo". Curioso il capitolo sulle malattie degli organi sessuali dal quale traspare un certo bigottismo dell'autore e qualche pregiudizio:

"Ponemmo gli eccessi venerei fra le cause predisponenti alle affezioni cardiache e alla tubercolosi polmonare e, ma-

lauguratamente anche fra noi, taluni giungono forse a queste malattie per la via della masturbazione, dell'*Onanismo*" e cita un caso riportato tra le schede dell'ospedale di Luco come "un fatto che non temiamo sentir contraddetto".

Anche l'isterismo in alcuni casi, secondo il Ferretti, proveniva dalle stesse cause "che fra noi qualche volta producono le lente *Metriti, Lencorrea e Amenorrea* ; vogliam dire dalla Venere solitaria e dalle frodi nell'esercizio delle funzioni generatrici. Gli egregi nostri colleghi - scrive il Ferretti - cui le funeste aberrazioni dell'istinto genetico sono certo presenti alla mente, non si astengono dallo indicare a quelle inferme di cosiffatte malattie che per avventura ne abbisognassero, i mezzi che solo possono ridonar loro la floridezza della salute. Il resto, dovrebbero farlo la morale e la religione". (12)

Non trascurabile l'attività chirurgica che viene svolta all'ospedale di Luco di Mugello fin dai primi anni, dove, oltre agli interventi di piccola chirurgia, vengono effettuate operazioni che lo stesso Ferretti definisce di "Alta chirurgia". Nel corso dei sei anni presi in esame (1871-76) sono ben 38 le operazioni per riduzioni di fratture e lussazioni, 11 amputazioni, alcune dovute alla presenza di masse tumorali, 11 asportazioni di tumori di vario genere, 14 interventi avevano riguardato l'apparato genitale maschile o femminile, 13 ernie e fistole, 8 labbra (leporino) e piedi (equini) e infine 11 per gli occhi. Al di là dei numeri e dell'importanza di queste operazioni il Ferretti sottolinea come nell'ospedale del Mugello non si siano verificati a seguito di tali interventi infezioni o altri eventi che invece in altri nosocomi compromettevano la vita dei pazienti operati. "Tale fortunatissimo evento ci rese anzi arditi nel tentare grandi operazioni in soggetti che un'avanzata infezione generale avrebbe reso inoperabili forse in qualunque altro ospedale: e di cinque infermi, con-

dannati irremisibilmente a prossima morte, tre ritornarono salvi alle loro case, avendo gli altri due allungata di qualche mese la vita. E, non solo, a provare la eccezionale salubrità delle nostre infermerie, mancaron sempre le successioni morbose negli operati, ma neppur vi apparve mai la così detta Febbre d'Ospedale, che ognun sa risparmiar pochissimi degli ammalati accolti ne' grandi stabilimenti sanitari."

Insomma un piccolo ospedale capace di offrire un servizio di buona qualità agli abitanti del Mugello già a pochi anni dalla sua fondazione.

Il dott. Ferretti era nato a Scandiano nel 1845 e morirà a soli 40 anni a Venezia nel 1886. (13)



Note:

- 1) Adriano Prosperi - Un volgo disperso, contadini d'Italia nell'800, Einaudi 2019.
Lo stesso Ferretti nella sua relazione sull'attività dell'ospedale di Luco scrive:
"La statistica se non è, come taluni vollero, fondamento principale dell'umano sapere, sarebbe certo validissimo appoggio di molti principii enunciati da quasi tutte le scienze, se troppo spesso non venisse fata con idee preconcepite e col fine manifesto di sostener nuove od erronee individuali opinioni. La statistica *coscienziosa* è la prova de' fatti, d' onde fatti traggono le proprie deduzioni. Se non tenessimo di fare una frase nuova, saremmo tentati di chiamarla: *l'esperienza tradotta in cifre*" (Ferretti - Relazione storico-statistica- clinica p. 31).
- 2) Vedi anche lo scritto "il Medico e Lo stregone" in L. Romagnoli "Mugello, Storia e curiosità" Ed. Radio Mugello 2018. (già in Al Contrario 1980)
- 3) Il Ferretti fornisce anche dati antropometrici piuttosto interessanti sui nostri antenati: "l'altezza dell'uomo adulto non supera fra noi che raramente i 170 centimetri, essendo comunissima quella tra i 162 e i 167. La donna poi ancora più di rado arriva a misurare i 160 centimetri, rimanendo per il solito tra i 156 e i 158", descrive la lunghezza degli arti e ricorda che "le stature gigantesche" sono assai rare il Mugello eccetto Barberino "ove taluni uomini misurano 183 e 187 centimetri e talune donne 168 e 173". "Più facile ad incontrarsi specialmente sulle alture delle parti medie e orientale della valle, sono le piccole corporature, e non pochi adulti, benissimo conformati, trovammo quivi misurar solo dai 150 ai 153 centimetri e talune donne giungere appena ai 137 cm di altezza". Ancora più "colorita" la descrizione di altri caratteri dei mugellani "il colore della loro pelle tende generalmente al *bruno*, sebbene non manchino, massime nella parte più bassa della valle, i visi pallidi, giallicci e maculati, e nelle parti più elevate, le faccie bianche e rosee, soprattutto nelle donne. I loro capelli sono comunemente ruvidi, folti, non molto lunghi e di colore castagno scuro. Spesso però si incontrano individui con capelli affatto bruni, mentre sono piuttosto rari i biondi e rarissimi i rossi. La *calvizie* non è fra essi frequente. I *denti* han generalmente poco sani e poco durevoli, la carie essendo qui comunissima. Gli *occhi*, ordinariamente vivaci e espressivi, hanno piuttosto piccoli, orizzontali, e più o meno scuri a seconda del colore dei capelli. Eccezionalmente si incontrano soggetti di cui le *infermità apparenti* destino ribrezzo. I *gibbosi*, *gli storpi*, per antiche o congenite infermità, non sono in gran numero, rarissimi i nati *ciechi*, *i sordomuti*, *i cretini*, in numero straordinariamente grande sono gli *erniosi*, e negli stessi neonati l'ernia ombelicale è frequentissima."
- 4) Su questo argomento si può consultare anche "La medicina popolare nel Mugello dell'Ottocento: tra scientificità e superstizione" di Esther Diana in "Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo" Polistampa 2004.
Per guarire le malattie, specialmente delle donne, scrive il Ferretti "si ricorre, frequenti volte alla limatura d'ogni sorta di metalli caduta sul banco d'un fabbro-ferraio, e neppur ricorderemo i devoti pellegrinaggi, le pie of-

ferre, i divini uffizi, i voti solenni, le implorate benedizioni, le miracolose cinture, i sacri scapolari, ecc., che fra noi pure come forse per tutto, hanno la sognata virtù di guarir ogni male!”

5) **TOPOGRAFIA MEDICA del Comune di Terra Del Sole e Castrocaro (1873).**

6) Nella Topografia il Ferretti cita varie volte gli scritti di Don Luigi Ferretti in particolare quelli sull’insegnamento, sulle classi miste (che venivano viste in modo negativo). Il Ferretti condivide soprattutto la proposta di creare nel comune una “scuola di arti e mestieri” che “toglierebbe di mezzo la piaga dell’ozio che è padre della miseria, del vagabondaggio e d’ogni vizio” (Fratini)

7) Nei suoi studi il Ferretti si avvale anche dei contributi e dei suggerimenti di medici che operano da anni sul territorio del Mugello. Nella relazione sull’attività dell’ospedale di Luco ringrazia “specialmente i dottori Antonio Lanini e Francesco Poggini, esercenti l’uno per quasi trent’anni a Borgo San Lorenzo, l’altro da oltre venti anni a San Piero a Sieve”.

8) Topografia del comune di Borgo San Lorenzo p. 35

9) Considerando il minor numero di giorni di degenza fra Luco e S. Maria Nuova il Ferretti sostiene che nel solo 1873 se i comuni mugellani avessero inviato a Luco gli infermi inviati a Firenze avrebbero risparmiato la bellezza di 4.067,51 lire. Comunque anche sul triennio 1873-75 il risparmio sarebbe stato di 1.334, 67 lire ogni anno. “Quanto a Firenzuola il suo risparmio avrebbe, nel detto triennio, toccato in media ogni anno la cospicua cifra di 632,52 lire!”.

10) La febbre tifoide, conosciuta anche come febbre enterica o tifo addominale, è causata dal batterio Salmonella enterica sierovariante typhi (Salmonella Typhi). L’uomo è l’unico vettore della malattia che, se non trattata, ha un tasso di mortalità superiore al 10%. Durante l’infezione i soggetti affetti da febbre tifoide trasportano i batteri nel sangue e nell’intestino. La maggior parte dei pazienti è contagiosa fino alla fine della prima settimana di convalescenza, ma il 10% degli individui non trattati disperde i batteri fino a tre mesi dopo la guarigione. Il 2-5% delle persone non trattate può anche diventare portatore cronico della malattia continuando a disperdere batteri. Dall’intestino e dal sangue i batteri passano poi nelle feci e nelle urine delle persone infette, permettendo la trasmissione dell’infezione ad altri individui. La trasmissione può avvenire per via diretta attraverso le feci o, più frequentemente, per via indiretta, tramite l’ingestione di cibi o bevande maneggiate da persone infette o tramite la contaminazione, attraverso gli scarichi fognari, dell’acqua usata per bere o per lavare il cibo.

La febbre tifoide è più diffusa nelle aree a maggior degrado ambientale, dove le condizioni igieniche sono scarse. Anche i fondali marini possono essere contaminati dalle fogne e di conseguenza i molluschi e i crostacei mangiati crudi sono un’importante fonte di contagio. In scarse condizioni igieniche anche il latte può essere facilmente contaminato. Le mosche possono contaminare gli alimenti che poi a loro volta contaminano l’uomo.

In caso di epidemie una frequente fonte di contagio è rappresentata dalle

sorgenti d'acqua contaminate. (Istituto superiore di sanità).

- 11) Il dott. Ferretti aveva pubblicato nel 1875 sul Raccoglitore Medico del mese di agosto (edito a Forlì) un articolo dal titolo "Difteria. Studio storico-clinico-critico".

La difterite è una malattia infettiva acuta provocata dal batterio *Corynebacterium diphtheriae*. Una volta entrato nel nostro organismo, questo agente infettivo rilascia una tossina che può danneggiare, o addirittura distruggere, organi e tessuti. Gli organi coinvolti variano a seconda del tipo di batterio: il più diffuso colpisce la gola, il naso e talvolta le tonsille, mentre un altro tipo, presente soprattutto nelle zone tropicali, provoca ulcere della pelle. Più raramente, l'infezione coinvolge la vagina o la congiuntiva.

Per quanto possa colpire a qualsiasi età, la difterite riguarda essenzialmente i bambini non vaccinati. Nei Paesi con clima temperato, si diffonde durante i mesi invernali. (Istituto superiore di sanità).

- 12) La venere solitaria è il termine usato per definire la masturbazione femminile. Manca all'appello solo la perdita della vista!!
- 13) Il 28 febbraio cessava di vivere a Venezia il dott. Gisberto Ferretti. Aveva solo 40 anni, e già, col suo pronto ingegno e con diverse pubblicazioni, che in gran parte videro la luce nel Raccoglitore Medico, era giunto a formarsi una posizione distintissima. Chiamato a dirigere l'Ufficio Municipale d'Igiene di Venezia, egli vi si dedicò con pieno amore e riuscì a trarlo dalle fascie e a metterlo sulla buona via. Dei suoi studi igienici anche il nostro Giornale ebbe a occuparsi non infrequentemente. Il lavoro più caratteristico del Ferretti è la Topografia statistico medica a Castrocaro. (Il Giornale della Società Italiana d'Igiene 1886 a. VIII n. 3-4 p.339)

GISBERTO FERRETTI
E LA PELLAGRA IN MUGELLO

Il dibattito sulle cause

Il dott. Gisberto Ferretti durante la sua attività di medico e direttore sanitario si è occupato diffusamente della Pellagra riportando dati molto interessanti sulla diffusione di questa malattia tra i contadini e braccianti ovvero la parte più povera della popolazione. Il Ferretti pubblicò anche un volume dedicato espressamente alla Pellagra dove analizzava il diffondersi del male e indicava alcune possibili soluzioni. Il dibattito intorno alla diffusione della pellagra nella campagne del nord e centro Italia fu piuttosto acceso nella seconda metà del XIX secolo con due schieramenti contrapposti che facevano riferimento da un lato a Cesare Lombroso e dall'altro ad alcuni medici come Achille Sacchi o il Bonfigli. (1)

Il padre della "fisiognomica" individuava la causa del male nel formarsi di muffe sul mais mal conservato mentre molti medici consideravano la pellagra una conseguenza di una cattiva alimentazione che aveva nel mais il quasi unico fondamento.

Tutti concordavano con il fatto che il mais fosse una causa del manifestarsi della pellagra, anche perché una simile patologia non era stata registrata in Italia prima della diffusione della coltivazione del granturco avvenuta tra fine 700 e inizio 800.

"Quando i proprietari terrieri avvertono la possibilità

che le poche spighe di mais già da decenni coltivate dai contadini negli orti possono aprire nel ciclo produttivo poderale nuove opportunità, il granturco entra di prepotenza, a partire dagli inizi dell'800, nella normale rotazione agraria e nella ripartizione dei prodotti prevista dai contratti colonici mezzadrili (M. Landi - Giotto 5, 1995).

Per avere certezze sull'eziologia della pellagra bisognerà attendere il 1914 e gli studi del dott. Funk all'istituto Pasteur di Parigi dove dimostrò che la pellagra era dovuta a carenze vitaminiche causate nell'organismo da un'alimentazione di solo granturco.(idem) (2)

I due filoni di pensiero che allora di confrontavano anche vivacemente erano definiti uno "carenzialista" e l'altro "tossicozeista", nel primo caso la causa della pellagra era dovuta alla mancanza di sostanze indispensabili all'organismo umano conseguenza di un'alimentazione di sola polenta, mentre nel secondo caso il male era causato da sostanze tossiche contenute nel mais mal coltivato e mal conservato.

Come ha notato giustamente Marcello Landi le conseguenze delle due ipotesi non erano "neutre":

"Nella prima teoria era implicito che i rimedi stavano essenzialmente nei miglioramenti dell'alimentazione dei poveri, con tutto quel che a ciò stava a monte: contratti colonici più favorevoli ai contadini, migliori salari, meno disoccupazione ecc. Nella seconda era implicita quasi una colpa degli



ammalati, in quanto avevano “scelto” di mangiare granturco guasto, o non avevano saputo ben coltivarlo e conservarlo, o non avevano seguito raccomandatissime istruzioni per la torrefazione (in forno per uccidere le muffe “tossiche”) e per una buona cottura” (M. Landi – la pellagra in Mugello alla fine dell’800).

Il prestigio, immeritato, di Cesare Lombroso fece prevalere la tesi “tossicozeista” ritardando l’attuazione di interventi che avrebbero potuto limitare la diffusione del “mal della rosa”. (3)

Anche Gisberto Ferretti era convinto che la pellagra fosse dovuta “esclusivamente all’uso alimentare, anche temporaneo, del granturco AMMORBATO”, ma grazie alla sua lunga esperienza clinica non mancava di sottolineare come un’alimentazione variata, e con l’apporto di carne, comportasse un miglioramento delle condizioni di salute dei malati e anche la loro guarigione. (4)

Soprattutto nei malati al primo stadio un’adeguata alimentazione somministrata in ospedale permetteva di far ritornare a casa il pellagroso nell’arco di un mese. “Nullameno, i preparati marziali e arsenicali, la china e i bagni solfati, furono ordinariamente usati per affrettare la guarigione dalla malattia, la quale ci piacque qualche volta ottenere, come ottenemmo, senza l’aggiunta di alcuno di questi ultimi mezzi terapeutici” (Ferretti).

Inoltre il Ferretti ricorda che secondo recenti analisi chimiche “lo *zea mais* difetta di glutine, che, oltre all’essere l’unica sostanza atta alla panificazione, è pure la meglio accocchia a riparare le perdite ingenti dell’umano organismo”, di suo quindi già insufficiente ad una normale alimentazione, “diviene quasi manchevole di proprietà nutritive per effetto del *verderame*, parassita che invade il granturco anche ben custodito e, che, lasciando intatta la parte corticale del seme, vive nella sua farina”.

D'altra parte sempre il Ferretti ricorda che, ad esempio, i mendicanti non erano colpiti dalla pellagra pur essendo poverissimi perché si alimentavano con ciò che trovavano e comunque in modo vario. (5)

La permanenza del Ferretti in Mugello è stata determinante per i suoi studi essendo questa la zona della Toscana dove la pellagra era più diffusa (insieme a parte della lucchesia).



La diffusione della pellagra in Mugello

“Forse i primi casi apparsi in Toscana dovean essere riconosciuti nell’Arcispedale di Firenze come provenienti dal Mugello nel 1818, cioè dopo che il granturco era qui divenuto uno dei nostri principalissimi prodotti” (G. Ferretti - relazione statistica sull’ospedale del Mugello, 1877). (6)

Negli anni presi in esame dal Ferretti dal 1872 al 1876 i pellagrosi rappresentano 1/3 dei ricoverati presso l'ospedale di Luco di Mugello e "se vorremo osservare solamente agli infermi di *Malattie Costituzionali*, vedremo, certo non senza meraviglia, i medesimi pellagrosi entravi per ben sessanta su cento". Insomma la Pellagra è la malattia dominante in Mugello ed è una patologia che colpisce le famiglie dei contadini e braccianti più poveri, "la malattia di chi, per la miseria, era costretto a nutrirsi per lunghi periodi soltanto di polenta." (Landi)

Per braccianti e contadini non era possibile "un regime alimentare alternativo rispetto a quello basato sul *monofagismo maidico*, causa scatenante l'enorme diffusione della malattia, per cui quello con la pellagra era per loro un abbraccio inevitabile" (Saverio Luzzi - ambiente e salute).

Era facile ammalarsi della cosiddetta "malattia delle tre D" (dermatite, diarrea, delirio), "malattia contadina, della fame e delle condizioni di lavoro e di vita" (Prosperi). (7)

Significativa la descrizione del contadino povero fatta dal giornale "il Pellagroso", anche se riferita ad un altro territorio, in un articolo intitolato La Polenta:

"il contadino raccoglie il frumento per gli altri, l'uva ed i bozzoli li divide col proprietario e coll'affittuario, ma il maiz è tutto suo...L'apice della contentezza è l'averne un bel mucchio di maiz da contemplare nella camera da letto che gli serve da granaio.

Guardate l'immenso addome dei ragazzi, e la fibra floscia di chi non può mescolare carne o latticini alla molta polenta, guardate i danni di quella malattia prodotta da questo cibo troppo abusato, la pellagra". (L.Fornari)

Per il Ferretti la pellagra era causa anche di altre patologie come quelle del cuore: "dal canto nostro siamo fortemente tentati a credere che taluni almeno di que' vizi valvolari di cuore che, fra noi, riscontrasi in individui che già

furono lungamente o sono affetti da pellagra, debbansi probabilmente ad una speciale *endocardite* cui potrebbesi dare il nome di *pellagrosa*" (Ferretti).

Per il Ferretti la diffusione della malattia procedeva per tre stadi ognuno dei quali suddiviso in due periodi (nel primo) e due forme (nel secondo e terzo).

Nel primo si ha la manifestazione e la conferma della malattia, nel secondo un deperimento generale dell'organismo (cachessia) e poi infine disordini del sistema nervoso fino alla follia.

Al terzo stadio si verifica la *cachessia pellagrosa* con alterazione organiche e intestinali e "manifesta diviene la deficienza di azione nerveo-muscolare e vascolare, rappresentata dalla totale prostrazione, dall'annientamento delle forze vitali, e da un'emaciazione giunta al più completo marasmo" (Topografia - Ferretti). Nella seconda forma del terzo stadio il Ferretti parla di "pellagra senza pellagra" dove diminuiscono le diarree e solamente "il loro sistema nervoso rimane fortemente impressionato, la loro intelligenza si fa tarda e la motilità molto imperfetta". (idem)

Secondo la sua esperienza medica bastano due o tre anni "per portare un individuo dalla pellagra iniziata alla cachessia pellagrosa e alla morte, pur avendosi remissione di presso che tutti i fenomeni del morbo nella stagione invernale".

Nonostante l'adesione del Ferretti al filone lombrosiano sulle cause della pellagra come abbiamo visto il direttore dell'ospedale di Luco era perfettamente cosciente che una migliore alimentazione era la cura più efficace per coloro che ne erano affetti.

Questo lo spingeva oltre le sue competenze mediche a invitare pubbliche autorità e proprietari terrieri a rivedere contratti e salari di contadini e braccianti. (8)

"Noi crediamo che se dagli interessati al pubblico bene

si riflettesse almeno al danno immenso che risente l'agricoltura dalla mancanza di così gran numero di lavoratori, precisamente nella stagione in cui l'opera loro è più che mai necessaria e proficua, ed allo straordinario dispendio per spedalità cui sono forzati i nostri comuni e quindi tutti i contribuenti, non resterebbero più a lungo intentati i mezzi acconci a riparare a tanta jattura". A questa considerazione il Ferretti fa seguire anche un calcolo economico del danno che questa situazione crea all'economia locale in mancate giornate di lavoro e maggiori spese pubbliche per diverse migliaia di lire considerando solo i pellagrosi ricoverati nell'ospedale del Mugello e in quelli fiorentini.



“Che se ai pellagrosi ricoverati negli Ospedali si dovessero aggiungere quelli che, nel medesimo quinquennio, vissero incurati e inoperosi nelle povere loro case, vedremo senza dubbio più che duplicarsi questa già enorme cifra, sebbene sempre molto al di sotto del vero!”.

Anche trascurando l’aspetto umanitario, “che pur tanto dovrebbe prevalere”, esiste anche un problema economico rilevante e non bastano le generose donazione anche per la nascita del nuovo Ospedale del Mugello a risolvere il problema. L’ospedale può curare ma non prevenire ricorda il Ferretti che polemicamente sottolinea che “è santa cosa che la carità pubblica e privata abbia provveduti specialmente i pellagrosi del Mugello di un ricovero nel quale risanare in breve tempo o morire in pace, pietosamente e largamente assistiti: ma assai meglio sarebbe che scomparisse affatto dall’amena vallata, o che almeno si riducesse il loro numero a minime porzioni”.

Come incipit del suo libro sulla pellagra pubblicato a Modena nel 1880 il Ferretti riporta questa frase. “Se la Pellagra (ci diceva or non è molto un povero pellagroso ricoverato all’ospedale del Mugello) pigliasse anche i *signori* sparirebbe in breve dal mondo” (9) (..) e se grave è l’accusa, neppure apparirà totalmente immeritata”.

La pellagra, l’ambiente e l’alimentazione

Il ragionamento del Ferretti era a 360 gradi perché teneva conto anche delle caratteristiche ambientali dei luoghi parlava dei disboscamenti, dell’assetto idrogeologico, si occupava di coltivazioni e allevamento dando indicazioni puntuali per migliorare una situazione non certo favorevole alle classi meno agiate.

“Ma non è certo scusabile il delirio di sùbiti guadagni

che distrusse in brevissimo tempo le superbe foreste di abeti e di faggi anticamente esistenti sulle vette del nostro Appennino, e le grandi selve di castagni che, non sono ancora molt'anni, coprivano tutta la zona inferiore de' nostri monti, nella quale ora crescono a stento pallidi e rari steli di un tisco granturco!". Per Ferretti bisognava tornare a coltivare altri cereali che avrebbero dato maggior profitto come segale, avena, orzo, grano saraceno e anche il miglio. Quest'ultima coltivazione era "estesissima nel secolo scorso in tutto il Mugello., il minuto e delicato cereale che qui allora convertivasi in buon pane e in eccellenti minestre,



cedè il posto, sul principiare di questo secolo, al formen-
tone, con quel vantaggio della pubblica salute che ognuno
può rilevare dalla statistica de' pellagrosi che ora popola-
no questa bella e fertile regione d'Italia". La descrizione del
Ferretti ci consegna un quadro dell'agricoltura mugellana
che contrasta fortemente con i toni elegiaci, per esempio, di
padre Lino Chini nella sua Storia del Mugello (10) e sotto-
lineano alcune arretratezze che verranno superate solo tra
fine 800 e inizio 900.



Per Ferretti c'era una certa arretratezza anche nell'allevamento del bestiame, "che pure forma una delle maggiori nostre rendite", sia bovino che ovino, va un po' meglio con i suini ma "l'allevamento delle api è assai limitata fra noi, e quello *razionale*, introdotto dal nostro D. Giotto Ulivi, non ha fatto molto buona prova".

"Per quello che spetta alle *carni*, noi ci dimadiamo: Come mai, fra le popolazioni agricole del nostro comune, ne è tanto limitato l'uso alimentare?". Se la

cosa è comprensibile per quanto riguarda le carni bovine che "pel loro prezzo, non sono e non possono essere per la portata delle borse di braccianti e contadini", il Ferretti non comprende la contrarietà "all'uso alimentare delle carni di montone, di castrato, di pecora e di capra, che non ha davvero la plausibile ragione che in qualche modo la giustifichi!". Carni che invece sono di largo consumo in molti paesi

europei. Se nelle campagne era abbastanza diffuso l'allevamento di polli, era invece del tutto assente l'allevamento di conigli. Per i mugellani di allora "il conigliolo" assomigliava troppo al gatto e quindi non era accettato neanche nelle mense dei poveri. Anche se il gatto entrava spesso come "sostituto" in piatti serviti anche nelle trattorie (a cui li portavano i cacciatori) dove diventava una gustosa fricasea di agnello.

"Tutte le famiglie di contadini dovrebbero, adunque, accanto al pollajo, che troppo raramente somministra prodotti al loro povero desco, aver sempre un luogo adatto all'allevamento di una quantità di conigli della razza migliore, almeno bastevole a provveder loro *gratuitamente*, in ogni stagione e per più giorni la settimana, un vitto carneo sostanzioso, aggradevole e salutare."

Seguendo queste indicazioni ci fu chi in Mugello tentò anche l'allevamento dei conigli come il Marchese Lavaggi alla fattoria il Poggiolo presso Gricignano, "malauguratamente però, non potendo egli venderne le carni (che sebbene a 75 centesimi il chilogrammo, non trovavano compratori in un paese che campa di polenta!) fu costretto ad abbandonare in breve la generosa intrapresa; sicché nel 1878, non era nel comune di Borgo San Lorenzo, e forse in Mugello, che l'abate Luigi Fratini di san Giovanni Maggiore, il quale, in piccole proporzioni, curasse l'allevamento razionale di alcune ottime qualità di conigli" (Ferretti).

Ma in Mugello c'era grande avversione e ripugnanza anche per le carni di cavallo, asino o mulo che invece, secondo il Ferretti, avevano eccellenti qualità organolettiche. "Si autorizzi adunque fra noi la vendita pubblica delle carni degli equini, per qualsiasi ragione inetti al lavoro, o morti, per esempio, di asfissia, di apoplezia e di qualunque malattia lieve e benigna, od uccisi perché epilettici, paralizzati, feriti, fratturati, storpiati, ecc; e i nostri filantropi combatta-

no il volgare pregiudizio che non ne permette ora l'uso alimentare, dimostrando coll'esempio com'esse non siano tali da doversi lasciar soltanto al basso popolo, ma ben anco da accogliersi fra i più delicati cibi delle classi più privilegiate da fortuna". (idem).

Il Ferretti non si pone limiti pur di fornire un'adeguata alimentazione di proteine animali e chiede che venga introdotto l'uso di nutrirsi di "qualunque sorta di carni, non esclusa (oso dirlo!) quella de' cani, che, separata dal suo graveolente grasso volatile, potrebbe trasformarsi fra noi, come a Lucerna, in eccellenti salicce e pasticci" e lo stesso dicasi del sangue dei bovini e ovini che nei macelli viene disperso e invece "dovrebbe servire, come a Wurtemberg e in Svezia, alla sana alimentazione de' popoli".



Chi pensava che certi tabù alimentari fossero radicati da secoli in Europa si sbagliava di grosso e sono invece frutto di scelte culturali che si sono imposte nel XX secolo.

Se si passa al bere la situazione non migliora per le classi popolari dove solo i contadini più agiati bevono un quartino di vino la domenica e per le feste. Mentre i braccianti bevono “*acquerello*, cioè l’acqua passata sulle vinacce dopo che ne è stato tolto il vino allo strettoio”.

“Il vino che bevono i contadini, puzza spesso di muffa, perché conservato in botti che furono mal tenute e mal preparate; e, in alcune annate, anche le buone cantine e i buoni vasi non bastano a preservare i nostri vini dalla fermentazione acida o da quella putrida, più specialmente perché i metodi qui usati nella sua fabbricazione non sono certamente i migliori”. Insomma il vino non era buono per vari motivi ma anche perché non lo si sapeva lavorare e allora fiorivano le adulterazioni, alcune innocue con cocciniglia, mirtillo, zucchero o alcol ma ce n’erano alcune “assolutamente venefiche od almeno assai pericolose come l’acetato di piombo, l’allume, ecc”.

Non esisteva un sistema diffuso di controlli e il comune ancora non aveva pubblicato il proprio regolamento d’igiene la cui severa applicazione veniva auspicata dal Ferretti “non soltanto per impedire lo smercio de’ vini adulterati, ma quello ancora de’ cereali avariati (del granturco specialmente), del pane cattivo, delle carni sospette o corrotte, del pesce putrefatto, delle frutta immature o fracide, ecc, al fine di evitare il grave danno che ne potrebbe provenire e certamente ne proviene alla salute degli abitanti del nostro Comune, che pur pagano quasi ogni sorta di alimenti (forse in causa della tassa di dazio consumo troppo elevata) allo stesso prezzo che a Firenze, ove ora, relativamente alle altre città d’Italia, costa tanto cara la vita!”. (p.56)

La scarsità alimentare è anche la conseguenza del diffusione del gioco d'azzardo:

“Il popolo del nostro Comune - scrive il Ferretti- è molto proclive ai giuochi, specialmente delle carte. Preferisce quelli d'azzardo (la toppa); e non è, purtroppo, raro il caso che padri di famiglia perdano nella domenica e nella notte susseguente tutto il guadagno della settimana e più, senza pensare un momento alla moglie e ai figli che non hanno che polenta!”. (11)

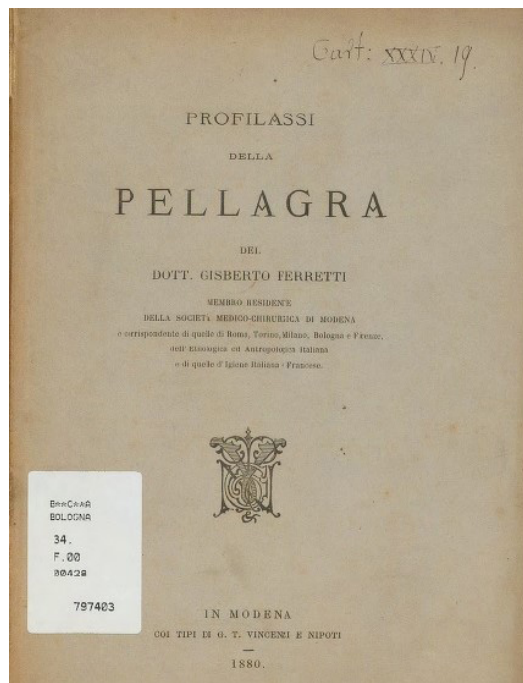
La diffusione della pellagra comincerà a diminuire in tutto il territorio del Mugello verso la fine del secolo XIX come dimostrano anche le statistiche dell'Ospedale di Luco. Nella sua pubblicazione dedicata all'attività dell'Ospedale del Mugello fino al 1914 il dott. Barchielli, che ne era diventato direttore, analizzando tutte le cause di ricovero e di morte dedica un ampio spazio alla pellagra che nei primi 10/12 anni di attività dell'ospedale aveva rappresentato la prima causa di ricovero e riporta tutte le varie teorie sulle cause della malattia sposando in modo molto empirico quella della carenze vitaminiche e alimentari. La Pellagra era la malattia della miseria e per il Barchielli la sua progressiva scomparsa era chiaramente dovuta ad un miglioramento dell'alimentazione e delle condizioni economiche di contadini e braccianti e “segna anche il grande progresso economico conseguito dal Mugello”. (12)

Mancava comunque un'organizzazione che permettesse a contadini di portare avanti le loro rivendicazioni sindacali nei confronti dei proprietari terrieri per la quale dovremmo attendere l'inizio del XX secolo, mentre già il Ferretti nella sua topografia elogiava la nascita della Società di Mutuo Soccorso a Borgo san Lorenzo che era composta essenzialmente “di operai, di capi di negozio o d'industria, di coloni e d'artigiani dell'età dai 16 ai 40 anni ”che aveva lo scopo di favorire” la fratellanza e il mutuo soccorso de-

gli operai fra loro(...) favorire l'istruzione, la moralità, il benessere, affinché possano cooperare efficacemente al bene pubblico". La Società aiutava i soci che si ammalavano con un sussidio giornaliero (una lire se uomo 0,70 se donna) ma precisava che non avrebbero avuto diritto al soccorso "i soci affetti da malattia proveniente dall'abuso del vino e dei liquori spiritosi e dal malcostume".

Sono lontani dal modo di pensare del Ferretti i nascenti ideali del socialismo che si stavano diffondendo nelle campagne del nord e della val padana, ma nel suo testo sulla pellagra non si esime dal richiamare i filantropi al loro compito di aiutare chi soffre per la malattia, per "ajutarli a scuotere il giogo della miseria" che li obbliga a nutrirsi di granturco "avariato".

"Adoperatevi (...) a rendere (...) men gravosi a' contadini i così detti *contratti colonici*, e meno scarsi i compensi



all'opera de' poveri giornalieri e de' braccianti campagnuoli. Sopprimete i grandi affitti dividendo a mezzeria i grandi possedimenti fra molte famiglie coloniche, e moltiplicate i Comizi agrari che contribuiscono al miglioramento dell'igiene e dell'economia agricola, destinando premi a favore de' coloni che li meritassero per allevare bene il bestiame, per la polizia delle case e delle stalle e per la coltura de' fondi loro affidati".

Un atteggiamento che oggi si può definire paternalistico ma comunque attento alla qualità della vita anche delle persone più umili e in difesa del "disconosciuto diritto all'esistenza!". Per combattere la malattia bisognava innanzitutto combattere la miseria.

"La vera terapia della Pellagra fu certamente "sociale" nel senso che furono i miglioramenti delle condizioni economiche delle plebi contadine, realizzate nell'ultima parte del secolo decimo nono, grazie all'azione combinata delle prime lotte organizzate nelle campagne e dell'emigrazione sempre più massiccia da quelle stesse campagne, che determinò al volgere del secolo l'indubbio attenuarsi e poi il declino del fenomeno patologico". (13)



Note:

- 1) L'attenzione alla diffusione della Pellagra era stata al centro anche di pubblicazioni e memorie di alcuni medici toscani tra cui il sanpiero Pietro Cipriani che nell'agosto del 1853 all'Accademia dei Georgofili lesse una relazione dal titolo "Indagine sulle cause vevolevoli a produrre la pellagra e sui provvedimenti atti a modificarle e estirparle".

Un contributo importante venne in questo campo dagli studi di Carlo Morelli, medico fiorentino, che nel 1855 pubblicò il volume "La pellagra nei suoi rapporti medici e sociali" e che per gran parte della sua vita si dedicò ad approfondire i "morbi cronici della pelle" a cui dedicò un'opera di oltre 1000 pagine pubblicata nel 1872. Morelli ebbe anche scambi epistolari con medici condotti del Mugello dopo la pubblicazione dei suoi studi." Morelli mostra scetticismo nei confronti delle teorie "zeiste" e "tossicozeiste", basando le proprie convinzioni sull'esistenza della pellagra *sine mais*. In tal modo perde di vista la stella polare dell'alimento colpevole della malattia e quindi si trova nella difficoltà di far quadrare il complesso puzzle di fatti, supposizioni, analogie, conoscenze acquisite che già gravava al suo tempo su questa malattia"(Carlo Morelli e la pellagra in Toscana).

Come altri studiosi dopo di lui e come sosterrà lo stesso Ferretti anche il Morelli indica la soluzione nel miglioramento delle condizioni di vita di braccianti e contadini." La storia sommaria delle cagioni più costantemente operative sull'organismo dei coloni che cadono nella pellagra, ci porta a ritenere che la medesima nasce dalla disarmonica correlazione fra l'efficacia degli atti organici distruttivi così per l'influenza propria del clima, come per un disagiato e incessante lavoro, e gli atti riparativi per i quali cioè manca il peso giornalmente necessario delle sostanze azotate.

Tutta la profilassi della pellagra si riassume perciò nel proponimento di dare alla vita dei coloni tali condizioni per le quali o non si verifichi questo disordine, ovvero appena verificatosi venga distrutto"(Morelli). Insomma era indispensabile combattere "la miseria integrale" di questi lavoratori. "Nessuna terapia farmacologica, ma l'unica terapia "sociale" possibile, quella del miglioramento delle condizioni di vita dei contadini, era questa la soluzione del problema che Morelli postulava "

(Baldasseroni-Carnevale - Carlo Morelli e la pellagra in Toscana).

- 2) Fu Joseph Goldberger nel 1914 a scoprire la causa effettuando degli esperimenti sul campo tra la popolazione afroamericana negli Stati Uniti meridionali, ma non trovò l'elemento carente nel mais. Nel 1937, Conrad Arnold Elvehjem e i suoi colleghi dell'Università del Wisconsin-Madison riuscirono a dimostrare che l'acido nicotinico, isolato per la prima volta nel 1912 da Kazimierz Funk scambiandolo però con un'altra sostanza, aveva la proprietà di guarire una malattia dei cani nota per la sua sintomatologia come "black tongue" (Lingua Nera), nota da tempo per essere equivalente alla pellagra umana. Subito dopo la pubblicazione dell'articolo vennero riferiti anche i primi successi nel trattamento della pellagra umana attraverso la

somministrazione dell'amide dell'acido nicotinico, chiamato perciò anche "fattore PP" (*Pellagra Preventing*). (Wikipedia)

- 3) "Ebbe infine la meglio, fu abbracciata dai medici più autorevoli e sin dal 1884 riconosciuta dal ministro dell'agricoltura Grimaldi e dal Consiglio d'agricoltura, che ad essa improntarono un piano d'intervento statale che prevedeva la proibizione dello smercio di mais guasto, l'introduzione di pubblici essiccatoi e forni per la panificazione, prescrizioni inerenti la salubrità delle case coloniche e l'istituzione di locande sanitarie che distribuissero ai contadini pasti a prezzo modico"(A. De Bernardi p. 170-183 citato da Costanza Bertolotti - *La Pellagra*, bibliografia degli studi 1776 -2005 - Mantova 2009) "Lombroso prescrisse contro la pellagra rimedi puramente chimici e farmacologici, quali ad esempio la somministrazione ai malati di acido arsenioso, mentre i "carenzialisti" preferirono rivolgersi ai governanti raccomandando loro l'adozione di radicali riforme in campo sociale ed economico, così da alleviare le condizioni di vita e migliorare il regime alimentare degli strati inferiori della popolazione rurale presso i quali, in special modo, questo morbo si era venuto a diffondere come un "contagio endemico".(G.Barozzi - introduzione a "La pellagra biografia degli studi).
- 4) "la Pellagra al primo stadio(...) può cessare di riprodursi in primavera o guarire del tutto, pel solo fatto della migliorata alimentazione"(Ferretti p.50) Nell'Ospedale di Mugello fu sempre praticata la cura restaurante e l'alimentazione carnea, il vino generoso, il pane di ottimo grano ecc avrebbero sempre bastato a ritornar risanato alla propria casa ciascun pellagroso al primo stadio, in poco più di un mese di tempo "(p.52).
- 5) "anche qui gli stessi mendicanti che la fame tormenta e la sozzura propria e degli umidi abituri abbrutisce ed ammorba, sono d'ordinario risparmiati dalla Pellagra, la carità pubblica fornendo loro uno scarso ma sempre variato nutrimento"(Ferretti, cit p.46).
Sull'accattonaggio Don Fratini, amico del Ferretti, formula parole durissime usando il termine piaga riferita a Borgo san lorenzo dove "il mendicare non è qui ritenuto punto vergognoso, e si adatta come sorgente di guadagno nella stessa maniera che altrove si esercita un mestiere(..) Che poi l'accattonaggio sia proprio ridotto a sistema, si prova anche da questo che vi sono perfino de' mestieranti i quali hanno bottega aperta e che non disdegnano di andare di quando in quando a fare un giro! Questi accattoni, squallidi e ributtanti nei giorni di lavoro, son ben vestiti per le feste, e riempiono le osterie e, a suo tempo, il teatro!"
- 6) Un primo saggio di ricerche sulla Pellagra del dott. Vincenzo Chiarugi venne pubblicato a Firenze nel 1814. Lo stesso Chiarugi lesse una memoria il 1 giugno 1814 presso la Regia Società Economica fiorentina nella quale dice: "è col massimo mio dolore, ch'io debbo annunciarvi, o Signori, la spaventevol comparsa in Toscana della terribile malattia comunemente detta Pellagra, la quale principalmente serpeggia nella Val di Mugello, e specialmente nella Parrocchia di S. Giovanni Maggiore, e di Borgo san Lorenzo". (citato in " Carlo Morelli e la pellagra in Toscana " di Baldasseroni e Carnevale nel volume collettivo a cura dello stesso Francesco Carnevale di Esther

Diana su "Carlo Morelli, un riformatore nell'Italia dell'800".
(Polistampa 2017).

- 7) Secondo gli studi di De Bernardi su denutrizione e pellagra nelle campagne italiane fra 800 e 900, buona parte dei pellagrosi, causa le caratteristiche della malattia e l'incapacità della scienza di individuarne le cause scatenanti, venivano ricoverati nei manicomi, dove le loro condizioni non potevano che peggiorare (Luzzi). De Bernardi sottolinea che nel periodo 1865 -1879 la metà dei ricoverati nel manicomio di Brescia non fosse affetta da turbe psichiche, bensì da pellagra. Il prof. Paolo Funaioli sovrintendente del San Niccolò di Siena parlava di "follia da fame". "mentre la pellagra ha affollato i manicomi dal 1870 fino agli inizi del Novecento, l'alcolismo cominciò a essere presente verso la fine dell'Ottocento per affermarsi poi nel secolo successivo. È come se si realizzasse una continuità fra le due categorie: nel momento in cui declinano i ricoveri dei primi (pellagrosi) prendono consistenza le presenze degli altri (alcolisti).
In entrambi i casi si verificano effetti devastanti sulle vite delle persone ricoverate e sui loro famigliari, oltre a essere in relazione col tipo di alimentazione degli strati sociali più poveri." (Luciano Fornari - la vita degli esclusi)
- 8) Negli stessi anni il Comizio agrario di Bozzolo (Mantova) scriveva: "contro la pellagra il grido che si leva prepotente è il miglioramento delle condizioni agronomiche e dei rapporti fra padroni e lavoratori, *rapporti che peggiori non potrebbero essere*. A sentire certi proprietari, 15 ore di lavoro sono poche, ma viceversa è sempre sufficiente, secondo loro, qualunque meschina quantità di cibo. Sempre opportuna qualunque più triste abitazione, sempre abbondante la mercede" (La boje - 1962).
- 9) nell'incipit del libro il riferimento al Mugello non c'è ma l'autore riporta l'identica citazione anche in un articolo sulla rivista Il Pananti sempre del 1880 in cui il riferimento all'ospedale del Mugello è invece esplicito.
- 10) "L'agricoltore mugellano coltiva con amore e con sicure regole il suolo dove abita, il quale può stare a paro delle più fertili e prospere regioni d'Italia, sì per le sue squisite proprietà, sì per i suoi abbondevoli raccolti. Infatti se poniam mente a' suoi piani, alle sue colline non avvi produzione che non provi e non attecchisca. Imperocché oltre i grani, i formentoni e altri cereali che crescono rigogliosi e perfetti, oltre le viti che danno un liquore sì generoso e squisito che celebrati a ragione sen vanno i vini del Corniolo, di Senni, di Valdastra, di Valcava, d'Uliveta e Campestri; le pendici di Ronta e d'altri luoghi feracissimi abbondano di opimi uliveti: a lato ai campi sativi e lunghesso le pubbliche vie allignano a meraviglia frutti d'ogni specie, querci, ischie e gelsi bellissimi, fonte questi ultimi di ricchezza a non poche filande di seta, aperte qua e là ne' castelli e nei villaggi. Praterie artificiali, pascoli naturali eccellentissimi, selve di faggi e di castagni vestono il dorso dei monti circostanti a utile allevamento di armenti lanuti, di bestie bovine, di animali neri che formano l'unica o maggior rossa de' montanini della Futa, di Razuolo, di Polcanto, Montegiovi, Villose e San Godenzo."
(Storia del Mugello di Lino Chini 1875 p.12).
- 11) Descrivendo le caratteristiche di Borgo san Lorenzo e la presenza di uffici

statali, il Ferretti non manca di sottolineare che “recentemente vi si aprì, per mala ventura, un *banco del Regio Lotto*”.

- 12) “Nell’ultimo ventennio la coltura del granturco in Mugello non ha certamente subite delle diminuzioni e i sistemi di coltivazione di essiccamento, quelli di preparazione delle farine sono press’a poco gli stessi di quelli in uso 40 e 50 anni fa. Del granturco raccolto ora una parte viene esportata o consumata per alimento del bestiame, ma una buona parte serve ancora per alimentazione umana. Sono però mutate notevolmente le condizioni economiche della nostra popolazione: da una parte per il maggiore e più razionale sfruttamento del suolo si sono avvantaggiate le condizioni dei contadini, dall’altra per l’emigrazione temporanea e per la maggiore retribuzione della mano d’opera nei lavori locali, sono migliorate le condizioni dei braccianti. Questo miglioramento economico permette un’alimentazione più variata e completa e se nelle classi povere la farina di granturco viene ancora consumata con una certa larghezza nella stagione invernale, alla sua deficienza alimentare viene riparato aggiungendovi buona dose di condimenti grassi o alternandola con altri cibi, a differenza di quanto accadeva nel passato quando tale farina non aveva per condimento che il sale, non sempre in quantità sufficiente, e costituiva da sola, per la massima parte dell’anno, l’alimento di tanti derelitti. (Barchielli p.46).
- 13) Alberto Baldasseroni, Francesco Carnevali – Carlo Morelli e la pellagra in Toscana” in “Carlo Morelli, un riformatore nell’Italia dell’ottocento” a cura di Francesco Carnevale e Esther Diana, Polistampa 2017.

L'OSPEDALE DI LUCO DI MUGELLO

L'ospedale di Luco di Mugello ha iniziato la sua attività nel 1871 dopo circa 10 anni dalla costituzione di un comitato promotore sorto per realizzare una struttura sanitaria anche nel territorio mugellano. Una storia lunga, quella dell'utilizzo sanitario dell'ex monastero, che si è conclusa con l'apertura del nuovo presidio di Borgo san Lorenzo nel 1989, che ha accompagnato la vita di un'intera comunità offrendo un servizio prezioso per la salute dei mugellani (dal 1980 aveva cessato di essere un ente autonomo per dipendere dalla neonata USL 11).



Una storia che avrebbe meritato una fine migliore di quella che sta caratterizzando attualmente l'ex Monastero camaldolese ormai inutilizzato da diversi anni con seri pericoli di degrado che rischiano di comprometterne la stabilità.

La prima richiesta per istituire un ospedale in Mugello è del 4 maggio 1860 quando il Consiglio Distrettuale di Borgo san Lorenzo, su indicazione del dott. Antonio Guidacci e del conte Francesco Pecori Giraldi, avanzò la proposta al Consiglio compartimentale di Firenze affinché si istituisse un "ospedale da stabilirsi in quella località che, per le condizioni igieniche e topografiche, fosse riconosciuta più utile e vantaggiosa, servendosi a tale scopo dei capitali che si erogavano a soccorso dei poveri e delle somme vistose corrisposte annualmente per sopperire al mantenimento e trasporto degli ammalati di chiascheduna Comunità a Firenze".

La necessità della costruzione di un ospedale in Mugello era sentita da tempo come risulta anche da una relazione del vicario di Scarperia Giovanni Pescatori del 1795 e riportata dalla rivista Giotto nel 1904: "in questa provincia del Mugello ho avuto modo di riflettere che non esiste ospedale alcuno per i malati, talmente non solo i poveri del Mugello, ma altresì quelli del Vicariato di Firenzuola e di altri luoghi della Romagna Granducale si traslatano allo Spedale di Firenze, con pericolo manifesto di un notevole deterioramento cagionato dal viaggio non meno lungo che disastroso, segnatamente per quelli della Romagna e del Vicariato di Firenzuola, onde, a sollievo dell'umanità bisognosa (...) ottimo provvedimento sarebbe che si stabilisse in questo luogo uno Spedale per la cura dei malati".

La proposta del Consiglio Distrettuale di Borgo san Lorenzo del 1860 non trovò risposta e negli anni successivi, precisamente nel 1864, nacque un Comitato promotore per "ricorrere alla carità privata" presieduto dal cav. Giuseppe

Martini Bernardi e del quale facevano parte Luigi Romanelli, Giovan Battista Ulivi, Giovanni Traversi, Don Giovanni Barzacchini, il dott. Pasquale Gozzoli, Girolamo Magnai, Don Cesare Piattoli, Angiolo Barchielli, il dott. Antonio Lanini e Pietro Bruschi.

In due anni il Comitato aveva raccolto quasi 11 mila lire, una somma insufficiente per realizzare una nuova struttura nelle vicinanze di Borgo san Lorenzo come era nelle intenzioni. Per questo cominciò a farsi strada l'ipotesi di utilizzare l'ex Monastero di Luco di Mugello, costruito nel 1086, che nel 1867 era passato al Regio Demanio.

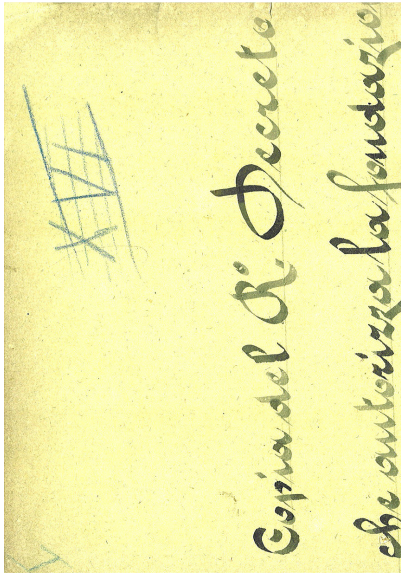
Il Comitato pro-erigendo Spedale riuscì ad ottenere l'immobile dal demanio per una somma molto contenuta e ottenne il regio decreto nel 1868 che erigeva in ente morale il futuro istituto. (1)

"A 330 metri sul livello del mare, egli (il monastero ndr)



gode di tutte le condizioni climatologiche favorevoli del Mugello, senza quasi risentir lo svantaggio delle meno favorevoli. Infatti, meglio difeso dai venti del nord per la gran vicinanza della muraglia dell'Appennino, e in tutte le stagioni illuminato dai primi raggi del sole nascente e salutato dagli ultimi del tramonto, il suo piccolo fertilissimo territorio può dirsi orientato in modo eccezionalmente felice.

La stessa configurazione del suo ben coltivato suolo, costituito da tanti ristretti piani molto inclinati, favorendo lo



scolo delle acque provenienti dall'alto, rende meno sensibile l'umidità che vedemmo propria di tutta la valle.

L'acque potabili poi, delle quali Luco è ricchissimo, sono eccellenti e del tutto superiori ad ogni eccezione." (2)

D'altra parte, come ricorda Renzo Vignini nella sua tesi su "Epidemie e politiche sanitarie a Borgo San Lorenzo 1853-55", l'ex monastero era già stato utilizzato come enorme lazzaretto per il ricovero dei malati dopo l'e-

pidemia di tifo petecchiale del 1817 (Al Contrario n.30 del febbraio 1981). (3)

L'11 giugno 1868 il re Vittorio Emanuele II "vista la Deliberazione 7 Marzo 1867 del Comitato de' Cittadini promotori formatosi in Borgo S. Lorenzo per la formazione di uno Spedale in servizio degl'infermi poveri dei Comuni della Vallata e dei Monti del Mugello; vista la Deliberazione 5 Aprile 1867 della Deputazione Provinciale di Firenze circa

alla erezione dell'Opera Pia suddetta in Corpo morale; viste le Istanze 27 Aprile e 10 Maggio 1868 del Presidente del Comitato suddetto; vista la Legge 3 Agosto 1862 ed il Regolamento 27 Novembre dello stesso anno; avuto il parere del Consiglio di Stato decretò la nascita dell'Ospedale di Mugello, con sede nel soppresso convento di Luco.

La gestione dell'Ospedale, creato esclusivamente grazie a oblazioni volontarie di alcuni benefattori, venne provvisoriamente affidata dallo stesso sovrano al Comitato promotore con obbligo di presentare entro tre mesi dal decreto un progetto di Statuto Organico." (4)

Al vecchio comitato subentrò "Il Comitato generale di beneficenza dell'Ospedale del Mugello" del quale fu confermato presidente il Martini Bernadi ma vide anche l'ingresso della nobiltà mugellana con il principe Corsini, il conte Cambray- Digny, il marchese Capponi, il conte Leonetti, i marchesi Torrigiani e Tolomei -Biffi. Tra i nomi di rilievo anche il prof. Pietro Cipriani di San Piero a Sieve (5).



Il nuovo comitato riuscì in breve tempo a raccogliere offerte di privati e anche contributi dai Comuni e dalla Provincia di Firenze e perfino dal re Vittorio Emanuele II.

Nell'estate del 1869 iniziarono i lavori "di adattamento del fabbricato" che terminarono due anni dopo quando l'Ospedale del Mugello venne inaugurato il 15 agosto 1871 e "il giorno seguente poté accogliere i primi malati".

Il primo direttore sanitario fu il dott. Antonio Delli che mantenne l'incarico fino al 1874, quando venne chiamato alla direzione dell'ospedale di San Miniato, e venne sostituito dal dott. Gisberto Ferretti che resterà a Luco fino al 1878 realizzando un'importante Topografia sanitaria del comune di Borgo San Lorenzo e pubblicando uno studio sui primi anni di attività dell'ospedale del Mugello.

Il Ferretti lasciò il Mugello nel 1878 per assumere la carica di Medico Primario e Direttore dell'Ospedale di Imola.

Nel frattempo il Comitato di beneficenza aveva cessato la sua funzione e i comuni che avevano attivamente parte-



cipato all'apertura dell'ospedale dettero vita al Comitato di Amministrazione che venne eletto dai Consigli comunali con un rappresentante ogni 3000 abitanti. I comuni erano Borgo san Lorenzo, Vicchio, Firenzuola, Scarperia e San Piero a Sieve a cui si aggiunse nel 1879 Barberino di Mugello che cominciò a mandare i propri malati a Luco ed ebbe alcuni rappresentanti nel comitato di amministrazione. (6)

Lo Statuto del nuovo ospedale era stato definito nel 1873 insieme al primo regolamento interno. "In base ad esso l'Ospedale poteva ammettere in cura solo individui affetti da malattie acute ed, eccezionalmente, croniche, cittadini di quelle comunità che contribuivano al suo mantenimento e che avevano propri rappresentanti nel Comitato di Gestione, a cui competeva la direzione superiore degli affari amministrativi, sanitari e disciplinari. I suoi membri, a cui non spettava alcun assegnamento, rimanevano in carica 4 anni ed erano sempre rieleggibili. Fra i membri del Comitato veniva eletto, a maggioranza di voti, il Presidente, cui spettava l'alta sorveglianza e la direzione dell'Ospedale, e il Segretario.

Il personale dei funzionari, nominati dal Consiglio Dirigente e sottoposti a conferma quinquennale, era composto da un economo ragioniere, un Tesoriere per la parte amministrativa, un Direttore medico e un Computista Amnuense.

Vi erano poi nove inservienti (Sei infermieri, tre uomini e tre donne, dipendenti dal Direttore sanitario, a cui spettavano compiti di guardia, igiene e assistenza agli infermi, una cucciniera, una guardarobiera e un portinaio) scelti dietro proposizione collettiva del Direttore Sanitario e dell'Economo e un cappellano, nominato dal Consiglio Dirigente." (7)

Nel 1902 lo Statuto viene modificato per la prima volta e poi ancora nel 1907. In base a tali modifiche la direzione generale e l'amministrazione dello Spedale vengono affidate

a un Consiglio Direttivo, ad un Comitato Esecutivo e ad un Presidente. (8)

L'apertura dell'ospedale del Mugello, pur essendo un grande obiettivo per la politica sanitaria del territorio, non impediva che una parte consistente di malati fossero ugualmente indirizzati all'ospedale di S. Maria Nuova in particolare da alcuni comuni come Firenzuola o Barberino.

Non mancano le polemiche sull'eventuale qualità dell'assistenza e sul fatto che alcuni comuni indirizzassero a Luco solo malati cronici mentre gli altri venivano trasportati a Firenze. (9)

Nel periodo della sua direzione il Ferretti cerca in ogni modo di confutare queste scelte facendo notare che molti pazienti a pagamento sceglievano la struttura di Luco e soprattutto sottolineando il grande risparmio che avrebbero potuto realizzare i comuni mugellani.

Il Ferretti riferendosi al triennio 1873-75 scrive: "Nel detto triennio circa 162 infermi mugellani in media ogni anno, con un'annuale media speditività di 39,33 giornate per ciascuno, consumarono in media annualmente a Firenze 6372,62 giornate, che a L. 1,769 in media annuale ognuna, rappresentano la spesa media annua nel triennio di L. 11274,90.

Nello stesso triennio, il medesimo numero di infermi, con la media annuale di speditività di 38,35 giornate per ciascuno, avrebbe in media ogni anno consumato a Luco 6212,17 giornate, rappresentanti la spesa media annua di L.9940, 23. Per conseguenza il risparmio dei comuni mugellani, se avesser nel triennio 1873-75 inviati i loro infermi di S. Maria Nuova a Luco, sarebbe stato in media di L. 1334, 64 per ogni anno!

Quanto a Firenzuola, il suo risparmio avrebbe, nel detto triennio, toccato in media ogni anno la cospicua cifra di L. 632,52!"



Oltre al risparmio per le finanze si sarebbe risparmiato a molti malati un lungo trasporto e pericolosi disagi per cui “giunsero non rare volte a S. Maria Nuova già fatti cadaveri”. (10)

Nei primi anni di attività circa un terzo dei ricoverati era affetto da pellagra con un incremento dei ricoveri tra fine primavera e inizio estate, in particolare, scrive il Ferretti, “il maggior numero di entrati si ebbe nel 1873 e 1874, e cioè negli anni immediatamente successivi a quelli in cui gli scarsi e cattivi raccolti in Mugello favorirono lo sviluppo della pellagra in numero di poveri doppio” rispetto ad altri anni. Una notazione curiosa riguarda le donne che rappresentavano un numero molto inferiore degli internati rispetto agli uomini, “ciò forse perché, più tolleranti de’ fisici malori e più attaccate alle loro case, alle loro famiglie, chiedono meno frequentemente di esserne allontanate”.

La mortalità in quegli anni era di circa 15 persone ogni 100 ricoverati in gran parte dovuta a malattie croniche mentre per gli affetti da malattie acute la media annuale è di poco più di 3 ogni 100 ricoverati “e cioè ad una proporzione che è forse impossibile riscontrar mai ne’ Grandi Ospedali delle città nostre e straniere” (Ferretti).

All’ospedale di Luco si svolge anche un’interessante attività chirurgica che riguarda varie malattie, compresi tumori, ma poche *criminoze lesioni*, “è questa importantissima prova, che ci compiaciamo di rilevare, dell’altrove affermata temperanza e della mitezza d’animo delle nostre popolazioni” (idem). (11)

La pratica chirurgica ebbe un notevole incremento con il successore del Ferretti, il dott. Raffaello Farnocchia che mantenne la direzione dell’ospedale di Luco fino alla sua morte avvenuta il 3 marzo 1913. (12)

Durante la sua direzione furono apportati notevoli miglioramenti alla struttura: “la costruzione di una corsia per

uomini ben areata capace di oltre 30 letti nell'ala occidentale del fabbricato prima non utilizzata; il miglioramento della corsia destinata alle femmine; l'istituzione della Farmacia; l'impianto di buone cabine da bagno, del riscaldamento centrale mediante calorifero ad aria calda; l'adattamento di un ristretto ma pur discreto locale per uso di sala di operazioni e di medicature; l'accrescimento dell'armamentario chirurgico; ecc" (Barchielli)

L'ospedale ebbe un momento di difficoltà all'inizio del secolo XX tanto che nel 1907 la prefettura nominò commissario il marchese Ferdinando Frescobaldi che rimase a capo dell'amministrazione per diversi anni successivamente come presidente del Comitato amministrativo.

Il Frescobaldi si rivelò un amministratore capace di introdurre importanti cambiamenti.

"Dotazione copiosa dell'ospedale di acqua sorgiva in sostituzione di quella poco buona fornita da un unico pozzo che spesso nella stagione estiva restava asciutto; costruzione



di una bella sala per operazioni asettiche rispondente pienamente ad ogni attuale esigenza; trasformazione dei locali posti all'ingresso dello Spedale ed occupati dalla Farmacia in una sala di operazioni asettiche e di medicature e in altra saletta per consultazioni mediche, e trasporto della Farmacia in locale più adatto e più appartato dalle infermerie; riduzione dell'antico refettorio dell'ex convento, che quasi immutato nei primi anni di funzionamento dello Spedale aveva servito come corsia, in una infermeria di sfollamento igienica, anzi elegante, la quale porta il nome di Sala Gerini in ricordo del benefico elargitore della somma necessaria al lavoro di trasformazione; restauro della infermeria Donne e della sala Croniche ed impianto in tutti i locali restaurati o trasformati del riscaldamento e termosifone e la luce elettrica; aumento del personale di assistenza e miglioramento delle sue condizioni economiche" (Barchielli).

Dopo la morte del dott. Farnocchia venne impiantato anche un Gabinetto Radiografico a lui intitolato e realizzato grazie alle offerte raccolte dal dott. Barchielli che divenne il nuovo direttore prima di essere richiamato al fronte per partecipare alla prima guerra mondiale nel luglio del 1915.

Ma i lavori da fare alla struttura sarebbero stati ancora molti per "corrispondere in modo perfetto ai bisogni del Mugello".

È ancora il dott. Barchielli a fare un quadro piuttosto "colorito" delle problematiche igienico sanitarie ancora irrisolte a partire dall'infermeria Uomini "che dall'epoca della sua costruzione non ha avuto mai il beneficio del più piccolo ritocco e che oggi è in condizioni, non dico anti-gieniche (perché l'igiene è troppo che se ne è andata), ma sconcie tanto da fare ripugnanza. Anche per certi casi di malattie infettive-contagiose è urgente provvedere dei locali isolati dalle infermerie per malattie comuni. È vero che ci si può valere, come si è fatto ora, del regolamento che vie-

te l'ammissione dei contagiosi, ma io penso che l'Ospedale mancherebbe alla sua più utile missione se non si mettesse in grado di accogliere, senza danno o pericolo per gli altri ricoverati, anche certi affetti da malattie infettivo-contagiose, per esempio da difterite.

Il soccorso più o meno rapido di un difterico può essere questione di vita o di morte, e il nostro Istituto deve potere porgere tale soccorso rapidamente." Un punto dolente sottolineato dal dott. Barchielli è la mancanza di una lavanderia a vapore presente anche in piccoli ospedali e che comporta vantaggi economici e soprattutto igienici.

"È necessario che si abolisca la più presto il trattamento finora in uso dei materiali di medicatura inquinati di pus e di ogni materiale infettante, dagli effetti lettereschi e personali sporchi ecc, i quali raccolti nelle infermerie vengono trascinati al 1° piano, dove rimangono a espandere le loro esalazioni e i microbi finché non li prendono le lavandae, per portarli, senza alcuna precauzione, a lavare alle loro abitazioni o nel più prossimo corso d'acqua!"



Nonostante queste difficoltà e la mancanza di attrezzature l'ospedale di Luco di Mugello ha rappresentato per quasi 120 anni un presidio sanitario indispensabile per tutto il territorio, un luogo di sofferenza ma anche di speranza per migliaia di persone che hanno trovato nell'ex monastero e nelle persone che ci lavoravano un conforto al loro dolore e una risposta ai loro problemi di salute. Ma l'ospedale di Luco è stato la struttura che ha visto nascere diverse generazioni di mugellani e anche solo per questo l'ex convento, fondato nell'anno 1000, meriterebbe di avere un futuro a servizio della comunità del Mugello.



Note:

- 1) Come scrisse il dott. Ferretti nella sua Topografia "tale savia determinazione, oltre che all'accennata ragione economica di incontrastabile valore, fu dovuta all'esame delle condizioni eccellenti nelle quali trovavasi il vastissimo locale, ed alla sua posizione topografica del tutto rispondente alle esigenze dell'igiene".
- 2) Idem
- 3) Nella sua relazione sui primi sei anni di attività dell'ospedale anche il Ferretti ricorda gli eventi del 1817 con l'epidemia di tifo che colpì la Toscana e che assunse in Mugello proporzioni tali da indurre i comuni della vallata "ad aprire un lazzaretto provvisorio (popolato in pochi mesi da più centinaia d'infermi) in quello stesso ex Monastero di Luco" che poi sarà scelto come sede dell'ospedale negli anni 60 dell'800.
- 4) Ilaria Pagliai (a cura) - Archivio dell'Ospedale di Luco nel Mugello (1871-1980).
- 5) Pietro Cipriani fu medico di Vittorio Emanuele II che lo nominò senatore nel 1870.
Era nato a San Piero a sieve nel 1808. Una breve biografia è riportata nel libro di Fabrizio Scheggi "Furono Protagonisti" p.244-48. Ma sulla sua figura esiste anche una voce su Wikipedia molto esauriente. All'opera di Cipriani come medico è stato dedicato un volume curato da Massimo Aliverni edito da Polistampa nel 2004 "Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo".
- 6) Per il comune di Borgo san Lorenzo furono eletti: il Cav. Giuseppe Martini - Bernardi, il cav. Giovanni Traversi, Girolamo Magnai, Angiolo Barchielli e Giovan Battista Cini; per Vicchio: il comm. sen. Pietro Cipriani, il conte Francesco Pecori Giraldi, il marchese Scipione Capponi, il dott. Guido Guidi; per Scarperia: il marchese Giacomo Tolomei-Biffi, Piero de' Principi Corsini, il notaio Francesco Ronconi; per San Piero a Sieve: il conte avv. Tommaso Cambray -Digny e ancora il sen. Pietro Cipriani (doppia elezione); per Firenzuola: il cav. Dott. Cino Bertini, il cav. Olinto Morara, Luigi Giovacchini e il dott. Giovanni Carli. Presidente venne nominato il Martini - Bernardi e vice presidente il Tolomei-Biffi.
- 7) Ilaria Pagliai cit, pag.6
- 8) Il Consiglio direttivo era composto di 7 membri di cui 2 per Borgo San Lorenzo e uno per ognuno degli altri comuni. Ad esso spettava l'approvazione dei Bilanci preventivi e consuntivi; la fissazione di stipendi, indennità e salari; l'approvazione delle nuove e maggiori spese; la nomina, la sospensione e il licenziamento degli impiegati; lo stabilire la retta giornaliera delle spedalità; l'accettazione e revoca di eredità, legati e donazioni; l'acquisto e l'alienazione dei beni; le azioni da promuovere o da sostenere in giudizio; la creazione dei mutui passivi e l'investimento dei capitali; la determinazione della cauzione da prestarsi dal Tesoriere dell'Istituto e la ricognizione della idoneità di essa; le riforme del presente Statuto e dei regolamenti sanitari ed

amministrativi ed infine tutti gli affari che per la loro natura ed importanza eccedevano le attribuzioni del Presidente e del Comitato Esecutivo.

“Il Presidente ha l’alta Direzione dell’Istituto, stipula i contratti in suo nome, lo rappresenta in giudizio, provvede alla esecuzione delle deliberazioni del Consiglio e del Comitato, e soprintende a tutti quanti i servizi dello Spedale. Il Presidente provvede altresì alle spese dello Spedale colla spedizione dei mandati di pagamento i quali non costituiranno titolo di scarico per il tesoriere se non sono firmati dal Presidente stesso, da un membro del Comitato Esecutivo e dal Segretario-Ragioniere; e provvede pure, nei modi fissati dal Regolamento, al buon andamento del servizio farmaceutico ed alla disciplina del personale d’assistenza”. “Spedale di Mugello. Testo unico dello Statuto Organico” Borgo S. Lorenzo, Tipografia di A. Mazzocchi, 1907, p. 9. (cit. Pagliai p.7).

9) C’è anche un curiosa constatazione che riguarda Firenzuola dove i vetturini avevano tutto l’interesse a trasportare i malati a Firenze perchè ne avevano un maggior guadagno.

10) Nella sua relazione sul sessennio 1871-76 il Ferretti riassume in pochi punti la bontà della scelta di realizzare un ospedale a Luco:

“1° che l’Ospedale di Mugello, in causa della scarsità di mezzi posseduti, non poteva aprirsi che nell’ex Monastero di Luco, di cui la sufficiente centralità e le favorevolissime condizioni topografiche e atmosferiche non potevano e non possono essere messe in dubbio; 2° che, senza contare il grande risparmio ne’ trasporti, la spesa de’ Comuni mugellani e dei più prossimi d’oltre Appennino pel mantenimento degli infermi, è minore nell’ospedale del Mugello che in quello di S. Maria Nuova ove anzi la *spedalità* è ordinariamente maggiore; 3° che nell’ospedale del Mugello il servizio sanitario di assistenza immediata agli infermi, è, per ora, più che sufficiente; e che gli infermi stessi, lautamente trattati, vi hanno, per l’eccezionale salubrità dello Stabilimento, un annuo ragguaglio di mortalità relativamente piccolissimo.

Non ci resta quindi che da augurarsi di nuovo, che tutti i Comuni interessati, dian opera, anche pel loro meglio, al progressivo sviluppo di una Istituzione onde si onora altamente il paese ove sorse. E quando, per l’efficace loro concorso, l’ospedale di Mugello potrà contare i 500 e più infermi i quali, come provammo, potrebbe di anno in anno ricoverare nelle sue sale, verranno, senza alcun dubbio, introdotti man mano nel Pio luogo que’ miglioramenti che, al pari noi, desiderano ardentemente effettuare i benemeriti che, con tanta carità ed abnegazione, lo dirigono e amministrano” (Ferretti).

11) Vedi la parte di questo libro dedicata a Gisberto Ferretti e la topografia sanitaria di Borgo san Lorenzo.

12) Necrologio del dott. Farnocchia - Il messaggero del Mugello 9.3.1913 di Guido Barchielli.

Un lutto simile è sentito da tutto il Mugello nelle case belle del ricco come nelle case del povero, perchè non c’è casa o tugurio che non l’abbia veduto accorrere nei momenti tristissimi della trepidazione.

Quando l’ospedale del Mugello, opera ed orgoglio di una schiera di anime elette quasi tutte ormai trasvolate in mondi migliori, era alle difficoltà de-

gl'inizi, il dott. Farnocchia ottimo allievo del prof. Curradi, fu chiamato a dirigerlo. Anima schietta e rude, schiva delle apparenze ingannatrici, volle che il suo Ospedale s'avviasse a diventare un istituto degno d'essere annoverato fra gli altri.

Allora i mezzi erano scarsi; la stessa stanza operatoria era un piccola angusta stanzetta. Eppure colla sapienza, colla pazienza, coll'amora industrie e creativo egli seppe rimediare all'insufficienza dei mezzi e fece dei veri miracoli operatori.

La fama sua si diffuse in tutto il Mugello. Quando alle case batteva la sventura, quando le speranze intorno al malato si affievolivano, tutta la casa raccoglieva tutta la speranza e tutta la benedicente fiducia in un nome: Raffaello Farnocchia. Il Malato era agli estremi. Il malato non aveva né pensiero né voce per le cose e le persone vicine; ma, per trattenere le lacrime amare sulle ciglie delle donne accorate, aveva la forza d'esclamare: "Chiamatemi il Professore!".

Ed allora era un accorrere frettoloso a Luco, un ritorno frettoloso al malato: l'occhio clinico di lui dava il giudizio; l'animo gentile dettava parole di conforto. Egli era l'Angelo della Salute.

Non può sapere quanto quest'uomo fosse buono chi non ne ha goduta, come, noi, l'amicizia. Ma valga quest'aneddoto a darne un segno.

Si era cominciato a salvare colla laringotomia i bambini colpiti dalla bolla maligna (croup) all'estero: in Italia i giornali quotidiani avevan dato la notizia come cosa strabiliante; credo che solo in una clinica se ne fosse tentato l'uso in Italia con esito mortale.

Un bambino fu condotto all'ospedale di Luco: il babbo lo aveva portato e si raccomandava colle lacrime agli occhi al "professore" ma la scienza non suggeriva un mezzo per salvarlo. Il piccolo aveva quel rantolo ancora più affannoso come di agonizzante o soffocato lentamente fra atroci mani invisibili strette al suo collo. Era uno strazio! I piccoli occhi eran già velati, il viso già paonazzo: la morte s'avvicinava terribile. Il povero padre sembrava preso al cuore da quella stretta che serrava la piccola gola bianca del bambino morente. Forse l'ambascia gli era cresciuta dal pensiero che a casa una donna in lacrime aspettava trepidante che il Professore salvasse quel piccolo. Non poté reggere più oltre allo strazio di quei rantoli affannosi che egli sentiva, che gli entravano dentro nelle tempie e gli laceravano il cuore. Che cosa non farebbe un padre per la sua creatura?

Quel padre corse dal dottore e supplicò di salvarlo. Ed il Farnocchia - dopo aver ammonito che tentava un mezzo nuovo ed stremo pericolosissimo e avuta dal padre la preghiera di tentar pur quello che era l'unico per salvare il piccino - col suo coltello aprì la piccola gola quasi occlusa dal male crudele. Il bimbo stralunò gli occhi e rigettò materia e sangue dalla piccola gola aperta; ma era salvo. Il padre volle baciar quella mano che aveva fatto il miracolo! La serie dei piccoli salvati dal male brutto s'accrebbe fortunata.

E, quando alle nostre case ha battuto l'ala della Dea terribile, Luco sorvegliava come una speranza sicura: bastava avere il tempo per arrivare. E i bimbi erano salvi. Ed, oltre ai bambini, quanti di noi con quan-

ti dei nostri non dobbiamo la vita e la salute a quest'uomo ora sparito? Dopo tante vittorie sul male insidioso; dopo aver reso meno tormentose tante malattie, l'Uomo buono e sapiente è stato condannato dal destino ad assaporar lungamente le angosce di una lenta agonia. Da parecchi anni, infatti, egli s'era fitto in mente d'essere gravemente malato e dell'immaginaria malattia egli ebbe a soffrire tutte le torture. Sembra proprio che un genio del male abbia voluto cumular su quest'Uomo dal cuore buono tutti gli spasimi che ha saputo risparmiare agli altri. Modesto fino all'eccesso non ambì mai onori e distinzioni. Dopo una serie di operazioni chirurgiche, dopo successi professionali che lo avrebbero dovuto legittimamente insuperbire, egli si ritraeva modesto nel suo ospedale, non desideroso che di nuove occasioni d'essere nuovamente benefico.

Ricordo che quando, tutta lieta la contessina Marianna Cambray - Digny venne a Luco a recargli il decreto della sua nomina a Cavaliere, il dott. Raffaello Farnocchia la supplicò di tener nascosta la cosa perché non trapelasse fra i molti conoscenti, fra gli amici e gli estimatori. Egli non voleva essere segnato a dito nemmeno come esempio da imitarsi.

Lo ricordo ancora quando corse veloce a visitare mio Padre. Aveva saputo del male; lo aveva giudicato inguaribile; ma per l'amico e per noi era venuto improvviso con un tempo orribile.

Egli sapeva bene di non portare quella salute, che avremmo pur volentieri comprato col nostro sangue giovane; ma sapeva di portarci anche un conforto. E per questo era venuto sfidando l'appennino nebuloso, sfidando le insidie della notte invernale,

Ed ora non ho potuto vedere neppure l'amico morente; non ho potuto portargli il mio saluto ultimo mentre un popolo in lutto, memore di tanti benefici, lo seguiva verso il riposo che non ha fine.

La salma, come spero, dormirà nel piccolo cimitero di Luco presso i morti miei, e presso l'Ospedale a cui dette tanta parte di sé e tanto splendore di nome, egli dormirà come un padre fra il pianto riconoscente dei figli.

Guido Barchielli

MALATTIE	MASCHI			FEMMINE			TOTALE DEI MASCHI E FEMMINE			PERCENTUALE						
	Entrati	Usciti	Morti	Entrati	Usciti	Morti	Entrati	Usciti	Morti	LISCITI %	MORTI %					
												Entrati	Usciti	Morti		
MEDICHE																
Tifo	311	255	53	3	258	205	53	—	569	460	106	3	80	84	18	63
Scarlattina	3	3	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	100	—	—	—
Morbillo	12	10	2	—	4	4	—	—	16	14	2	—	87	50	12	50
Difterite	230	194	36	—	182	152	30	—	412	346	66	—	83	98	16	02
Tetano	1	1	—	—	1	—	1	—	2	1	1	—	50	—	50	—
Vaiuolo	7	7	—	—	6	6	—	—	13	13	—	—	100	—	—	—
Vancella	5	5	—	—	1	1	—	—	6	6	—	—	100	—	—	—
Influenza	25	24	1	—	23	23	—	—	48	47	1	—	97	92	2	06
Carbonchio	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	100	—
Malaria	154	145	9	—	23	22	1	—	177	167	10	—	94	34	5	66
Piemia e setticemie	10	—	10	—	2	1	1	—	12	1	11	—	8	33	91	67
Pellagra	1236	1137	99	—	860	802	58	—	2096	1939	157	—	92	50	7	50
Avvelenamenti	4	3	1	—	2	2	—	—	6	5	1	—	83	33	16	67
	1999	1784	212	3	1362	1218	144	—	3361	3002	356	3	89	32	10	59

Malattie Infettive e Tossiche



SPEDALE DI MUGELLO IN LUCO
(BORGO S. LORENZO)

RESOCONTO STATISTICO
DEL
SERVIZIO MEDICO-CHIRURGICO
DAL 1871 AL 1915

PEL
DOTT. ALBERTO BARCHIELLI
DIRETTORE SANITARIO



MAZZOCCHI
OFFICINA TIPOGRAFICA MUGELLANA
BORGO S. LORENZO
1916

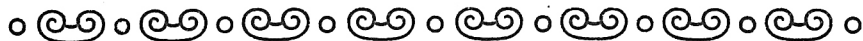


**STATISTICA DEI RICOVERATI
NELL'OSPEDALE DI MUGELLO**

DAL 1871 AL 1915







I malati curati nello Spedale di Mugello dalla sua fondazione (16 Agosto 1871) al 31 Dicembre 1914 (epoca in cui di necessità si arresta la mia statistica)⁽¹⁾ sommano a 15481, divisi in 9636 maschi e 5845 femmine. I maschi rappresentano il 62 % degli entrati e le femmine soltanto il 38 %.

Furono dimesse dallo Spedale 13129 persone come guarite o migliorate al punto da poter continuare la cura a domicilio, salvo un numero trascurabile di infermi che lasciò volontariamente lo Spedale nelle condizioni in cui vi era entrato o fu inviato ad altro più adatto stabilimento di cura, come, per es., al Manicomio chi aveva dato segni di alienazione mentale. Per il resto dei ricoverati, 49 rimasero in cura al 31 Dicembre 1914, mentre 2303 vennero a morte nello Spedale. Sopra ogni cento ricoverati i decessi sono stati dunque 14,87, con una media annuale di 52,34.

A seconda dei Comuni od Enti che hanno sostenuta la spesa di ospedalità, gli infermi ammessi nei 44 anni presi in esame vanno divisi come dimostra il seguente specchietto:

COMUNE O ENTE che ha sostenuto la Spedalità	Totale nei 44 anni	Media annuale		Percentuale	
Borgo S. Lorenzo	5639	127	9	36	42
Vicchio	2540	57	7	16	40
Scarperia	1949	44	2	12	58
Barberino di Mugello	1640	37	2	10	59
S. Piero a Sieve	759	17	2	4	91
Firenzuola	374	8	5	2	41
Comuni non fondatori	472	10	7	3	04
Enti varî	351	7	97	2	26
Paganti in proprio	1757	39	9	11	35

(1) Nel luglio 1915 lasciai l'ospedale perchè chiamato a prestare servizio militare, quindi mi trovo nell'impossibilità di riferire sui malati curati in quell'annata.

In rapporto alla popolazione calcolata sopra una media data dal censimento del 1871 e da quello del 1911, furono inviati annualmente malati nella seguente proporzione:

Da Borgo S. Lorenzo 9,25 sopra ogni mille abitanti; da Scarperia 6,58 ‰; da Vicchio 5,11 ‰; da S. Piero a Sieve 5,07 ‰; da Barberino di Mugello 3,37 ‰.

Dei Comuni che concorsero alla fondazione dello Spedale di Mugello non tengo qui conto di Firenzuola, che anche per il passato ha inviato pochissimi malati e che ora ne ha ridotto maggiormente il numero perchè ha istituito uno Spedale proprio.

Dai dati ora riferiti risulta che la quantità degli inviati è in ragione inversa della distanza dei Comuni dallo Spedale; così, dopo Borgo S. Lorenzo, il Comune che, relativamente alla popolazione, ha inviato maggior numero di malati è Scarperia; quello che ne ha inviati il minor numero è Barberino di Mugello, che è anche il più distante da Luco (1).

La media degli infermi entrati annualmente nello Spedale è di circa 352; ma negli ultimi otto anni il numero dei ricoverati è assai cresciuto, tanto che la media annuale del periodo posteriore al 1906 è di 422 infermi, mentre quella del periodo anteriore al 1906 è di 336.

Questo aumento deve apparire anche più notevole se si ricorda che in quest'ultimo periodo sono scomparsi quasi del tutto i *pell-*

(1) Barberino, come già ho accennato, soltanto nel 1879 cominciò ad avviare i suoi malati allo Spedale di Mugello ed in confronto alla sua popolazione ed alla probabile morbilità ne ha inviato sempre un numero che appare troppo scarso, anche tenuto debito conto della sua lontananza dallo Spedale. Come si spiega questa riluttanza? Non già colla sfiducia nella Direzione Sanitaria, perchè il fatto lamentato si è manifestato sotto qualsiasi Direzione; nè colla sfiducia generica nell'Istituzione, perchè gli infermi *paganti in proprio* vi affluiscono anche da quel Comune, mentre scarseggiano proprio quelli che sono a carico della Amministrazione Comunale. Secondo persona in grado di essere bene informata, questi ultimi infermi prenderebbero la via di Firenze sotto le pressioni dei vetturini cui è affidato il trasporto dei malati, e dei parenti, i quali tutti avrebbero maggiore interesse ad avviarli alla Città che a Luco: i primi per maggior lucro e minore scomodo nel trasporto, dato che con Firenze hanno servizio giornaliero di vetture; i secondi per la maggiore comodità delle visite in grazia appunto di quel servizio. Il danno che viene all'Amministrazione Comunale da questa preferenza, che assolutamente non può essere giustificata in tutti i casi, è rilevante, perchè la retta dello Spedale Mugellano è sempre stata più bassa almeno di un terzo di quella dello Spedale di S. Maria Nuova.

grosi, i quali per oltre un ventennio hanno costituito la categoria più numerosa dei ricoverati, giungendo anzi nel primo decennio a rappresentare circa la terza parte di tutti gli ammessi.

Mi preme far rilevare che l'aumento del numero dei ricoverati non fa carico alle Amministrazioni Comunali (che anzi per alcuni Comuni si ha una diminuzione mentre per altri l'aumento è insensibile e proporzionale all'incirca al verificato aumento della popolazione), ma dipende essenzialmente dall'aumento della categoria dei malati che pagano da sè le spese di ospedalità, i quali mentre prima del 1906 figuravano fra tutti gli ammessi appena nella proporzione dell'8.34 % con una media annua di circa 28, posteriormente al 1906 rappresentano il 22,11 % degli entrati con una media annua di 93.

Queste cifre sono la miglior prova del credito che si è guadagnato lo Spedale di Mugello, perchè non è solo la vicinanza o la minore spesa che induce le famiglie abbienti a ricoverare i loro infermi nelle nostre sale, ma anche la fiducia che li troveranno opportuna ed efficace cura, sia che si tratti di affezioni per le quali necessiti l'intervento chirurgico, sia che si tratti di malattie mediche per le quali non è possibile a domicilio trovare tutte quelle risorse terapeutiche che esistono nello Spedale.

Anche i Comuni della Val di Sieve non compresi fra quelli che concorsero alla fondazione dello Spedale hanno più che raddoppiato il numero degli infermi inviati, saliti da una media annua di 8.86 a 19.12; ma neppur questo numero può rappresentare tutti quei malati che, senza risentire grave disagio dal viaggio, possono essere avviati al nostro Spedale con una grande economia nella spesa di ospedalità dai Comuni di Dicomano, Sangodenzo e Vaglia.

Il seguente specchietto dà ragione delle variazioni verificatesi nell'invio dei malati fra il periodo 1871-1906 e quello 1907-1915.

COMUNI O ENTI che inviarono i malati	Periodo anteriore al 1906				Periodo posteriore al 1906			
	Media annua		Percentuale		Media annua		Percentuale	
Borgo S. Lorenzo .	125	83	37	44	138	37	32	77
Vicchio	57	88	17	21	57	—	13	49
Scarperia	43	03	12	88	48	75	11	54
Barberino Mugello .	37	91	11	27	34	37	8	14
S. Piero a Sieve . .	16	36	4	86	21	25	5	03
Firenzuola	9	77	2	90	2	50	0	65
Comuni non fondatori	8	86	2	63	19	12	4	49
Enti varî	8	13	2	42	7	25	1	71
Paganti in proprio .	28	05	8	34	93	37	22	11

Le giornate di ospedalità consumate dai 15481 ricoverati furono complessivamente 642312; si ha così una *media individuale di degenza* di 41.49 giornate. Se si tiene conto che nel totale degli ammessi è compreso un forte numero di malati *incurabili* e *cronici*, la *media individuale di degenza* non deve sembrare troppo alta. Infatti, secondo calcoli approssimativi, i *cronici* ammonterebbero a 2614 e rappresenterebbero poco meno che il 17 % sul totale degli entrati.

Questi malati consumano individualmente mesi e mesi e talvolta anni interi di ospedalità, e ci si tiene certamente al disotto del vero computando una degenza media di 120 giorni per ciascun *cronico*. Risulterebbero così al minimo 313680 giornate di ospedalità consumate soltanto dai *cronici*, e rimarrebbero 328632 giornate consumate dai malati *acuti* e *sub-acuti*, per i quali la *media individuale di degenza* non sorpasserebbe i 25,5 giorni.

Risulta così evidente che un grandissimo vantaggio economico sarebbe apportato ai Comuni se essi venissero alleggeriti dall'onere dei *cronici*, dai quali viene assorbito il 48 % della spesa totale di ospedalità.

Ma ciò non può realizzarsi che mediante l'intervento governativo e con provvedimenti analoghi a quelli attuati per gli *alienati*. Senza questo intervento i bilanci comunali saranno sempre più o meno gravati da quella spesa per i *cronici*. Ma pure mi sembra che anche nelle attuali condizioni qualche cosa possa farsi per alleviarla, sia con un maggior rigore nelle *ammissioni dei cronici*, sia con più giudiziosa distribuzione a domicilio di sussidi che siano realmente sufficienti a mantenere il malato senza aggravio della famiglia e ad eliminare definitivamente la sua ospedalizzazione. Ma molto maggior vantaggio c'è da attendersi dalle varie forme di previdenza sociale; perciò è necessario diffondere maggiormente fra i nostri braccianti l'idea della necessità di iscriversi, finchè son giovani, alla Cassa Nazionale di previdenza, alle Associazioni di mutuo soccorso ecc., affinchè quando sono poi ridotti dalla vecchiaia o dalle malattie nella impossibilità di guadagnare, non vengano abbandonati dalla famiglia alla mercè della carità pubblica e privata.

Dovrebbero almeno sparire dal novero degli ospedalizzati tutti quelli che ho compreso nella categoria « *marasma senile* ». Si tratta di persone non propriamente malate, ma logore dagli anni e dalla fatica le quali, dal momento che sono divenute inabili al lavoro ed incapaci di qualsiasi guadagno, hanno perduto ogni appoggio da parte dei loro parenti.

Ma la questione della ospedalità dei *cronici* è troppo complessa perchè io abbia la minima pretesa di risolverla. Spero tuttavia che gli importanti dati che ho sopra esposti richiameranno l'attenzione e lo studio dei pubblici Amministratori e di quanti hanno a cuore il progresso materiale e morale del nostro Mugello.





CLASSIFICAZIONE DEI MALATI





CRITERI SEGUITI NELLA CLASSIFICAZIONE.

La classificazione delle malattie in base a criterî *etiologici*, sempre difficile, riusciva impossibile nel caso mio che dovevo, con dati clinici talvolta molto scarsi, classificare malati curati per un periodo di anni molto lungo, durante il quale le nozioni sulle cause di molte malattie erano andate mutandosi profondamente. Pur tuttavia, ispirandomi a criterî *etiologici*, e più a criterî *anatomo-patologici*, avevo potuto classificare tutti gli ammessi nello Spedale di Mugello dall'epoca della sua fondazione al 31 Dicembre 1914, ed avevo formato per ciascun anno un quadro abbastanza esatto del movimento dei malati, il quale dava anche indirettamente un'idea della *morbilità* della popolazione mugellana rispetto alle principali malattie.

Ma la pubblicazione delle 44 tavole sarebbe riuscita forse d'interesse troppo scarso per compensare la ingente spesa che avrebbe portato, perciò ho dovuto riassumere le classificazioni in un quadro generale (v. pagg. 51-61) dando anche alle varie categorie tale ampiezza da diminuirne il valore e da accumulare così una grande quantità di difetti.

Sebbene i malati curati nel primo sessennio di esistenza dello Spedale fossero stati già classificati nella Relazione Ferretti già citata, pure li ho qui compresi per riportare la classificazione ad una base unica.

A) MALATTIE MEDICHE.

1) MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE.

I ricoverati per *malattie dell'apparato digerente* sommano a 1186, dei quali 966 poterono essere dimessi dallo Spedale guariti o per lo meno assai migliorati del loro male, mentre 220 vi morirono. La mortalità in questo gruppo di malati è stata dunque del 18.55 %.

Il gruppo comprende 51 *ammessi per malattie della bocca, retro-*

bocca, faringe, esofago, fra i quali si verificò una mortalità del 9.8 %. Due decessi si ebbero per forme di *stomacace*, due per *angina di Ludwig*, ed uno per *cancro* esofageo.

Per *affezioni dello stomaco* furono ricoverati 391 individui e le cause di ammissione vanno così segnate per ordine di frequenza: *affezioni neoplastiche, affezioni infiammatorie, alterazioni della funzione chimica o motrice* dello stomaco. La mortalità è stata del 21.7 % dei casi, e la causa di morte di gran lunga più frequente è rappresentata dal *carcinoma* gastrico.

I *malati di intestino* sommano a 619, dei quali risultano guariti 525, morti 94 (mortalità del 15.19 %). Sono prevalenti le *affezioni infiammatorie croniche* (specialmente *enteriti ed entero-peritoniti tubercolari*), le quali (dopo le *affezioni neoplastiche* rappresentate però da pochi casi) hanno la mortalità più alta.

Le *malattie del fegato* comprendono 120 casi con una mortalità del 27.5 %. Degni di nota sono 20 casi di *carcinoma epatico* (probabilmente in molti il tumore non era primitivo ma secondario a lesione gastrica passata inosservata) e 21 di *cirrosi atrofica di Laënnec*, e di questi: 12 verificati in uomini e 9 in donne. Ne consegue che dei casi di *Cirrosi atrofica* osservati nel nostro Spedale il 42.85 % sono stati riscontrati in donne; percentuale questa assai superiore a quella affermata da altre statistiche, così p. es. da quella di Förster, secondo la quale, su cento casi di questa malattia, soltanto 23 riguardano il sesso femminile (1).

La *malattie del pancreas* non contano che cinque casi, tutti diagnosticati come *carcinomi*; di essi tre vennero a morte nello Spedale e la diagnosi fu potuta accertare colla necropsopia, mentre due lasciarono lo Spedale in cattive condizioni senza che ne sia stato constatato l'esito, nè accertata la diagnosi.

2) MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO.

Le *malattie dell'apparato respiratorio* portano un contributo di 2085 ricoverati, dei quali 1593 risultano dimessi dallo Spedale

(1) *Trattato di Medicina Charcot-Bouchard*, V. III, p. 2.^a.

guariti o migliorati, mentre 486 morirono e 6 rimasero in cura al 31 Dicembre 1914. La mortalità in questo gruppo è del 23,3 %. Notevole è il numero delle forme *croniche*, che ascendono al 48,63 % dei casi qui compresi.

Per *malattie delle prime vie respiratorie* entrarono nell'Ospedale 36 maschi, dei quali 2 morirono, mentre i rimanenti uscirono guariti; e 23 femmine che ebbero un solo decesso. Si ha così un totale di 59 ammessi con una mortalità del 5,09 %. Naturalmente non sono qui comprese le affezioni difteriche, che troveranno il loro posto fra le malattie infettive.

Le *malattie dei bronchi* dettero luogo a 632 ammissioni, delle quali 279 dovute a *bronchiti acute*, con una mortalità del 3,94 %, e 353 a *bronchiti croniche* comprendenti buon numero di forme tubercolari con una mortalità dell'8,22 %.

Le *malattie dei polmoni* contano 1130 casi, in 469 dei quali si tratta di forme acute ed in 661 di forme croniche. La mortalità verificata in queste malattie è di 37,84 %.

Le *malattie polmonari acute* (*polmonite fibrinosa, bronco-polmonite*) hanno dato una mortalità assai più alta di quella generalmente constatata per queste malattie, poichè raggiunge il 33,47 %. Questa alta mortalità trova la sua spiegazione nel fatto che sono quasi sempre i casi più gravi che vengono inviati allo Spedale, perchè, data la breve durata della malattia, ordinariamente i *polmonitici* preferiscono esser curati a domicilio, a meno che la malattia non assuma un andamento minaccioso.

Devo rilevare che negli anni in cui risultano ricoverati maggior numero di *polmonitici*, è più alta la percentuale di mortalità; fatto che si spiega facilmente pensando che se maggiore dell'ordinario è il numero degli ospedalizzati per polmonite vuol dire che la malattia spesseggia fra la popolazione ed è quindi provocata da un germe più diffusivo e più virulento del solito. La mortalità varia anche a seconda del periodo della malattia in cui avviene la ospedalizzazione, ed è tanto più bassa quanto più precoce è avvenuto il ricovero in ospedale del malato.

Le *malattie polmonari croniche*, che hanno una mortalità

del 40,54 ‰, sono rappresentate nella maggioranza dei casi da forme *tubercolari*. Dei ricoverati per tubercolosi polmonare, pochissimi provengono dalla popolazione che vive in aperta campagna, molti dai centri più abitati, dove tutto concorre alla diffusione del morbo, specialmente nelle classi più povere: vita strapazzata con cattiva alimentazione, abitazione in ambienti male areati, ristretti, quindi promiscuità forzata di individui sani con malati ecc.

Il gran numero di *tubercolosi* che hanno trovato asilo in un Ospedale, dove non esistono locali di isolamento, ha fatto pensare seriamente al grave pericolo cui venivano esposti gli altri ricoverati, e al danno morale e materiale che ne veniva all'Istituto stesso non tanto perchè per ogni tubercoloso ammesso erano parecchi gli affetti da malattie comuni che se ne andavano per non essere contagiati, quanto perchè la responsabilità del possibile contagio ricadeva sullo Spedale. Perciò è stato opportuno il provvedimento che sospende l'ammissione degli affetti da *tubercolosi polmonare* fino a che l'Istituto non sarà dotato di opportune sale di isolamento.

Il gruppo comprende infine 264 ammessi per *malattie della pleura*, fra i quali si verificò una mortalità del 5,76 ‰.

Tolti 4 casi di tumori della pleura, in tutti gli altri si tratta di forme flogistiche, cioè di *pleuriti essudative sierose* in maggioranza, e di *pleuriti fibrinose*.

3) MALATTIE DELL' APPARATO CIRCOLATORIO.

Sono qui compresi tutti quei casi in cui la malattia dell'apparato circolatorio rappresentava la causa unica o principale dell'ammissione e sono esclusi tutti gli altri, in cui la cardiopatia non figurava che come complicità insorta secondariamente nel corso di una qualche malattia, che era stata la sola determinante del ricovero del paziente allo spedale, anche se tale complicità sia divenuta poi importante al punto da costituire l'episodio terminale. Questi ultimi casi sono stati classificati in altri gruppi in base appunto al morbo primitivo che aveva provocata l'ammissione.

Le malattie dell'*apparato cardio-vascolare* danno così un contingente di 557 malati, dei quali 289 migliorarono in modo da poter

riprendere, temporaneamente almeno, le loro abituali occupazioni; 264 morirono, mentre 4 rimasero in cura alla fine del dicembre 1914. La mortalità fu dunque del 47,39 %.

Le *malattie acute* comprendono 20 casi di *endocardite acuta* e tre di *pericardite*. Di questi ultimi, due vennero a morte e al tavolo anatomico fu trovata la cavità pericardica ripiena da notevole quantità di essudato purulento; uno guarì con *sinechie pericardio-pericardiche* e *pleuro-pericardiche*.

La mortalità nelle forme acute ascende al 56,52 %.

Le *malattie croniche* danno 534 entrati, e per la massima parte sono rappresentate da *endocarditi croniche* con esito in *vizio valvolare organico*, e da lesioni *arteriosclerotiche*.

Nel 47 % dei casi si tratta di persone con alterazioni tali che non potevano risentire alcun beneficio dalla cura e che rimasero nello spedale finchè non intervenne la morte a troncane le loro sofferenze.

4) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO.

Le *malattie del Sistema Nervoso centrale e periferico* contano 1037 ammessi, dei quali 773 uscirono dallo Spedale, 256 morirono e 8 rimasero in cura per l'anno 1915. Si verificò quindi una mortalità del 24,78 %.

Il gruppo comprende 29 casi di *meningite* che ebbero tutti esito mortale poco appresso all'ammissione nello Spedale, al quarto giorno al massimo. In 13 casi è indicata la natura *tuberculare* della malattia; in 8 la meningite tenne dietro a focolai di erezipèla o di suppurazione al capo e con tutta probabilità fu dovuta ai comuni germi *piogeni*; in 2 fu consecutiva a *tifo*; in 1 ad *influenza*. Negli altri 5 casi non fu riscontrata alcuna alterazione primitiva nè fu potuta mettere in evidenza la via di entrata dell'infezione e forse sono da attribuirsi al *meningococco di Weichselbaum*.

Le *malattie dell'encefalo* danno il massimo contingente di malati a questo gruppo con 392 casi, fra i quali la mortalità fu del 51,52 %.

Si tratta per lo più di malati resi impotenti da *apoplessia cerebrale* e in qualche caso da *rammollimento embolico o trombotico*,

i quali, bisognosi più di assistenza che di cura, nella metà dei casi consumarono parecchi mesi di ospedalità fino a che non vennero a morte per il rinnovarsi dell' *ictus* o per l' insorgenza di qualche grave complicanza.

Le *malattie del midollo spinale* dettero 53 ammissioni ed una mortalità del 20,75 %. Si tratta anche qui di malati *cronici* per la massima parte confinati a letto dai postumi di varie alterazioni del midollo (*poliomielite anteriore* ed altre forme di *mielite*, *sclerosi sistematizzate* e *diffuse* ecc.).

Le *malattie dei nervi sensitivi e motori* contano 246 entrati, con un esito negativo (per *polinevrite*). La causa più frequente di ammissione è stata la *nevrite sciatica*.

Le *nevrosi* e le *psicosi* dettero 317 entrati, dei quali 301 furono poi dimessi dallo Spedale, in parte trasferiti al Manicomio dopo breve periodo di osservazione, in parte ritornati a casa guariti o migliorati; 13 morirono per esser sopraggiunta una malattia organica (*bronco-polmonite*, *nefrite*, *setticemia* da impiagamenti) e 3 rimasero sotto cura alla fine del 1914.

5) MALATTIE DEGLI ORGANI DEL MOVIMENTO.

Per *malattie degli organi del movimento* entrarono 436 persone, delle quali 425 furono dimesse guarite, 10 morirono, 1 rimase in cura per il 1915. La mortalità è del 2,29 %. Tolti 15 casi di *rachitismo* e 2 di *osteomalacia*, tutti gli altri sono dovuti a *reumatismo articolare* acuto e cronico e a *reumatismo muscolare*.

6) MALATTIE DEL PERITONEO.

Le *infiammazioni acute e croniche del peritoneo*, che hanno avuto esclusivo trattamento medico, sommano a 90 casi col 66,66 % di guarigioni e il 33,34 % di morti.

Le forme *croniche* di peritonite (talvolta congiunta a lesioni intestinali o pleurali, *entero-peritonite* e *polisierosite*) rappresentano il 67 % dei casi qui registrati.

Il maggior contingente dei ricoverati per malattie del peritoneo è dato dalle femmine che vi figurano per il 65,55 %.

7) MALATTIE DELL' APPARATO URO-POIETICO.

Per *malattie dei reni, capsule surrenali e vie urinarie* sono state ricoverate 123 persone, delle quali 82 guarirono e 41 vennero a morte (mortalità del 33,34 %).

Sono qui compresi 57 casi di *nefriti infettive e tossiche a decorso acuto*; 41 di *nefriti croniche*; 12 casi di *litiasi renale*; 6 di *rene mobile*; 5 di *cistite* in cui la terapia è stata esclusivamente medica. A questi ho aggiunto due casi di *morbo bronzino di Addison* come malattia dipendente da alterazione delle *capsule surrenali*.

8) MALATTIE DELLA MILZA.

Questa categoria è giustificata soltanto dalla ammissione di sei donne, delle quali una, ricoverata con diagnosi di *splenomegalia con cirrosi epatica* (M.° di Banti), fu trasferita poi allo Spedale di Firenze; un'altra con diagnosi di *leucemia* venne a morte nel nostro Spedale, e quattro, nelle quali la diagnosi fu di *pseudo-leucemia*, dopo lunga cura arsenicale furono dimesse in stato stazionario.

9) MALATTIE DEL SANGUE E DEL RICAMBIO ORGANICO.

Per *malattie del sangue e del ricambio organico* furono ospedalizzati 296 malati, dei quali morirono 14, mentre 282 furono dimessi guariti. La mortalità fu dunque del 4,72 %. La *clorosi* e gli *stati anemici* (forse non sempre *idiopatici* ma probabilmente molti *secondari* a malattie rimaste sconosciute) rappresentano la causa di ammissione nel 92 % dei casi. Per i pochi rimanenti, l'ammissione fu dovuta a *diabete, gotta, polisarcia* con gravi disturbi di circolo.

Per la stretta relazione che colle *clorosi* e colle *malattie del ricambio* ha il *morbo di Basedow*, ho inclusi in questo gruppo 4 casi di questa malattia, dei quali uno venne a morte nello Spedale e tre furono dimessi in stato stazionario.

10) INVOLUZIONE SENILE.

Ho compreso in questa categoria 482 individui ospedalizzati, non perchè fossero affetti da vera malattia, ma perchè, ridotti dagli anni in condizioni di non potersi più guadagnare da vivere, si sono trovati

abbandonati dalle proprie famiglie al soccorso delle pubbliche amministrazioni.

Ho già accennato ai mezzi di previdenza che potrebbero migliorare le sorti di questi disgraziati. In ogni modo essi dovrebbero essere inviati ad Istituti di ricovero, ma non mai allo Spedale, che dovrebbe essere riservato a quelli che hanno veramente bisogno di cure attive o per lo meno di speciale assistenza da parte di personale addestrato.

11) MALATTIE INFETTIVE E TOSSICHE.

a) MALATTIE INFETTIVE.

Le *malattie infettive* (eccezione fatta per la malaria, il tifo e la difterite) non hanno portato che uno scarsissimo numero di ammissioni e sempre limitate a casi di assoluta urgenza.

L' *influenza* conta 48 ammessi con 47 guariti ed 1 morto; il *morbillo* 16 ammessi con 14 guariti e 2 morti; il *vaiuolo* 13, tutti guariti; la *varicella* 6 senza esiti mortali; la *scarlattina* 3 collo stesso risultato; il *tetano* 2, dei quali 1 guarito e 1 morto; il *carbonchio* 1 con esito mortale.

Di *pioemia* e *setticemia* sono qui registrati 12 casi, ammessi nello Spedale quando tale infezione era già in corso e non era più determinabile il suo punto di partenza; ma l' infezione generale è stata l' accidente terminale in altri ricoverati per ferite settiche, flegmoni ecc. e questi sono stati classificati fra i malati di chirurgia.

Le *pioemie* e *setticemie* hanno dato una mortalità del 91,6%.

Malaria. — Per *malaria* sono stati ammessi 154 uomini e 23 donne, un totale quindi di 177 persone, delle quali 167 risultano dimesse come guarite, e 10 morte per *perniciosa* e *cachessia malarica* (mortalità del 5,6%).

È inutile che io avverta che la *malaria* non esiste nel Mugello e che i casi qui noverati sono importati soprattutto dalla Maremma Toscana dove, nel tempo passato, emigrava in cerca di lavoro un discreto numero di abitanti del nostro Appennino. Il fatto che generalmente le donne prendevano minor parte degli uomini a questa temporanea emigrazione, spiega perchè esse figurino soltanto nel 12,9%.

degli ospedalizzati per malaria. Oggi che tale emigrazione è quasi del tutto cessata anche per gli uomini, è raro di osservare dei *malarici* nello Spedale Mugellano.

Ileo-tifo. — Per *tifo addominale* in 44 anni sono state curate nello Spedale di Mugello 569 persone col seguente esito: 460 guarite, 106 morte, 3 rimaste in cura per il 1915.

La mortalità dei nostri *tifosi* è stata del 18,63 % e non può apparire eccessivamente alta quando si tenga conto che avviene per il tifo quello che avviene per la polmonite, che cioè sono generalmente i casi più gravi quelli che vengono ospedalizzati.

Ho creduto interessante riportare a Tav. I un *diagramma* che riproduce esattamente il movimento annuale dei *tifosi* nello Spedale di Mugello dall'epoca della sua fondazione a tutto il 1914.

Pur essendo l'ospedalizzazione di questi malati compresa nei limiti che ho accennati or ora, tuttavia questo *diagramma* può dare un'idea approssimativa della *morbilità* che si è verificata nel Mugello per *ileo-tifo*.

Se si eccettua l'anno 1875 in cui non si ebbe alcuna ammissione per *tifo*, negli altri 43 anni i ricoverati per questa malattia raggiungono una media di 13,23; le ammissioni più numerose, aggirantesi sulla trentina, si ebbero negli anni 1886, 1890, 1892, 1893, 1894, 1896, 1897, 1898, 1908; le più scarse nel periodo dal 1871 al 1882 e poi negli anni 1885, 1900, 1903, 1906, 1909, 1910, 1913.

Ma la *grafica* dei *tifosi* non ha ampie oscillazioni e soprattutto non ci dà la dimostrazione che si siano fatti nel Mugello notevoli progressi per quanto riguarda la *profilassi* del *tifo* durante l'ultimo decennio in confronto al primo decennio di esistenza dello Spedale. Ci dimostra invece che la malattia è sempre stata attiva nella Val di Sieve, ora presentandosi con casi sporadici, ora con casi raggruppati in modo da prendere la fisionomia di epidemie, mai però gravi, insorte di solito nella stagione autunnale e dopo abbondanti piogge succedute ad un lungo periodo di siccità.

Se si eccettuano alcuni pochi casi dovuti alla alimentazione con insalate crude e che erano state concimate con concimi naturali, la

grande maggioranza ha origine *idrica*. Di solito la malattia si deve insorgere e diffondersi in piccoli centri abitati, serviti da pozzi non sufficientemente protetti dall'infiltrazione della falda superficiale del suolo e da scoli di acque luride, o sprovvisti di pompa in modo da essere inquinabili anche colle secchie, che senza riguardo vengono portate pure nelle stalle e in altri luoghi poco igienici. In alcune frazioni che possono fare uso di acqua ottima sgorgante dall'Appennino (posso citar fra queste Grezzano) da poi che esiste lo Spedale Mugellano non si è verificato un sol caso di *tifo*; fatto questo che ci indicherebbe la via da seguire qualora si volesse combattere con successo questa temibile malattia.

Difterite. — I malati di *difterite* che hanno ricorso al nostro Spedale sono 412, dei quali 230 maschi e 194 femmine; la mortalità è stata del 16,2 %.

Devo avvertire che l'ospedalizzazione regolare dei *difterici* non comincia che l'anno successivo alla scoperta fatta da Behring del siero curativo e il loro numero non acquista importanza che col 1898.

Nel periodo anteriore al 1891 nessun caso di *difterite* figura fra i ricoverati, ad eccezione di sei ripartiti fra gli anni 1872-73-76. Questa mancanza di *difterici* nello Spedale dipende da che i genitori, non avendo fiducia alcuna nella cura di questa malattia, ritenevano inutile allontanare da sè i bambini che ne venivano attaccati; ma la malattia mieteva le sue vittime nel Mugello anche in quel tempo; anzi negli anni 1874-75 essa apparve in forma epidemica grave in tutta la vallata ⁽¹⁾.

Dal momento che il Direttore dello Spedale di Mugello dottor Farnocchia iniziò la *sieroterapia antidifterica* ed intervenne con fortunate *tracheotomie* contro i fenomeni di *laringostenosi*, i *difterici* vennero regolarmente inviati allo Spedale, specialmente se affetti da *crup*.

Perciò il *diagramma* dei *difterici* ricoverati nel nostro Spedale (v. Tav. I) soltanto dal 1891 in poi riflette con sufficiente approssimazione la diffusione nel Mugello della *difterite*, la quale ogni anno

(1) FERRETTI. - "Studio storico-clinico-critico sulla Difterite" - *Raccoglitore Medico*, 1875.

ha colpito sporadicamente un certo numero di ragazzi e negli anni 1907 e 1908 ha esploso in forma epidemica. In questo biennio i ricoverati per *difterite* sommano a 110, cifra che sta ad indicare la diffusione presa dalla malattia, la quale ebbe anche una speciale gravità dimostrata dalla mortalità che si verificò allora e che fu più alta del solito (1).

I casi di *difterite laringea*, con o senza manifestazioni più alte, nei quali fu necessario un intervento operativo contro i fenomeni *laringostenotici*, sono in totale 120 e fra questi si è avuta una mortalità del 20,8 %. Tale intervento fino al 1906 è stato esclusivamente praticato mediante la *tracheotomia*; nel corso del 1906 io ho introdotto la *intubazione* col metodo O' Dwyer e da quell'epoca in poi l'intervento è stato misto.

La mortalità degli operati risulta presso a poco uguale tanto nei casi trattati colla *tracheotomia in primo tempo*, quanto nei casi in cui si praticò la sola *intubazione*, oppure *la intubazione in primo tempo* e *secondariamente la tracheotomia*. E si comprende, perchè tanto coll'uno che coll'altro intervento si combatte uno dei sintomi della malattia, il più impressionante, l'asfissia, ma nulla si toglie al pericolo della intossicazione generale, della paralisi, della broncopolmonite ecc. che ci portano via tanti dei nostri operati.

E allora quali sono i vantaggi della *intubazione*? Intanto un vantaggio, per quanto lieve, si riscontra per i bambini al di sotto dei due anni, fra i quali la *intubazione* ha dato qualche esito favorevole in più che la *tracheotomia*. Altri vantaggi sono rappresentati dalla rapidità e facilità di questa operazione incruenta che dà felici risultati — talvolta in modo sorprendentemente rapido — senza lasciare, come la *tracheotomia*, una cicatrice visibile ed indelebile. Per questo la *intubazione* è molto più accettata che la *tracheotomia*.

La *intubazione* da chi ne ha pratica e può disporre di due persone per immobilizzare il paziente e fissare *l'apri-bocca*, viene celermente praticata in qualunque condizione di luce e di ambiente in genere.

(1) Negli anni 907-908 la mortalità generale fra i ricoverati per *difterite* fu del 19 % e negli operati per tale malattia ascese al 40 %.

Io tengo l'apparecchio da *intubazione*, coi tubi mantenuti sterilizzati in olio mentolato, nella stanza attigua alla porta d'ingresso dello Spedale, e quando sono preavvertito dell'invio di un *difterico*, mi trovo là pronto per procedere, appena il malato ha varcato la soglia, all'*intubazione*, che, quando non c'è pericolo di morsi, pratico anche facendo a meno di *apri-bocca* o di assistenti, senza incontrare mai quelle difficoltà che si dice dipendano da *spasmo glottideo* e che forse sono dovute ad imperfezione nella manovra. Ho così potuto salvare parecchi bambini giunti allo Spedale in stato di *apnèa* assoluta e presentatimi dai parenti come morti. Sono questi i casi che danno le maggiori soddisfazioni, ma anche le maggiori preoccupazioni e richiedono non piccolo sacrificio da parte del Sanitario, specialmente se, come nel caso mio, è solo nell'ospedale, perchè la vigilanza deve essere continua e rigorosa, finchè non siano vinti completamente i fenomeni di *stenosi laringea*.

Non è raro il caso di bambini che, appena intubati, possono espettorare delle *pseudo-membrane* e subito dopo respirare liberamente, sicchè è sufficiente questo *écouvillonage* a vincere definitivamente i fenomeni *crupali*. Si tratta di alcuni casi favorevoli nei quali la sieroterapia era stata attuata precocemente, prima dell'invio del paziente allo Spedale. Ma in genere il tubo deve esser portato per 4-5 giorni, e talvolta assai di più. In qualche caso io ho insistito nella *intubazione* per 12-15 giorni, ma mi sono convinto che può esser dannoso prolungarla oltre l'ottavo giorno a causa dei decubiti che può dare il tubo; perciò, persistendo la *stenosi* oltre questo giorno, è necessario ricorrere alla *tracheotomia*. Fra le varie contro-indicazioni alla *intubazione* è stata citata anche la estensione delle *false membrane* ai bronchi⁽¹⁾; ora nel caso citato nel mio resoconto operativo al n. 155, nel quale tale estensione risultò evidente, io ottenni la guarigione abbastanza rapidamente dopo che a traverso il *tubo* fu espettorata una magnifica *pseudo-membrana* riprodotte lo stampo della trachea, dei bronchi e dell'inizio dei rami collaterali

(1) CONCETTI - *La Difterite* - Trattato Italiano di Patologia e Terapia medica - P. V., pag. 121.

(v. fig. 1, Tav. II). Perciò delle volute contro-indicazioni io non tengo conto che dell'*edema glottideo*; se non c'è questa morbosa condizione, io *intubo* sempre, salvo poi a ricorrere alla *tracheotomia*, che, fatta con tutto agio, rimane assai facilitata; e vi ricorro in prima giornata prontamente se vi sono in atto fenomeni di bronco-polmonite od estese lesioni alla retrobocca e in faringe dalle quali gli essudati a traverso il tubo possano con facilità passare nell'albero respiratorio; più tardivamente negli altri casi nei quali aspetto, come indicazione all'intervento cruento, la possibilità di decubiti laringei, l'inizio di fatti bronco-polmonari, l'intolleranza al tubo ecc.

Per liberare definitivamente il paziente dalla cannula si incontra generalmente maggiore difficoltà in queste *tracheotomie tardive* che non nelle *tracheotomie secondarie precoci* o in quelle fatte in *primo tempo*. Colla pazienza però si riesce sempre a guarire definitivamente il *cannulari*; a questo fine è necessario rieducarlo alla respirazione per le vie naturali sostituendo periodicamente il tubo alla cannula, lasciando il paziente quotidianamente senza strumento alcuno per il maggior tempo possibile, sotto attenta sorveglianza. La guarigione definitiva è stata con questo metodo raggiunta nei casi del resoconto operativo segnati coi nn. 120-133-141-152.

Tale procedimento è lento, ma porta sicuramente al successo; d'altra parte quando si avesse fretta si può andare incontro a disastri come nel caso riportato al n. 151. Si tratta di un bambino che, per *tracheotomia secondaria all'intubazione*, portava la cannula tracheale da appena 68 giorni; la madre si stancò presto di vederlo con quello strumento ed un bel giorno con un inganno riuscì a ritirare il piccolo paziente dal nostro Spedale per portarlo in un altro, dove la cannula fu subito tolta. Ma in capo a qualche ora il bambino non convenientemente assistito soccombeva ucciso da fenomeni di asfissia ricomparsi improvvisamente.

Anche nei casi nei quali si sono verificate delle *stenosi organiche* si può ottenere pazientemente il successo facendo una dilatazione del tubo laringo-tracheale, graduale, combinata dall'alto per le vie naturali mediante la *intubazione*, dal basso mediante la *introduzione* a traverso la fistola tracheale di mandrini da cannule o di candelette

speciali che io ho fatto costruire con una lega di stagno e di piombo⁽¹⁾.

Ma oltre le preoccupazioni per la cura, i *Difterici* ci danno anche quella della possibilità di contagiare gli altri ricoverati perchè, nelle condizioni attuali del nostro Spedale, non possiamo sottoporli a rigoroso isolamento.

b) MALATTIE TOSSICHE.

Pellagra. — Ho classificato la *pellagra* fra le malattie tossiche, quantunque non da tutti sia creduta effetto di una intossicazione e la sua *etiologia* sia ancora discussa, come vedremo più avanti.

I *pellagrosi* accolti nello Spedale di Mugello costituiscono la categoria di malati notevolmente più numerosa perchè sommano a 2096, divisi in 1236 maschi e 860 femmine.

La *grafica*, che segna il numero dei *pellagrosi* accolti anno per anno nel nostro Spedale, riproduce anche esattamente la *morbilità* che per questa malattia si è avuta nella Val di Sieve, in quanto che i *pellagrosi* ricorrevano tutti o quasi allo Spedale per la fiducia illimitata che essi avevano nella *balneoterapia*, cura che non potevano altrimenti attuare e che ritenevano indispensabile alla guarigione della malattia (v. Diagramma Tav. I). Per più di 10 anni dall'apertura dello Spedale i *pellagrosi* hanno rappresentato oltre il 30 % del totale dei ricoverati; anche dopo quel periodo si sono mantenuti numerosi e fino all'anno 1892 hanno rappresentato circa il 18 % di tutti gli ammessi; ma da quell'anno in poi si ha nel loro numero una diminuzione che si accentua dopo il 1899, talchè nell'ultimo decennio si contano pochissimi casi di *pellagra* (ed alcuni assai dubbi) rappresentati dalle solite persone che all'inizio di ogni primavera chiedono l'ammissione allo Spedale per la tuttora radicata fiducia nei bagni.

La grande maggioranza dei nostri *pellagrosi* è costituita da adulti; poche sono le persone al disotto di 20 anni ammesse per *pellagra*; due sole al disotto di 10 anni; nessun lattante figura in questa categoria. Moltissimi di questi malati appartengono alla classe dei coloni e dei braccianti, pochissimi a quella dei mendicanti, sebbene nei tristi tempi passati fossero numerose nel Mugello le persone che, per

(1) BARBENSI-BARCHIELLI - *Rivista di Clinica Pediatrica* - Anno IV, N. 4.

manca di lavoro congiunta a naturale inerzia, andassero accattando di porta in porta un sostentamento scarso ma pur variato. Ad eccezione dei casi nei quali si aveva una grave devastazione organica o psichica e che finivano colla morte o al Manicomio, tutti gli altri conseguivano un miglioramento notevole ed anche la guarigione nella loro degenza allo Spedale, e ciò senza esser sottoposti ad alcuna cura speciale, chè tale non si poteva dire quella po' di idroterapia fatta non per convinzione della sua efficacia ma per accontentare questi malati, o qualche cura ricostituente praticata in pochi casi eccezionali. Per unanime attestazione dei miei predecessori, il benefico effetto prodotto dalla ospedalizzazione dei *pellagrosi* deve esclusivamente attribuirsi al congruo regime alimentare, cui venivano sottoposti. Infine le ammissioni più numerose si sono verificate generalmente dopo le annate di maggior penuria.

Con quale delle varie teorie, che sono state emesse sulla etiologia della *pellagra*, concordano i dati da me ora riferiti?

Intanto ricorderò brevemente le principali di queste teorie, desumendole dalle ottime pubblicazioni del Rondoni e del Franchetti (1). Esse possono dividersi in *teorie maidiche*, che attribuiscono la malattia all'uso del *mais*, e in *teorie amaidiche* che negano al *mais* qualsiasi influenza nello sviluppo della *pellagra*.

Fra le *teorie amaidiche* abbiamo:

1^a) La *teoria* di *Sambon*, secondo la quale la *pellagra* sarebbe prodotta da uno *sporozoo* introdotto nell'organismo umano da un insetto ematofago, il *simulium*;

2^a) La *teoria* di *Alessandrini* e *Scala*, secondo la quale la malattia deve mettersi in rapporto colla ingestione di determinate acque, che conterrebbero silice allo stato colloidale.

Fra le *teorie maidiche* ricordo: 1.^a La *teoria tossico-zeistica* del *Setti* e *Lombroso* che incolpa il granturco avariato, specialmente per l'azione degli *ifomiceti* (*Penicillium glaucum*);

2.^a) Le *teorie tossiche* sostenute dallo *Zuntz*, *Bezzola*, *Romero*,

(1) Dott. PIETRO RONDONI - "Ricerche sulla alimentazione maidica" ecc. - *Sperimentale*, Anno LXIX - Fasc. IV - Luglio-Agosto 1915.

Dott. AUGUSTO FRANCHETTI - "L'Etiologia della Pellagra". - *L'Igiene Moderna* - Anno IV, N. 4, 1911.

Raubitschek e da altri, le quali ammettono che anche nel granturco non avariato esistano principî tossici o capaci di diventar tali in speciali condizioni, o appena introdotti nel nostro organismo ;

3^a) La *teoria ipo-alimentare* (Osborne e Mendel, Henriques, Baglioni ecc.), secondo la quale l'alimentazione maidica quasi esclusiva e prolungata porterebbe l'organismo ad ammalarsi perchè il *mais*, principalmente per causa delle sue *proteine* mal digeribili, risulta un alimento troppo scarsamente plastico ;

4^a) La *teoria della avitaminosi* (sostenuta dal Funk e che si ricollega alla precedente) secondo la quale la *pellagra* non sarebbe dovuta alla deficienza di principî alimentari nel granturco, ma bensì alla deficienza delle *vitamine*, cioè di quei principî che servono a regolare i processi vitali e che sono necessari negli alimenti affinché questi possano essere regolarmente utilizzati dall'organismo.

Vi sarebbero poi delle *teorie tossico-infettive*, quali quelle di Tizzoni e di De Giaxa, che pur dando importanza alla alimentazione maidica, ammettono però come fattore necessario l'azione di speciali micro-organismi (*bacterium maidis*, *bacterium coli*).

Ora i dati della epidemia pellagrosa del Mugello non suffragano certo le *teorie amaidiche* ; non quella del *Sambon*, perchè converrebbe ammettere che i *simulidi*, propagatori della *pellagra* secondo quell'Autore, sarebbero ora diminuiti, anzi quasi totalmente scomparsi in un modo che avrebbe del miracoloso ; neppure confortano la *teoria idrica* (Alessandrini e Scala) perchè non si potrebbe spiegare la scomparsa quasi completa della *pellagra* dalla Val di Sieve, dopo avervi per tanto tempo dominato, che con un cambiamento esteso e profondo nelle acque potabili, cambiamento che si può assicurare non avvenuto perchè altrimenti avrebbe fatto risentire la sua influenza anche sulla *morbilità tifosa*, la quale invece non mostra negli ultimi anni variazioni notevoli in confronto ai primi anni di esercizio dello Spedale, almeno se si deve giudicare in base alla *grafica* dei tifosi ospedalizzati (vedi Diagramma Tav. I).

È evidente invece, che per quanto riguarda il Mugello, esiste un rapporto stretto fra il consumo di *mais* e la *pellagra* e che il

progressivo miglioramento nella alimentazione della popolazione ha portato una diminuzione di *pellagrosi* via via più accentuata.

Il granturco (*zea mays*) fu introdotto in Toscana fra il 1533 e il 1594 (1), ma la sua coltura in Val di Sieve si estese molto più tardi, nella seconda metà del secolo XVIII, sostituendo quella del miglio, e la farina di *mais* circa il 1800 era entrata largamente nell'uso alimentare delle classi povere. Ora la prima constatazione, di cui si abbia notizia, di casi di *pellagra* nel Mugello, risale al 1818 (2).

Fino a 20 anni fa il granturco ha costituito, almeno per gran parte dell'anno, l'alimento quasi esclusivo della classe dei braccianti e di quella dei coloni più poveri, ciò che spiega perchè quelle classi dessero il maggior contingente di *pellagrosi*. L'immunità assoluta dei lattanti e quella relativa dei giovanetti ha la sua spiegazione nel fatto che i primi non mangiavano quasi affatto farina di *mais* e i secondi in quantità minore degli adulti godendo, con sacrificio di questi, di un migliore trattamento alimentare.

Nell'ultimo ventennio la coltura del granturco nel Mugello non ha certamente subite delle diminuzioni e i sistemi di coltivazione e di essiccamento, quelli di preparazione delle farine sono press'a poco gli stessi di quelli in uso 40 e 50 anni fa. Del granturco raccolto una parte ora viene esportata o consumata per alimento del bestiame, ma una buona parte serve ancora per alimentazione umana. Sono però mutate notevolmente le condizioni economiche della nostra popolazione: da una parte per il maggiore e più razionale sfruttamento del suolo si sono avvantaggiate le condizioni dei contadini, dall'altra per l'emigrazione temporanea e per la maggiore retribuzione della mano d'opera nei lavori locali, sono migliorate le condizioni dei braccianti.

Questo miglioramento economico permette una alimentazione più variata e completa e se nelle classi povere la farina di granturco viene ancora consumata con una certa larghezza nella stagione inver-

(1) TARGIONI-TOZZETTI - " Cenni storici sulla introduzione di varie piante nell'agricoltura e di orticoltura toscana " - Firenze, 1896.

NICCOLI - *Saggio storico e bibliografico dell'agricoltura italiana*. - U. tip. editr. - *Nuova Enciclopedia agraria* - P. I. pag. 188-189.

(2) FERRETTI - Resoconto citato, pag. 46.

nale, alla sua deficienza alimentare viene riparato aggiungendovi buona dose di condimenti grassi od alternandola con altri cibi, a differenza di quanto accadeva nel passato quando tale farina non aveva per condimento che il sale, non sempre in quantità sufficiente, e costituiva da sola, per la massima parte dell'anno, l'alimento di tanti derelitti.

Queste constatazioni mi porterebbero a ritenere fra le varie *teorie maidiche* più probabili quelle che attribuiscono la *pellagra* alla *insufficienza della alimentazione maidica* sia perchè nel granturco scarseggiano i principî alimentari indispensabili al nostro organismo, sia perchè vi scarseggiano le *vitamine* necessarie alla utilizzazione di tali principî; e mi farebbero escludere le *teorie tossiche* e *tossico-infettive*, perchè se nel granturco allo stato normale o in condizioni speciali esistessero dei principî tossici, mi sembrerebbe che i casi di questa speciale intossicazione dovessero essere tuttora più numerosi di quelli che sono in realtà, per l'uso ancora abbastanza largo di questo alimento.

In conclusione, il mio Diagramma che segna la scomparsa quasi totale della *pellagra*, indice di miseria, segna anche il grande progresso economico conseguito dal Mugello.

Avvelenamenti. — Nello Spedale di Mugello non sono stati osservati che sei casi di avvelenamento, tre casuali e tre a scopo suicida. Riguardo alla causa, in cinque è da incolparsi il sublimato corrosivo, in uno la tintura di jodio. È registrato un solo esito negativo in un avvelenamento per sublimato dopo dodici giorni di degenza nello spedale, a causa di gravi alterazioni renali.

B) MALATTIE CHIRURGICHE

E LESIONI TRAUMATICHE.

Per malattie chirurgiche e lesioni traumatiche si sono verificate 4469 ammissioni, talchè le affezioni chirurgiche figurano per il 28,86 %.

nella somma totale dei casi accolti nello Spedale di Mugello. La mortalità che esse hanno data è stata dell' 8,23 %.

Delle affezioni chirurgiche delle varie regioni farò qui un brevissimo cenno, perchè nel resoconto operativo dovrò ritornar sopra la maggior parte dei casi chirurgici importanti.

Capo. — Per malattie chirurgiche e lesioni traumatiche del capo si sono avuti 353 ricoverati; di essi 324 poterono essere dimessi dallo Spedale, mentre 29 vi morirono. La mortalità è stata dunque dell' 8,22 %.

Collo. — Sono 181 i ricoverati per affezioni chirurgiche del collo (non comprese quelle difteriche) coi seguenti risultati: guariti 170, morti 10, 1 rimasto in cura al 31 Dicembre 1914.

La mortalità fu del 5,52 %.

Torace. — Per affezioni chirurgiche della parete e degli organi del torace sono state ammesse 277 persone fra le quali si verificò una mortalità del 10,47 %.

Colonna Vertebrale. — Figurano 129 ricoverati per lesioni della *rachide* con una mortalità del 34,88 %. Le cause più frequenti di ammissione sono date dalle lesioni flogistiche (*morbo di Pott*); vengono poi in ordine di frequenza le traumatiche, ed infine i difetti congeniti (*spina bifida*).

Addome. — Sommano a 517 gli ammessi per affezioni chirurgiche dell' addome che vanno così distinti:

Per affezioni della *parete addominale* 73 ammessi, dei quali guarirono 68 e morirono 5 (mortalità del 6,85 %);

Per affezioni del *peritoneo* (*peritoniti croniche, peritoniti acute, traumi e neoplasie* del peritoneo) 28 ammessi con una mortalità del 39,29 %.

Per lesioni dei *visceri addominali* 37 ammessi, guariti 45, morti 28 (mortalità del 35,62 %).

Ernie. — Per ernia delle varie regioni furono ammesse 343 persone, delle quali 322 poterono lasciare lo Spedale, mentre 21 vi morirono. La mortalità fu dunque del 6,12 %.

Organi Genito-urinari. — Le malattie degli organi genito-uri-

narî dettero luogo a 546 ammissioni, delle quali la causa più frequente fu la *iscuria prostatica*.

La mortalità constatata in questa categoria di malati fu del 7,5 %.

Regione Retto- anale. — I ricoverati per affezioni di questa regione sono 149, dei quali 141 risultano dimessi guariti e 8 morti (mortalità del 5,37 %).

Le *emorroidi*, le *fistole*, gli *ascessi perianali* furono la causa dell'ammissione nella maggior parte dei malati qui compresi.

Arti. — I ricoverati per malattie chirurgiche e lesioni traumatiche degli arti figurano per il 51,84 % sul totale degli ammessi in Chirurgia. Sommano infatti a 2317 individui (1683 maschi e 634 femmine) che ebbero una mortalità del 6,85 %.

Per *l'arto superiore* si ebbero 802 ammissioni, delle quali la causa più frequente è costituita dalle *lesioni traumatiche*. La mortalità fu del 2,86 %.

Per *l'arto inferiore* le ammissioni sommano a 1515 e la loro causa più frequente è rappresentata dalle alterazioni *infiammatorie* e *distrofiche*. In questi ricoverati la mortalità salì al 7,78 %.

C) SPECIALITÀ.

Per malattie speciali si sono avuti 1203 ricoverati così ripartiti :

Per *malattie cutanee* 603 ammessi, dei quali 602 guariti, 1 morto per *lupus* esteso alla faccia ed alla regione anteriore del torace. La causa più frequente di ammissione nei cutanei è costituita dalla *scabbia* ;

Per *malattie degli occhi* 257 ammessi, dei quali 255 poterono lasciare lo Spedale guariti, 1 rimase in cura per il 1915 e 1 morì per *panoftalmite* e consecutiva *meningite* ;

Per *malattie degli orecchi* 31 ammessi, che risultano tutti guariti ;

Per *malattie ostetriche e ginecologiche* furono ammesse 96 donne, delle quali 88 furono licenziate guarite, mentre 8 morirono. (Mortalità dell' 8,34 %).

Per mancanza di adatto personale di assistenza, casi di ostetricia non si possono ricoverare nel nostro Spedale se non presentano assoluta urgenza. Ma i casi di affezioni ginecologiche, bisognevoli di intervento operatorio, sarebbero bene accetti, e confidiamo che i Colleghi delle Condotte vorranno d'ora in avanti inviarcene in maggiore numero che nel passato.

D) AMMESSI SENZA DIAGNOSI.

Ho dovuto comprendere in questa categoria 146 ricoverati, per i quali non sono riuscito a trovare nessun documento che mi permetta di precisare la diagnosi della loro malattia. Di questi ospedalizzati risultano dimessi dallo Spedale 128, morti 18.





LE EPIDEMIE A BORGO SAN LORENZO NEL CORSO DELL'800

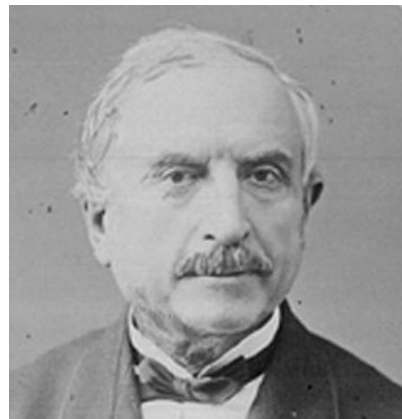
Nel corso del XIX secolo varie epidemie hanno funestato la vita di intere comunità anche in Toscana e le più gravi sono state sicuramente quelle dovute alla diffusione del colera.

In Mugello in particolare il colera si diffuse tra la fine del 1854 e il 1855 causando numerosi morti in varie comunità partendo da Barberino fino a Borgo san Lorenzo. (1)

Non era la prima volta che la Toscana veniva interessata dal "colera asiatico" che solitamente si manifestava nella città di Livorno essendo il porto più importante del Granducato.

Così avvenne nel 1835 e due medici mugellani furono protagonisti delle attività sanitarie messe in atto per impedirne la diffusione nella regione riuscendo a contenere il contagio della popolazione.

Si trattava di Pietro Betti, nativo di Mangona nel comune di Barberino, e di Pietro Cipriani di San Piero a Sieve.



Il primo era già un medico affermato insegnante presso la Scuola Medico - Chirurgica fiorentina e proprio per il timore dell'arrivo in Toscana del colera il Granduca gli affidò la direzione sanitaria del porto di Livorno per cinque anni (unico ufficio medico del Granducato) Il secondo aveva appena 27 anni quando nel settembre del 1835 venne inviato a Livorno, dove imperversava l'epidemia di colera, per dirigervi lo spedale dei colerosi ed operò con grande impegno fino alla scomparsa del morbo che gli valse il plauso delle autorità e l'assegnazione di una medaglia d'oro. (2)

Per queste sue riconosciute capacità al Cipriani venne affidata "la direzione di tutti gli spedali aperti a Firenze e nei suburbi" in occasione della seconda epidemia di colera nel 1854-55.

Il Betti fu nominato dal Granduca sovrintendente dell'Ospedale di Santa Maria Nuova e poi "nel 1851-52 rappresentò la Toscana al primo congresso internazionale di Parigi dove tutti i sapienti del mondo dissertarono intorno alle epidemie, specie di colera" (3), durante l'epidemia del 1854 fu nominato responsabile di tutti i lazzaretti della regione. Dalle sue esperienze e analisi sulla diffusione del colera trasse alcune "memorie" poi riunite in cinque volumi dal titolo "Considerazioni sul colera asiatico che contristò la Toscana".

Pietro Betti pur non prospettando progressi sul piano della terapia, ebbe molti elementi innovativi sul fronte della prevenzione e dell'informazione come sottolineato dal Signorini.

Il Betti invitava ad identificare ogni singolo malato, ad isolarlo, poneva attenzione all'igiene personale, a comportamenti idonei in ambienti di uso collettivo, per non parlare delle condizioni igieniche di case e opifici,

dello smaltimento dei liquami e dell'inquinamento fecale di acque potabili, della disinfezione degli ambienti di vita e del divieto, per quanto possibile, degli assembramenti popolari religiosi o civili.

“Betti consigliava anche di evitare le paure e i patemi d’animo (...) e con spirito anticipatore sottolineava la necessità di una corretta informazione della popolazione per evitare in essa false interpretazioni ed erronei atteggiamenti, come quello di celare i casi”(4) Il Betti era anche cosciente che il mondo stava cambiando attraverso uno “smisurato e incoercibile accrescimento del movimento terrestre” di uomini e merci per cui era difficile applicare integralmente misure fortemente restrittive. “Infatti le popolazioni temevano grandemente i possibili effetti economici negativi di tali misure: esisteva dunque “la persuasione del maggior numero di sottomettersi più volentieri alla decimazione che potesse essere indotta nella famiglia delli uomini dalla successione di interpolate sopravvenienze del Colera, piuttostoché alli effetti che potrebbero venire indotti nella totalità della famiglia umana dal ritardo o dalla interruzione del commercio pel trattenimento quarantinario” (Betti)(5)

Dall’esperienza livornese del 1835 anche il dottor Cipriani trasse una memoria pubblicata nell’ottobre di quell’anno in cui racconta lo svolgersi della malattia, le sue particolarità anche se riconosce di “non conoscere il principio che costituisce questo malore, e nel curarlo siamo costretti ad essere puramente empirici, sintomatici puramente.”

D’altra parte gli studi sul colera saranno sviluppati in epoca successiva in particolare dal medico toscano Filippo Pacini che riuscì attraverso l’analisi microscopica delle feci di alcuni colerosi ad individuare al loro interno un microorganismo a forma di “S” che definì “vibrione”.

Il Cipriani, parlando del secondo stadio della malattia lo suddivide in completo e incompleto. “Costituiscono

l'incompleto un senso di pienezza allo stomaco, la diarrea, il vomito, l'oppressione ai precordii, la sete grandissima, il sussulto dei tendini, cui presto tenon dietro i veri crampi: l'occhio è spaurito, e attorniato da cerchio livido, smarrita la fisionomia, i polsi piccoli e frequenti, la voce si fa rauca". Il procedere della malattia si rende completo - scrive ancora il Cipriani- "quando a tutti questi sintomi si aggiunge la diminuzione sempre maggiore della forza del cuore e delle arterie, in seguito si perdono le pulsazioni di queste, la voce è rauca e profonda, il respiro laborioso; dapprima la faccia, le mani, e i piedi divengono lividi, scarni, contratti, quindi, questo lividore, detto cianosi, invade più o meno universalmente tutta la superficie del corpo, e questa agghiacciata, fredda come marmo e cosparsa di viscido sudore pur'esso freddo". Il decorso dell'infezione era piuttosto rapido secondo i rilievi effettuati dai medici che cercavano di alleviare le sofferenze dei malati con metodi molto empirici. "La prima indicazione era di un generoso salasso - quando il paziente aveva scarso vomito, e ne sentiva il bisogno facendo degli inutili sforzi, non di rado amministrai l'olio d'oliva nella dose di quattro a sei once, e nel tempo stesso procurava che i malati bevessero continuamente, e a larghe dosi il decotto tiepido di camomilla; la qual bevanda era da me usata di preferenza - faceva mantenere possibilmente calda la superficie del corpo, ponendo a profitto le continuate frizioni quando già aveva avuto luogo il crampo, e queste d'ordinario erano fatte o con l'aceto senapato, o con l'alcool canforato, coadiuvandone l'azione con altre fomenta asciutte fatte con flanella ben calda". In alcuni casi venivano usate anche le sanguisughe attaccate dietro le orecchie o sulla tempie contro i forti dolori al capo dei malati. Erano tutte procedure empiriche che venivano applicate di volta in volta attraverso un'attenta osservazione del

paziente. “Allorquando sento predicare qualche specifico pel cholera-morbus non posso astenermi dal diffidarne. - scrive il Cipriani- Gli oleosi, gli oppiati, la canfora, la magnesia, la menta, gli spiritosi, il salasso e il mercurio falsamente si dicono rimedi esclusivi pel cholera”.

Quello che manca, sottolinea sempre il medico sanpierino, è la conoscenza del “veleno choleroso”, di come “assalga la nostra fibra” e si augura che “qualche genio troverà cosa sia il cholera-morbus, e come possa specificatamente curarsi.”(6)

Il colera che si diffuse nuovamente da Livorno nel 1854 pian piano di allargò a buona parte della Toscana arrivando anche in Mugello. In questa circostanza dai rapporti dei medici impegnati nel combattere il morbo c'è la consapevolezza dell'importanza delle condizioni igienico sanitarie e della promiscuità come elementi che favoriscono il diffondersi della malattia.

Il Mugello era già stato colpito nel 1817 da una grave epidemia di tifo che costrinse le autorità a riaprire il Monastero di Luco che venne utilizzato come lazzaretto per ospitare i malati (questo fu uno dei motivi che portò 50 anni dopo alla scelta di questo luogo per realizzare il primo ospedale del Mugello). Un'altra epidemia di febbre tifoide interessò in particolare Borgo san Lorenzo dopo l'alluvione del 1844 causata dalla Sieve che, superando gli argini,



sommerse la parte del paese che si trova sotto il livello del fiume.

Intorno alla metà dell'800 il territorio venne nuovamente interessato da due importanti epidemie, la miliare e poi il colera di cui si è detto.

“In Mugello il colera arrivò a più riprese, sempre importato da località colpite in precedenza: a Mangona da Brozzi, a Barberino da Pistoia, a Cavallina da Sesto, alle Filigare e Pietramala dalla Romagna pontificia; da qui si estese da un lato a San Piero a Sieve e Vaglia, e dall'altro a Borgo san Lorenzo, Vicchio e Dicomano. Betti ritenne pertanto che “chiunque parta da luogo contagiato debba esser carico di elementi contagiosi per le continue comunicazioni che egli ebbe colle cose e colle persone”(7)

Un altro medico che svolse un ruolo importante nell'epidemia di colera del 1855 fu il fiorentino Chiarino Chiarini che operò a Firenzuola dove realizzò un ospedale all'interno del paese che rimase in funzione per alcuni mesi accogliendo 173 colerici. (dopo questa struttura aperta dal Chiarini bisognerà aspettare il 1891 perché il comune si doti di una struttura sanitaria per iniziativa di mons. Luigi Medolaghi. (8).

Il dott. Lanini e l'analisi della miliare e del colera nel popolo di Borgo san Lorenzo

Sulla miliare sappiamo poco ma mi attengo a quanto ha scritto Renzo Vignini nel suo saggio “Epidemie e politica sanitaria a Borgo san Lorenzo 1853-55. (Al contrario n. 30 del febbraio 1981 estratto della tesi di laurea che riportava alcune relazioni inedite di medici, tra cui il Lanini, custodite nell'archivio storico del comune).

“Per prima cosa, scrive Vignini, bisogna accennare alla scarsità di elementi a disposizione per una determinazione

*Storia della Miliare
che ha dominato epidemica
in Borgo Lorenzo
negli anni 1854-55
scritta dal D. Antonio Zanussi
Medico-chirurgo condotto
di detto Borgo*

dell'esatta patogenesi della miliare. Per questo motivo essa non si può far corrispondere, con certezza assoluta, a nessuna moderna malattia conosciuta. La causa è da cercare nell'assenza, nella scienza medica della metà dell'800, di un preciso quadro nosologico, cioè di una conoscenza esatta della sintomatologia che caratterizzava ciascuna malattia. I sistemi conosciuti erano aspecifici e potevano associarsi a morbi di diversa origine. Perciò oggi che la malattia è scomparsa risulta difficile diagnosticarla riferendosi alle descrizioni dei secoli scorsi. A questo riguardo si possono fare delle ipotesi più o meno attendibili senza poter dare una risposta definitiva e esauriente. Si tratta di una forma settica caratterizzata da febbre e da eruzione cutanea di piccole vesciche dalle dimensioni di un grano di miglio (da cui il nome miliare) ripiene di siero bianco-giallastro (miliare alba) o rossiccio (miliare rubra). La malattia a cui si può maggiormente avvicinare è il tifo" (Vignini). Per curiosità si può ricordare che la febbre miliare venne

indicata come causa della morte di Mozart.

I primi casi di Miliare si verificarono intorno al 1849 soprattutto in alcuni paesi sulla riva destra del fiume come Sagginale nel 1850, nel 1851 casi si registrarono a Montepulico e poi l'anno successivo a Polcanto. In tutti questi borghi sembra che la febbre attaccasse "di preferenza la gioventù di ambo i sessi che avevano camere oscure e ristrette".

I primi malati a Borgo San Lorenzo si registrano nel 1853 nella zona di via Porciaia per poi estendersi a tutto l'abitato anche nell'anno successivo e cessare a metà del 1855. "Per essa strada (via Porciaia, l'attuale via Pasquino Corso) corre una fogna che riceve i canali di molti acquai e forse anco di luoghi comodi, e che malamente si vuota, se non che in tempo di pioggia per avere pochissima pendenza". (9)

Nonostante fossero molti gli abitanti infettati la miliare aumentò di poco la mortalità della popolazione, mentre fu diversa la situazione del colera come dimostrano i dati statistici ancora di Borgo san Lorenzo del solo 1855 che vedremo più avanti.

Il dott. Antonio Lanini medico chirurgo condotto di Borgo san Lorenzo nel 1855 scrive due dettagliate relazioni relative alle epidemie verificatisi nel territorio comunale destinate all'amministrazione in cui ripercorre il propagarsi delle due malattie descrivendo decine di casi e le cure adottate con alcune considerazioni sull'igiene e la pericolosità degli assembramenti di persone per la diffusione del contagio. (10) La parte più consistente è dedicata alla miliare che interessò Borgo san Lorenzo tra il 1854 fino al 1855 quando iniziò a diffondersi il colera. Infatti il dott. Lanini sostiene che coloro che erano stati colpiti dalla miliare reagivano meglio al colera quasi come se la due malattie vi fossero tratti comuni.

La miliare a Borgo san Lorenzo per molti mesi resta

confinata nelle vicinanze di due fogne e questo fatto - scrive il Lanini -" è tale da non essere obliata da chi presiede e deve provvedere alla salubrità del paese, essendo cosa ormai le mille volte constatata che la poca nettezza delle fogne è una delle cause principali dello sviluppo e del dominio delle epidemie che non di rado molestano paesi e città".

Con la stagione estiva (come avverrà con il colera) la miliare si diffonde a quasi tutto il paese colpendo tutte le classi sociali. La zona più attaccata fu S. Andrea con i malati più gravi e "si ebbero in essa più vittime più che in tutt'altra strada". Da S. Andrea passava "il fossone che conduce alla Sieve gli scoli delle due fogne" ammorbandò l'aria "che i venti meridionali portano sulla predetta strada." Con l'arrivo dell'autunno i malati diminuiscono anche se non il numero dei morti, secondo il Lanini durante il periodo estivo i morti erano il 5%, nell'autunno salgono al 15% e nei mesi di gennaio e febbraio a 25 morti su cento ammalati. L'epidemia di miliare cessa nel giugno del 1855 quando "l'indi Cholera venne a spiegare la sua ferocia su



quelli che la miliare aveva rispettati” e “la via di S. Andrea che offerse il maggior numero di ammalati di miliare fu la meno molestata dal Cholera”.

Gli ammalati di colera furono 852 e i morti 397 in tutto il territorio comunale, che contava in quell’anno 11.797 abitanti, nel periodo da giugno a novembre. La maggiore concentrazione si ebbe nei mesi di agosto dove a fronte di 525 casi i morti furono ben 255. Nel solo capoluogo i morti furono 137 su una popolazione di 3956 “anime”, a Ronta 43 su una popolazione di 1146 abitanti, a Pulicciano che aveva ben 548 abitanti ci furono solo 8 decessi, 24 morti a Grezzano e 29 a Luco che avevano rispettivamente 518 e 751 abitanti. Curioso il caso della loc. Monte Aceraia dove i morti furono 44 su una popolazione di 449 persone, mentre a San Cresci furono 23 su 905 abitanti. Casaglia che aveva 307 abitanti ebbe un solo morto.

Tra l’altro l’epidemia di colera arrivò dopo due anni difficili per l’agricoltura con “una penuria di cibo nel 1853 e in parte del 1854” e con un aumento consistente dei prezzi dei beni di prima necessità che indebolirono ulteriormente la parte più povera della popolazione. Il granturco che a maggio 1853 costava 9,5 lire nel 1854 raggiunse le 24 lire, il grano da 16,4 a 31 lire, l’orzo da 15,10 a ben 26 lire.

Due proverbi citati dal Lanini dicono che “la peste è sorella della fame” e che “dopo la peste viene la fame” e nel 1853-54 si ebbero alimenti scarsi e di pessima qualità e una seria mancanza di vino a cui venivano attribuiti importanti funzioni nutrizionali e mediche.” Forse anche questa cagione(vino) contribuì non poco a fiaccare le nostre fibre, a renderci meno atti a resistere e superare le cagioni tutte di malattie, cui continuamente siamo esposti, essendo la nostra vita una continua lotta tra gli agenti di distruzione e gli atti assimilativi di riparazione”. (11)

Oltre a questo nel 1851 Borgo San Lorenzo era stato interessato ancora una volta da una grave alluvione alla fine di ottobre i cui effetti sono descritti dal Collegio dei Priori, come riportato nello studio del Vignini, in una deliberazione dei primi di novembre: "il collegio dei priori in seguito alla luttuosa e deplorabile circostanza della straordinaria inondazione di quattro quinti di questo paese avvenuta nelle prime ore pomeridiane del 31 ottobre scorso, aveva non solo dovuto distribuire una quantità di pane ai miserabili, ma eziandio trovar ricovero ad alcune famiglie della contrada della Sieve, le quali furono fortunate di essere riuscite in tempo a fuggire dalle loro abitazioni, facendo aprire alcune stanze del casamento Maganzi, e provvedendole di paglia, fuoco e lume." Furono stanziati 109 lire per distribuire pane, legna e brace alla popolazione più povera che era rimasta alluvionata e 809 lire per liberare questa parte del paese dalla "mota depositata dalla inondazione".

Nella sua analisi sulla miliare il Lanini nota che la malattia risparmia le puerpere e non invece le nutrici e cita due casi, "così la signora Fanny Guarducci era puerpera nel tempo che il suo consorte e figli erano in letto per miliare, e ne fu incolme, e la moglie di Angiolino Dallai assisté avanti il parto e nel puerperio cinque figli e il marito presi dalla miliare senza risentirne alcun danno".

Il Lanini osserva anche che nella famiglie della campagne in cui si erano verificati casi di morbillo non si registrarono casi di miliare e ribadisce di "supporre che restassimo immuni al Cholera finché dominò la miliare, mentre il morbo dell'Asia infestava nel 1854 il vicino Barberino, e che in tutti, sani e malati vedevasi per la facile diarrea molta disposizione a questa iena delle malattie, per la causa stessa che rese i bambini incapaci a ricevere il vaiolo vaccino, e

questi, e gli adulti incolumi dal morbillo, credo non sia una ipotesi affatto priva di fondamento”.

Le descrizioni dei vari effetti della miliare sono molto dettagliati con conseguenze per vari organi ad esempio “quando la lingua, qualunque fosse stata la condizione precedente, insieme a denti e labbri si copriva di nere croste, lo stato dei malati era sommamente pericoloso, ma non tale da dover disperare del ritorno alla salute”. A volte si sviluppavano delle ulcerazioni che potevano essere fatali come quella “insorta sopra la gota sinistra del giovine Ottavio Pini, mentre sul finire del marzo 1855 languiva per forte febbre miliare, complicata a prodigiosa quantità di vermi, si diffuse sulla mucosa della bocca fino alle fauci e non poco contribuì a troncargli la vita”. Una situazione altrettanto grave, probabilmente dovuta da un’infezione da streptococco, è quella riferita al priore di Figliano Consolini, “in questo sacerdote nel luglio 1855 la miliare si affacciò con pochissime vesciche, ed in una sola notte degenerò in tali flittene (vesciche o escoriazioni) che la mattina consecutiva gli avevano denudato l’addome e la coscia sinistra, e tale distacco di epidermide per spontanee flittene avveniva tanto celere che presto sarebbe stata denudata l’intera superficie del corpo, se anco in questo caso non fosse sopraggiunta la morte”.

Alcune descrizioni, simili a quelle che poi ritornano nell’analisi della diffusione del colera, sembrano uscire da un film dell’orrore: “ebbi frequentissima occasione di vedere rigettati per bocca dei lombricoidi, ancora con pochissimi sforzi di vomito, (...) questa espulsione di vermi avvenne tanto sul cominciare del male, quanto a malattia inoltrata e sul finire della medesima” e da questo fatto il Lanini non trasse indicazioni inutili alla prognosi. Mentre l’uscita dei vermi dal retto intestino “fu piuttosto di favorevole indizio, e per solito la presenza di questi

nella materia fecale fu prestamente susseguita da marcato sollievo nelle condizioni generali dell'infermo, anche se vi furono delle eccezioni ed alcuni soccomberono ad onta che per l'ano espellessero non scarso numero di tali parassiti".

Anche in questo caso come successivamente per il colera la cura riesce a intervenire solo su alcuni sintomi e lo stesso Lanini riconosce di aver poco giovato ai suoi malati, "sia per essere le mie forze intellettuali sproporzionate all'arduo impegno di ben condurre una cura in mezzo a tanta varietà di fenomeni, ed in parte ancora perché quelle volte che le indicazioni curative erano palesi non potevano essere dirette che contro degli epifenomeni" e curiosamente dice che "se non potevo giovare ai miei ammalati, volevo almeno scansare il caso di nuocerli" ed "avveniva che lasciassimo (anche il dott. Morelli) alle sole forze della natura la sanazione dei nostri ammalati quando la febbre non era complicata a gravi secondari stati morbosi." In questi casi meno gravi il medico si limitava a consigliare acqua e limonate oppure infusioni di fiori di tiglio o di salvia, di sambuco oppure polpa di tamarindo. Molto usate erano anche le rose.

In altri casi era prassi utilizzare salassi e sanguisughe e in qualche occasione, scrive il Lanini, con persone pallide ed emaciate fin dalle prime febbri "piuttosto che levar sangue sembrava fosse indicata la pratica proposta ed inventata da Francesco Polli di Poppi di trasfondere cioè nelle vene buona qualità di sangue, invece di levarla". (12)

Tra le cure attuate da dottore c'è anche l'uso della china che faceva diminuire la febbre, "si sollevava il polso, tornavano le forze, diminuiva il sopore, si inumidiva la lingua, si alleggerivano tutti i fenomeni e la cute facilmente si copriva di miliare. Che in questi casi riusciva come critica".

Ma il prediletto come cardiotonico era "il vino generoso

innacquato", dato di tanto in tanto a cucchiariate "è stato un balsamo, è come rimettere l'olio nella lucerna, perché ha rinvigorito loro lo stomaco, gli ha reso più vegeto il polso e gli ha fatto felicemente resistere al corso del male".

Per Lanini il vino serve a ridestare "le languenti forse della circolazione, o riattivare e riordinare la sensibilità e la facoltà digestiva dello stomaco".

Il vino venne usato dal Lanini anche nel periodo del colera dove fu utile "a superare il periodo algido nell'Orsola Buti e altri che recusarono qualsiasi medicamento e come per incanto calmasse il vomito di ogni sostanza ingerita, a reazione già protratta, in Pietro Capecchi, nelle due Nutini di Montazzi, nei tre bambini di Giuseppe Berretti e molti altri."

Nello scritto del dottor Lanini c'è un'altra considerazione molto interessante sull'impossibilità di fare autopsie sui malati morti per conoscere gli effetti del morbo sugli organi interni, "finché la legge accorderà ai congiunti dei decessi il diritto di poter negare all'Istituzione dei medici. e conseguentemente all'utilità degl'uomini, quei cadaveri stessi che pure non possono preservare dai vermi e dalla putredine"(...) la necropsia dei periti per morte subitanea nel corso della miliare avrebbe forse potuto attribuire i fenomeni su annunciati, avrebbe forse potuto illuminarmi sulla causa produttrice di tanta sventura."

Mentre il Lanini termina queste note nel settembre 1855 il colera lo tocca negli affetti più profondi portando a morte sua moglie.

Forse i primi casi di colera nei pressi Borgo si possono far risalire al dicembre 1854, periodo in cui l'epidemia imperversava soprattutto nella zona di Barberino, con la morte di tal Pierallini nella zona di Olmi e con il caso del giovane Fontani di Piazzano "già degente in letto per la miliare, morire in due ore con vomito, freddo cutaneo

marmoreo, mancanza assoluta di polso e incipiente cianosi e completa afonia”.

Il colera a Borgo san Lorenzo

I primi tre casi ufficiali di colera si verificarono nel giugno del 1855 con due morti, ma già nel mese di luglio salirono a 162 per raggiungere il massimo nel mese di agosto con 525 con quasi il 50% di morti. Gli infettati calarono bruscamente a 148 a settembre per poi sparire a novembre dove si registrò un solo malato e poi guarito. “In poche altre comunità il Cholera arrivò ad attaccare il 7 e 22 per ogni 100 anime” ricordando che i casi furono 852 su una popolazione in tutto il territorio di 11797 abitanti. Furono più gli uomini che le donne ad essere contagiati 446 contro 406, mentre il maggior numero di malati si registrò nella fascia di età tra 30 e 60 anni ben 442 con 199 morti. I casi nei bambini sotto i 5 anni sono abbastanza pochi, 37, ma con un tasso di mortalità molto alto, ben 27 bambini morti quasi il 73%. Lo stesso per la fascia di popolazione più anziana, da 60 a 100 anni, dove i malati furono 155 con 107 morti.

Alcune morti potevano essere evitate secondo il dottor Lanini ma l’operato dei medici si scontrava con la diffidenza



della popolazione. “Si è veduto in generale che una malattia epidemica nel suo primo infuriare è più micidiale che in progresso, ma tra noi questa differenza di mortalità sarebbe forse stata minore nel mese di luglio, se i miseri che furono colpiti dal morbo indico non avessero avuto i medici tutti in tanta cattiva stima da crederli incaricati dal Real Governo di somministrar loro micidiale Bocchetta, che sollecitamente li togliesse dal mondo, per impedire una così crudele malattia, e con tale falsa idea non avessero recusato qualunque medicamento”.

In particolare questo si verificò nelle parrocchie di Gricignano e Monte Aceraia dove tra l'altro non era presente un camposanto e i morti venivano sotterrati vicino alla chiese dove per molto tempo “fu sentito il fetore dei cadaveri in putrefazione”.

Ai pregiudizi e le superstizioni dei ceti più miseri si aggiungono anche comportamenti che il dottor Lanini sottolinea in maniera estremamente negativa segnalandone la gravità alla pubblica amministrazione.

“Dominando il Cholera o qualche altra malattia epidemica in un paese o città è stato sempre osservato che le riunioni di molta popolazione ne favoriscono la diffusione e l'incremento, però è consigliato da tutti i savi medici lo impedirlo. Dal parroco del Borgo San Lorenzo e dalle Autorità fu obliato questo consiglio e invece furono fatte delle feste insolite. Due volte che nel mese di luglio concorse molta gente in paese per implorare dal Cielo misericordia e salute, adorando la miracolosa immagine di Gesù crocifisso che si venera in questa terra, e due volte si ebbe un aumento rimarchevole nel numero dei colpiti dal Cholera. (...) La storia ci narra molti esempi di epidemie già cessate e ricominciate improvvisamente con maggior furore, quando per ragioni di commercio o per spirito

di religione si sono accumulate nei luoghi stessi molte persone. Io, sventuratamente, prima con la miliare, poi con il Cholera, mi trovai a vedere comparire molti nuovi ammalati tutte le volte che qualche consueta o insolita festa sacra richiamava maggior quota di popolo al maggior Tempio di questo luogo, del quale per inesplicabile capriccio furono tenute le finestre tutte chiuse e le porte solo in parte aperte. Così si riuniva molta gente senza pensare a farli respirare un'aria sufficientemente rinnovata, obliando affatto ogni principio anco ovvio d'igiene. (...) Più volte nel corso della epidemia della miliare palesai all'Autorità politica il timore che fosse per riuscire di danno l'essere tenuta poco ventilata la chiesa plebana. In ciò non feci che soddisfare ad un obbligo impostomi dall'impiego. (...) Dai medici tutti di questo fu replicatamente inculcato alle competenti Autorità di provvedere alla nettezza delle case e della strada, ma come fossero ascoltati lo dica l'intera popolazione, non la mia penna che potrebbe essere creduta sotto l'influenza di personale rancore. I medici stessi consigliavano che le chiese fossero costantemente tenute aperte e ventilate, che non vi si associassero i morti, e che i cadaveri fossero tenuti il meno possibile nelle abitazioni. Escludendo i parroci di campagna che tutti indistintamente intesero la necessità di queste cautele, torno nuovamente ad invocare la testimonianza del popolo borghese (di Borgo Ndr) perché dica quanti giorni la chiesa plebana fu tenuta tutta aperta, quanti cadaveri furono portati al Camposanto senza essere associati in qualche chiesa che subito dopo serviva alle sacre funzioni e alla celebrazione delle Messe, quanti morti non giacquero anco ventiquattro ore nel proprio letto, e quanti altri furono portati alla tomba con numerosa processione d'incappati. In quell'epoca di pubblica calamità fu consigliato ancora da tutti i medici di questa comunità di provvedere ai bisogni e

migliorare la sorte delle classi disgraziate per diminuire il più possibile i focolai della malattia, ma da molti fu recusato ogni sacrificio, ed i poveri dovettero continuare a far uso del consueto alimento poco riparatore e poco salubre. (...) la voce dei medici fu sempre come emessa nel deserto”.

Che il colera fosse contagioso ormai lo avevano intuito con chiarezza e il Lanini cita anche alcuni casi per sottolineare questo aspetto della malattia: “Così io potei rilevare che ammalato Giuseppe Ticci, colono del popolo di San Cresci, due giorni dopo si ammalarono pure alcuni suoi figli. Assunta Chiarelli, Fulgenzio degl’Innocenti e Antonio Braschi assistono i Ticci e poco dopo cadono nel Cholera. Il Braschi viene portato alla propria abitazione e due giorni dopo contrae il morbo la di lui moglie e ne muore. La Chiarelli che fu sorpresa nei campi lavorati dal Ticci fu ricoverata in casa del colono Bellatti e presto Giuseppe Bellatti che l’assistè ne muore e la Maria Bellatti corre gravi pericoli. Rosa Martini si pone ad assistere i coniugi Braschi ma non scorsero due giorni che la Martini fu tolta dal mondo in quattordici ore di malattia”.

Dopo le pressioni di medici e sacerdoti l’Autorità amministrativa si decise ad aprire un ospedale provvisorio “nel quale fin dal 1 agosto trovarono conforto alla loro misera condizione e molti salvarono la vita per le assidue cure del dotto mio amico - scrive il Lanini - Giovanbattista Bandini”.

Uno degli effetti del colera era una copiosa diarrea che i medici cercavano di limitare con l’uso dell’oppio solo o mescolato con tannino. Altra complicanza del colera era l’espulsione “anco copiosa di vermi per vomito o per secesso” che qualcuno considerava la causa della stessa malattia, ma il Lanini nota che “anco l’uscita strabocchevole di molri lombricoidi” non faceva cessare “nessun fenomeno di questa malattia”.

Ad un certo punto il Lanini fa anche una riflessione sull'importanza di non instillare nella popolazione sentimenti malinconici e per questo era stato invitato "il Pievano del Borgo a dismettere dal continuo lugubre suono di campane per comunioni, agonie e morti che tanto affliggeva e sgomentava i timidi e non poco, a parere mio, contribuiva ad accrescere il numero giornaliero dei casi di Cholera" (...) ma "continuò a prevalere il capriccio del Pievano, alla quiete degli animi, già troppo abbattuti dall'infuriare del morbo."

Diciamo che il Pievano non restava molto simpatico al Lanini che invece apprezzava lo spirito e l'operato dei parroci di campagna che sembravano a quel tempo, almeno alcuni, più aperti verso le tematiche emerse con il progresso della scienza in campo agricolo e anche medico. Come sosteneva Pietro Betti in quegli anni il colera asiatico era ancora una malattia inesplicabile e misteriosa sotto molti aspetti, "ciò che di lui non può mettersi più in dubbio si è la natura sua importabile e perciò contagiosa".

Ma nella lotta al colera incidevano anche diffidenza, superstizioni e abitudini difficili da contrastare come ricorda proprio il dott. Lanini: "Nonostante le raccomandazioni dei medici e le precauzioni da essi consigliate al fine di limitare il propagarsi di morbi epidemici e per attenuarne gli effetti, le strade rimanevano piene di ogni sorta di immondizie e di escrementi, si persisteva nel bere acqua inquinata di pozzi situati vicino alle stalle e ai letamai o comunicanti con latrine. L'ignoranza e la diffidenza di gran parte della popolazione, l'attaccamento a consuete e secolari abitudini deleterie in tempi di epidemie, non erano minimamente modificate dall'eccezionalità della situazione.

Molti colerosi rifiutavano di farsi curare perché credevano i medici incaricati dal governo di somministrare loro un veleno mortale; si continuavano a fare fiere e mercati e

feste religiose quando la presenza di molte persone in uno spazio ristretto facilitava il diffondersi delle malattie.”

Solo nel XX secolo con la scoperta dei farmaci chimici e soprattutto degli antibiotici si riuscirà ad offrire, con la nuova scienza farmacologica, la possibilità di interventi realmente efficaci rivolti non solo alla cura dei sintomi, ma soprattutto all’eliminazione dei fattori eziologici. (13)

PARROCCHIE	POPOLAZIONE		AMMALATI		MORTI		GUARITI		
	ANIME	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE	UOMINI	DONNE
BORGOS. LOR.	3956	1935	2021	137	152	60	73	77	79
CARBETOLE	163	96	67	4	—	3	—	1	—
CASAQLIA	307	153	154	4	2	1	—	3	2
FALTONA	426	218	208	17	12	12	5	5	7
FIGLIANO	247	135	112	3	2	1	1	2	1
GAREZZANO	518	265	253	32	26	14	10	18	16
GRICIGNANO	255	134	121	23	20	13	7	10	13
LUCO	751	398	353	34	26	18	11	16	15
M. ACERARA	449	229	220	50	40	24	20	26	20
MONTEFLOSOLI	51	30	21	1	1	1	—	—	1
MUCCIANO	270	140	130	1	6	1	2	—	4
OLMI	399	214	185	10	7	6	1	4	6
PIAZZANO	184	106	78	3	—	1	—	2	—
POLCANTO	579	304	275	22	15	9	5	13	10
PULICCIANO	548	283	265	7	8	5	3	2	5
RONTA	1146	604	542	45	50	20	23	25	27
SAN CRESCI	905	480	425	28	16	17	6	11	10
SAN GIOVANNI	474	257	217	25	22	14	9	11	13
TASSAIA	169	85	84	—	1	—	1	—	—
SOMMA	11797	6066	5731	446	406	220	177	226	229

Note:

- 1) Lorenzo Federico Signorini - "Pietro Betti, innovatore in sanità pubblica" in "Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo" a cura di Massimo Aliverti Firenze 2004 p. 132
- 2) Massimo Aliverti - " Pietro Cipriani, una significativa figura della medicina toscana ed italiana dell'800" in "Pietro Cipriani..." cit p. 24
- 3) Signorini cit. p.133
- 4) Idem
- 5) idem
- 6) Pietro Cipriani - " Poche parole sul Cholera Morbus" riprodotto in Pietro Cipriani ... cit p. 281. Sull'utilizzo di metodi empirici per la cura della malattia concorda anche il dott. Livi parlando del colera di Barberino (vedi nota 7)l' dico seguitando adunque, che non essendo per ora possibile una medicatura diretta o specifica contro lo stato morbosissimo del cholera, l'intento del medico dovrà restringersi a combattere puramente l'atto dinamico della malattia, vale a dire que' fenomeni o epifenomeni, i quali rendono la più appariscente e travagliata. Questo modo di cura, sintomatica o dinamica che dir vogliamo, intende a eccitare nel corpo infermo azioni tali, quali s'inducono con gli stessi agenti nel corpo sano, e di quelle fare scudo al procedimento morbosissimo medesimo, che non possiamo combattere direttamente colla virtù del medicamento: quindi dicesi anche cura indiretta.
- 7) Signorini - "Pietro Betti..... cit. Sul Colera a Barberino fu pubblicato nel 1855 un libro di Carlo Livi: "La sera del sabato 9 Dicembre 1854, in Barberino di Mugello, a' rumori e alle faccende del grosso mercato che suol tenervisi era succeduta la solita quiete, e la gente davasi volentieri a riposare dalle fatiche del giorno, quando una voce esce da una casa, terribile voce, che ripetuta di bocca in bocca agghiaccia il sangue nelle vene a famiglie intiere, e vi lascia paura e desolazione. — Il Cholera è in Barberino. — La voce ha fatto in un baleno il giro del paese, e vi pesa sopra come un incubo."(..) Il 9 Dicembre 1854, alle ore dieci antimeridiane in un casamento situato a mezzo del borgo di Barberino, un tal Massimiliano Agresti d'anni 26, maniscalco e raccoglitore di legna,dopo aver faticato e bevuta molta acquavite, cade in lipotimia, e quindi è preso da fenomeni cholericici. Nello stesso casamento verso le 5 pomeridiane dello stesso giorno, una certa Ajazzi Filomena trecciajuola d'anni 25, nel preparare da cena, vede repentinamente de' fantasmi, e spaurita getta degli urli. Portata in letto, le si presentano i sintomi del cholera, ma d'una gravezza maggiore che nell'Agresti. Di questa donna si tiene per certo, esser tornata di pochi dì da Pistoja, ove una sorella morì di cholera, della quale prese e vesti gli abiti. La relazione si limita a dire, che l'Agresti avea più volte confabulato coll'Agresti. Era la mezzanotte di quel giorno infausto per Barberino, e nella stessa sventurata abitazione un Vignolini Domenico boscajuolo viene assalito, ma più fieramente che gli altri due, da cholera." (Carlo Livi - Il Cholera in Barberino di

Mugello “ prato 1855) Secondi dati riportati dal Livi nel volume tra il mese di dicembre 1854 e l’inizio di gennaio 1855 i malati di colera furono 45 con una percentuale di morti piuttosto elevata ben 30.

- 8) Emanuele Armocida – “L’ospedale ritrovato. Fatti, luoghi e personaggi che hanno caratterizzato la storia dell’ospedale di Firenzuola”. Firenzuola 2016
- 9) La situazione igienico sanitaria descritta dal Lanini non è molto diversa da quella descritta dal Podestà di Borgo Tassinari nel 1825. “ Gli scoli degli acquai, le materie che scorrono dalla più eminente parte del paese in quella più bassa incalzata anche dalle piogge formano un fetente deposito che alla fine va a scaricarsi in una ben lunga strada detta perciò appositamente Via Porciaia e che guardata da cima a fondo presenta a chi la osserva l’aspetto veramente ributtante di una vera cloaca, capace d’infettare, per sé sola, l’aria del Paese. Inoltre gli scoli medesimi vacano da questo punto a scaricarsi nel fosso detto delle Cale (Le Cale passavano dove ora si trova piazzale Curtatone e Montanara. NdR), ma siccome poco, o quasi punto, è il declive di detta strada ed è in molti punti ineguale e, a questa ne segue che molta parte di dette immondezze vi si stagna e, fermentata poi anche di più dai raggi solari, specialmente nei tempi cattivi, tramanda le più pestilenziali esalazioni.”. Filippo Bellandi “Borgo San Lorenzo nel 1825” ora in “Mugello Storia e curiosità” a cura di Leonardo Romagnoli. Radio Mugello 2018.

Anche il dott Ferretti nella sua Topografia e statistica medica del comune di Borgo san Lorenzo di venti anni successiva all’epidemia di colera nota come la situazione igienica sia ancora precaria con la piazza del bestiame nel centro del capoluogo. “ Le case più malsane – scrive il Ferretti – sono le più prossime alla Sieve e quelle di Malacova e lo provò il cholera che nel 1855 vi fece strage,” (vedi L. Romagnoli – Gisberto Ferretti e l’ospedale di Luco di Mugello – Radio Mugello 2019)

- 10) Oltre al Lanini gli altri medici condotti di Borgo san Lorenzo erano Massimiliano Morelli, Giovanbattista Bandini e Domenico Benvenuti a Ronta.
- 11) Sull’uso medico del vino c’è una ampia letteratura anche nei secoli precedenti, “il vino era, come il salasso, uno dei rimedi universali validi contro qualunque malattia” (Renzo Vignini Tesi cit. riporta le parole del medico romano del 1600 A. Fuscone) ed è ormai celebre il bicchier di Vino che il dottor Cipriani somministrò a Vittorio Emanuele II salvandogli la vita a San Rossore. Il re lo ricompensò con la nomina a senatore. Ma il vino che spesso bevevano i più poveri come braccianti e contadini era di pessima qualità come nota nella sua Topografia sanitaria il Ferretti. I braccianti bevevano solo l’acquerello, cioè acqua passata sulle vinacce, mentre “ nelle famiglie dei contadini più agiati si beve il vino la domenica e le feste, a ragione di un quartuccio per ogni adulto”, ma il vino che bevono i contadini “ puzza spesso di muffa” perché tenuto in botti maltenute che non riuscivano a preservare il vino “dalla fermentazione acida o da quella putrida”. Questo dava luogo all’alterazione del vino con sostanze innocue come zucchero, mirtillo o cocciniglia ma anche con alcune pericolose come l’allume o l’acetato di piombo”.

Anche il prof. Pierluigi Rossi Ferrini, in un articolo apparso sul Corriere-fiorentino del maggio 2020 parla delle proprietà curative del rasveratrolo, sostanza presente soprattutto nel vino rosso “ che è prodotto dalla vite per contrastare infezioni fungine e batteriche”. Come dice l'autore il rasveratrolo ha una lunga storia in medicina in quanto considerato molto efficace come antiossidante e nei problemi circolatori.

- 12) La scoperta dei gruppi sanguigni per le trasfusioni avverrà solo nel 1901.
- 13) L. F. Signorini, cit. p.156

