

Il Mediterraneo è sempre stato amico dell'uomo, fonte di vita e salute all'avanguardia di cura e ricerca.

È una grande via di comunicazione che ha favorito i progressi delle scienze permettendo lo scambio delle conoscenze e per questo è stato la culla della medicina.

La sua influenza ha creato le condizioni ambientali ottimali per agricoltura, allevamento e pesca, che hanno permesso la formazione della salutare dieta mediterranea.

Se alcune malattie portano il suo nome è solo perché sono state studiate, scoperte e diagnosticate per la prima volta, nel Mediterraneo, centro della civiltà universale, ma erano e sono diffuse in tutto il mondo.



Italo Farnetani (Arezzo, 1952).

Professore universitario di pediatria è considerato «Il più famoso pediatra italiano» e i suoi libri sono tradotti in inglese e spagnolo.

È il fondatore e coordinatore delle Bandiere Verdi che indicano le spiagge adatte ai bambini scelte dai pediatri ed è presidente dell'International Workshop of Green flags.

Ha ricevuto la più alta onorificenza al merito della Repubblica italiana, quella di Cavaliere di Gran Croce ed è il quarto pediatra a ottenerla nella storia repubblicana.

È cittadino onorario di Mazara del Vallo. Dal 1968 è impegnato ininterrottamente nel volontariato e dal 2007 anche nella cooperazione sanitaria internazionale.

(da: *Giannella Channel*, 2021).

ITALO FARNETANI

MEDITERRANEO

ITALO FARNETANI

MEDITERRANEO

Un mare di salute
da Ippocrate ai giorni nostri



CITTÀ DI MAZARA
DEL VALLO

2021



ROTARY CLUB
DI MAZARA DEL VALLO

ITALO FARNETANI

MEDITERRANEO

Un mare di salute
da Ippocrate ai giorni nostri



CITTÀ DI MAZARA
DEL VALLO



ROTARY CLUB
DI MAZARA DEL VALLO

Copyright © 2021 Italo Farnetani

Nella foto di copertina, scattata nel Lungomare San Vito a Mazara del Vallo, si vede la chiesa di San Vito e il monumento al pescatore. Le due foto in alto nella quarta di copertina sono state scattate nel mare di Pantelleria e nel porto-canale di Mazara del Vallo. Il fotografo anche di quelle delle pagine, 19, 20, 24, 37, 186, 187, 189, 202, è Roberto Rubino che ringraziamo per averne cortesemente autorizzato la pubblicazione

*Al mio nipotino Francesco,
con l'augurio che cresca
nella cultura e nella gioia
del Mediterraneo*

Una sintesi dei contenuti di questo libro è stata presentata nella Lezione Magistrale su: “Mediterraneo: via – pesca – salute”, tenuta dal Prof. Italo Farnetani al “Convegno Rotary”, svolto il 25 ottobre 2020, nell’ambito della IX edizione del Blue Sea Land, che è l’Expo del Mediterraneo, dell’Africa e del Medio Oriente, che si tiene annualmente a Mazara del Vallo (Trapani)

INDICE

Introduzione	
<i>Dal Mediterraneo onde lunghe di benessere</i>	pag. 9

PRIMA PARTE: LA STORIA

Capitolo I	
<i>Il Mediterraneo culla della medicina</i>	pag. 17
Capitolo II	
<i>XIX e XX secolo: Mediterraneo crocevia del mondo</i>	“ 31
Capitolo III	
<i>La medicina nella Sicilia dei Florio</i>	“ 43

SECONDA PARTE: LE MALATTIE

Capitolo IV	
<i>La vera storia della malsane</i>	pag. 107
Capitolo V	
<i>Febbri mediterranee: una sola è quella vera</i>	“ 123
Capitolo VI	
<i>Talassemia: l'eccellenza da Nobel è a Palermo</i>	“ 127
Capitolo VII	
<i>Leishmaniosi: scippata la scoperta italiana</i>	“ 151
Capitolo VIII	
<i>Alla dieta mediterranea serve il pesce</i>	“ 179
Conclusioni	
<i>Ecco perchè il Mediterraneo fa bene</i>	“ 191

PER APPROFONDIRE

<i>Bibliografia</i>	pag. 207
---------------------------	---------------

INTRODUZIONE

DAL MEDITERRANEO ONDE LUNGHE DI BENESSERE

Il Mediterraneo è sempre stato fonte di salute e lo è ancora, mentre non è mai stato e non lo è oggi causa di patologie specifiche.

È sbagliato parlare di malattie del Mediterraneo perché, anche quelle definite tali, per esempio vari tipi di febbre o di anemia, in realtà sono patologie studiate, scoperte o diagnosticate per la prima volta, in questa area geografica, ma presenti nei vari continenti.

Un esempio particolarmente chiaro è quello della brucellosi, chiamata all'inizio "maltese" perché fu segnalata per la prima volta nell'isola di Malta, ma oggi diffusa in tutto il mondo.

Al contrario il Mediterraneo, come via di comunicazione ha permesso i progressi delle scienze permettendo, con la possibilità di viaggiare, lo scambio delle conoscenze e ampliando il campo della ricerca scientifica.

Ha permesso anche lo scambio del patrimonio genetico tra le persone riducendo la prevalenza delle malattie genetiche, di cui la febbre familiare del mediterraneo è un esempio molto chiaro.

Questo beneficio è ancora più importante se si valuta nel contesto storico perché era presente fin dall'antichità infatti il Mediterraneo è stato sempre una grande via di comunicazione, spesso l'unica, in grado

di assicurare l'incontro e lo scambio fra le genti in modo da non avere comunità chiuse in cui si potessero rafforzare le malattie genetiche pertanto, evitando la consanguineità, ha permesso la riduzione delle anomalie genetiche, responsabili delle malattie.

Se si pensa che, ancora ai primi del Novecento, le malattie congenite rappresentavano un terzo delle cause di mortalità infantile si capisce l'effetto protettivo dell'abbassamento della prevalenza delle mutazioni genetiche.

Ma i benefici del Mediterraneo agivano positivamente anche su un'altra parte importante della mortalità infantile.

Un altro terzo delle cause di morte dei bambini nei primi anni di vita era rappresentato dai disturbi della nutrizione e dalle gravi carenze e squilibri alimentari, per tutte le fasce d'età, soprattutto per le classi più deboli, aggravati dalla mancanza o inadeguato apporto di cibo, con la cosiddetta "competitività al desco", fino ad arrivare alla morte per fame.

Anche in questo caso il Mediterraneo, era ed è una sorgente di salute determinando un clima mite e condizioni ambientali ottimali soprattutto per l'agricoltura, ma anche per allevamento e pesca, da cui nasce la dieta mediterranea, che ha sempre rappresentato una forma di prevenzione delle malattie e di difesa della vita.

La statuetta della dea madre di Cabras, detta anche grande madre o *mater mediterranea* (conservata al museo archeologico di Cagliari) che risale al 4.000-3.000 a.C, rappresenta un'immagine di salute e di vita ed è il biglietto da visita del Mediterraneo di seimila anni fa.

È raffigurata una donna florida, formosa, oggi si direbbe, in sovrappeso, anzi francamente obesa, che conduce la gravidanza nelle migliori condizioni fisiche come si nota dalla larghezza dei fianchi, che è un indicatore di fertilità, come in seguito è stato accertato scientificamente.

L'addome è gonfio, segno dell'approccio emozionale nei confronti della gravidanza, mentre il seno voluminoso dimostra, già da allora, l'importanza data all'allattamento al seno.

Questa piccola scultura è la dimostrazione che, anche seimila anni fa, nelle zone costiere del Mediterraneo c'era la possibilità di un appropriato apporto nutritivo completo e congruo, perché, pur essendo l'agricoltura e la pesca in una fase ancora primordiale, la popolazione era scarsa.

I cibi provenienti dal mare e dalla terra del bacino del Mediterraneo, hanno sempre costituito l'elemento basilare dell'alimentazione, così ricchi nei loro principi nutrizionali, che nei secoli sono stati fonte di benessere e di salute.

La dieta mediterranea è un'attività tradizionale tramandata da millenni che è il requisito per essere riconosciuta dall'Unesco «Patrimonio Culturale Immateriale dell'Umanità», come è avvenuto il 16 novembre 2010.

La situazione di sostanziale benessere e il livello della qualità della vita delle popolazioni del Mediterraneo si valuta anche dal tipo di assistenza sanitaria che veniva erogata.

Se valutiamo, secondo i parametri scientifici attuali, l'assistenza al parto si capisce che c'erano fin dall'antichità risorse umane, culturali ed economiche per gestire, oltre l'urgenza e l'emergenza collettiva civile e militare, anche di attuare un'assistenza individuale che era una prima forma di prevenzione, basato sulla presenza di una categoria professionale specializzata e che godeva di un notevole prestigio.

È chiaro che c'era da parte dei governi la necessità di tutelare i neonati e le madri per ovviare al calo demografico presente anche allora, ma è un indicatore del livello di civiltà delle popolazioni del Mediterraneo che si rivela nella tutela della maternità, ma ugualmente si ritrova nella sviluppo delle arti, nell'evoluzione della politica e nel progredire della società.

La tutela della maternità si basava sulla presenza nel territorio delle ostetriche, che venivano chiamate levatrice, termine usato fino a qualche anno fa. Una di esse, come riferisce Platone, era Fenarete madre di Socrate. Il padre era uno scultore Sofronisco.

Nel mondo romano le levatrici erano persone ben pagate, che ri-

scuotevano, per assistere a un parto uno stipendio da dieci a venti volte superiore alla paga mensile di un contadino. Chi non si poteva permettere di pagare la levatrice si rivolgeva a donne esperte chiamate *sagae* o donne del parentado.

Utile informazioni sulla modalità e gestione del parto si ritrovano nel libro dell'Esodo. Il faraone, preoccupato del calo di natalità presente fra la popolazione egiziana, vuole contrastare l'aumento della popolazione ebrea, per questo: «...Poi il re d'Egitto disse alle levatrici degli Ebrei (...) “Quando assistete al parto delle donne ebreo, osservate quando il neonato è ancora tra le due sponde del sedile per il parto”...».

Da questa frase si comprende come già nel mondo egizio il parto fosse seguito dalle levatrici e che le donne partorivano sedute.

Il sedile del parto era allora costituito da tre pietre, ma nel mondo romano la levatrice portava una sedia da parto, ove la donna assumeva la stessa posizione seduta come per gli ebrei e gli egiziano, ma rappresentava comunque una forma di progresso ed era più comoda rispetto al sedile in pietra usato in precedenza.

Il Mediterraneo è stato pertanto, fin dall'antichità, un luogo di salute, intesa nel senso più moderno della parola, cioè di benessere psico-fisico per le popolazioni.

Ci domandiamo allora perché ci sono tante malattie classificate, erroneamente, con l'aggettivo mediterraneo?

Il termine Mediterraneo è stato associato al nome di varie malattie, per una circostanza positiva perché nei paesi bagnati da questo mare c'era più probabilità e possibilità, rispetto ad altri luoghi, di studiare, ricercare pertanto di effettuare scoperte o acquisizioni per favorire progressi per la scienza.

Era inevitabile associare il nome del luogo ove era stata effettuata la scoperta e la ricerca di una nuova malattia, sia per una maggiore semplicità di identificazione, sia perché, ancora con gli studi in corso, era plausibile ritenere che la nuova forma patologica, potesse avere una maggiore o esclusiva prevalenza nel bacino del Mediterraneo.

Sono tutte ipotesi plausibili e comprensibili, ma la realtà è che il Mediterraneo è stato fin dall'antichità, e lo è tuttora, un'eccellenza per le popolazioni presenti e le nazioni bagnate da questo mare perché costituisce un luogo e uno spazio privilegiato per il progresso della scienza e della civiltà.

Un altro esempio dell'erronea attribuzione al Mediterraneo di malattie in realtà globali è il caso del favismo.

Si tratta di una grave deficienza enzimatica di glucosio 6 fosfato-deidrogenasi del globulo rosso che presenta quattrocento varianti di cui una si chiama mediterranea, infatti non è presente solo nel Bacino del Mediterraneo, ma anche in Medio Oriente e Asia meridionale. In Italia la prevalenza varia da 0.4% nella penisola che in Sicilia sale a 1% e per innalzarsi in Sardegna a 14.3% in Sardegna, con un picco del 25.8% nella provincia di Cagliari.

Ma la malattia si è diffusa nei luoghi ove è presente la malaria non il mare. Sembrerebbe infatti che gli individui affetti da tale deficit siano protetti dalla malaria perché il parassita che la determina, il *Plasmodium falciparum*, non riesca a completare il ciclo vitale nei globuli rossi anormali in quanto portatori deficienza enzimatica di glucosio 6 fosfato-deidrogenasi, per cui se il paziente ingerisce alcuni farmaci o mangia le fave (da qui il nome di favismo) presenta una grave anemia emolitica

PRIMA PARTE:
LA STORIA

I

IL MEDITERRANEO CULLA DELLA MEDICINA

Ho già detto come l'immagine di opulenza e benessere che trasmette la statuetta della dea madre di Cabras, dimostra che già dalla preistoria questo mare era fonte di salute e di benessere, presupposto e stimolo per l'evoluzione della civiltà.

Lo sviluppo raggiunto dalla medicina babilonese ed egizia dimostra l'esistenza di un tessuto sociale e ambientale favorevole alla promozione della salute, indicatore anche dei progressi antropologici e della civiltà in genere.

L'elemento storico che rappresenta il salto di qualità, che affida al Mediterraneo il netto primato mondiale della salute è rappresentato dalla figura di Ippocrate, fondatore della medicina scientifica che riunisce in se tutti gli elementi positivi che si generano dal Mediterraneo e che, nello stesso tempo, forniscono le chiavi di lettura per interpretare la storia successiva e capire perché gli insegnamenti di Ippocrate sono rimasti validi fondamentali anche nei tempi moderni,

Ippocrate poté usufruire della grande via di comunicazione percorrendo quasi tutte le sponde realizzando un viaggio impensabile nel quinto secolo avanti Cristo.

Il primo elemento favorevole per Ippocrate fu quello di poter usufruire di una grande via di comunicazione, facilmente percorribile per i tempi, ma nello stesso tempo avere un clima mite e salubre con la

possibilità di alimentarsi in modo salutare, disponibile in ogni luogo, indispensabile per viaggiare in sicurezza.

Dai viaggi nacquero gli incontri, gli scambi, la possibilità di effettuare osservazioni dirette su un'ampia casistica. Poté confrontarsi con altri medici, in particolare con gli egiziani che avevano formato la scuola medica più avanzata del tempo.

Ugualmente poté realizzare una grande scuola medica presso l'isola natale di Coo, anche in questo caso sfruttando le possibilità della facilità di accesso, grazie al Mediterraneo grande via di comunicazione.

Pertanto con i giovani e i medici che potevano viaggiare per frequentare una scuola, studiare, aggiornarsi, si era realizzata una prima forma di mobilità congressuale.

Ippocrate figlio del Mediterraneo

Ippocrate (isola di Coo, 460 - 459 a.C.–Larissa, Tessaglia, 375 – 351 a.C.) nacque in un'isola dell'Egeo, posta in una posizione centrale del bacino del Mediterraneo.

Ancora oggi il pensiero medico che si sviluppò e si diffuse dal suo suolo è il centro della medicina, anche se i progressi della scienza, potrebbero indurre a poterne fare a meno, ogni volta dobbiamo continuare a riferirsi al capostipite della medicina.

Ippocrate è il fondatore della medicina scientifica, ma è la sua storia e il suo modello culturale che è influenzato in modo determinante proprio dal Mediterraneo inteso come grande via di comunicazione e di scambi.

Il suo pensiero filosofico e medico non nasce per caso, ma si elabora grazie alla possibilità di attingere al pensiero dei suoi predecessori e di confrontarsi con i contemporanei.

È molto probabile che se Ippocrate non fosse nato in mezzo al Mediterraneo non avrebbe avuto la possibilità di costruire il suo modello filosofico e scientifico che gli ha permesso di essere stato il fondatore

della medicina scientifica e di avere mantenuto tale primato in modo indiscusso ancora oggi.



Figlio e nipote di medici, si formò alla scuola del padre Eracleide e da Erodico, un medico, della scuola di Cnido, la città della Caria, regione dell'Asia Minore, posta a est dell'isola di Coo, che dal V sec. a.C ospitava la più antica scuola medica greca di cui si abbiano notizie.

Fu anche allievo del ginnasta Erodico di Selimbria (città nella zona dell'odierna Istanbul), del retore Gorgia e del filosofo Democrito.

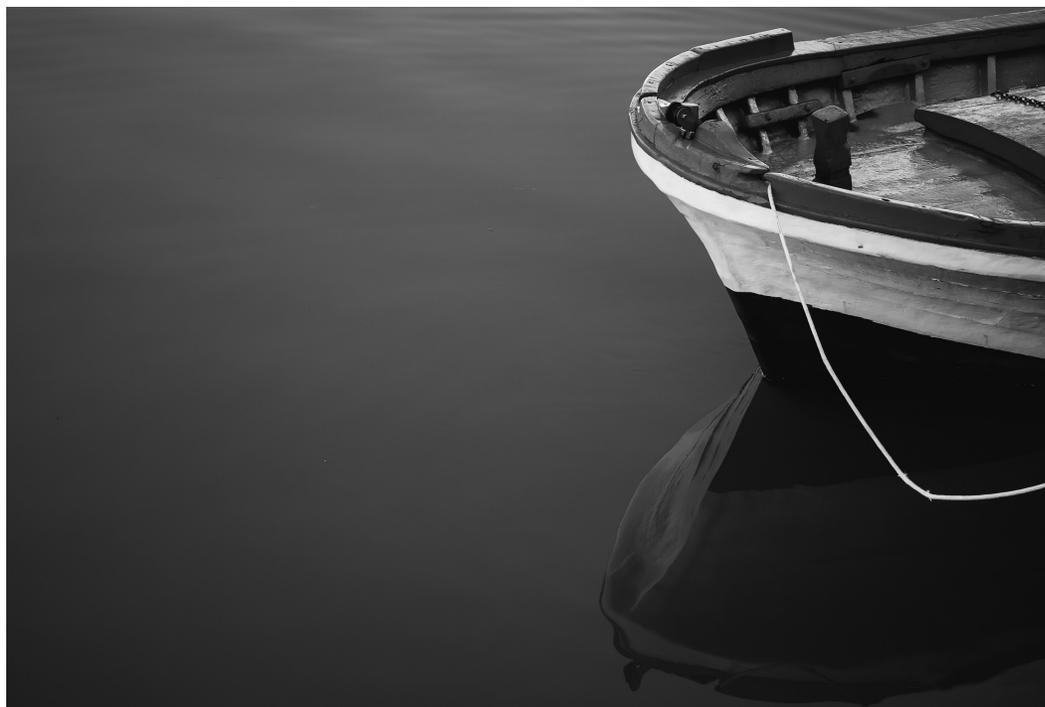
Ippocrate si formò, come ho già detto, anche grazie alla possibilità di effettuare lunghi viaggi.

Visse per qualche tempo nell'isola greca di Taso (o Tasso) che si trova nella parte nord del mar Egeo, ed è la più settentrionale, separata dalla costa tracia dallo stretto omonimo.

Da qui si recò in Tessaglia, regione posta nel centro della Grecia, da cui si spinse nella Propontide, corrispondente al area del Mar di Marmara, probabilmente si spinse ancora più a nordest, arrivando nell'antica la Scizia una zona interna che corrisponde a Caucaso, Ucrai-

na, Bielorussia, Polonia e Mar Caspio.

Probabilmente raggiunse anche il nord Africa, visitando l'Egitto, ove lo studio della medicina era ai livelli più avanzati del tempo, spingendosi fino alla Libia.



Non è certa la sua presenza ad Atene, ma quando, dal 430 al 427 avanti Cristo, la città fu sconvolta dalla cosiddetta peste di Tucidide.

Ippocrate aveva trent'anni, un'età, per i tempi, di piena maturità fisica e intellettuale, è molto probabile che sia accorso nel luogo di maggiore emergenza per prestato la propria opera di medico insigne.

È certo però che, indipendentemente dal luogo ove era presente, visse durante questo momento storico, di natura medica e di dissesto sanitario, sociale, politico e militare, la cui diffusione era condizionata proprio dal Mediterraneo.

In effetti quella che è definita la peste descritta da Tucidide in realtà era una forma di influenza accompagnata da grave complicanza di tipo tossinfettivo a carico dell'intestino.

Questa grave forma influenzale giunse ad Atene, attraverso il mare provenendo dall'Egitto dimostrando che le vie di comunicazione permettono gli scambi e i contatti umani, ma possono essere percorse anche da virus, batteri, parassiti e gli altri agenti infettivi, favorendo la trasmissione di malattie.

Come la storia successiva, arrivando fino ai giorni nostri, ha dimostrato, la diffusione delle malattie avveniva proprio seguendo il percorso delle vie di comunicazione, fino ai primi decenni del XX secolo il punto di ingresso erano i porti, dopo sono stati coinvolti anche gli altri mezzi di trasporto.

I viaggi aerei intercontinentali hanno ampliato le possibilità di diffusione degli agenti infettivi, ma restando sempre validi i parametri epidemiologici che si verificarono ai tempi della peste descritta da Tucidide. Un' altro insegnamento che si origina dal Mediterraneo.

C'è un altro aspetto importante di medicina sociale che non sarà sfuggito al medico Ippocrate, perché la malattia, altamente letale, causò un numero enorme di morti e distrusse per sempre la potenza di Atene.

La città aveva raggiunto tante vittorie militari che gli avevano conferito una grande potenza militare e politica perché si basava sulla strategia di impedire l'approvvigionamento alimentare da parte dei nemici.

Infatti gli ateniesi erano soliti saccheggiare i magazzini con le riserve alimentari e distruggere i raccolti e i prodotti che non potevano trafugare.

Anche questo è un aspetto che denota non solo l'importanza dell'alimentazione, ma anche la ricchezza della dieta mediterranea.

Con l'epidemia di peste che determinò un numero enorme di morti Atene perse la sua egemonia e così si capisce come le malattie possono condizionare la storia, sia in pace che in guerra.

Il neoippocratismo non passa mai

Il Mediterraneo fu la culla della medicina perché Ippocrate tra-

smise il suo insegnamento principalmente attraverso una scuola medica attiva nella sua isola natale, ove ci fu la prima generazione di allievi che furono i primi medici con formazione scientifica.

Ma la medicina che nacque da questo mare è restata valida e sostanzialmente inalterata fino a oggi.

Ci sono stati alcuni momenti che, con l'entusiasmo di grandi scoperte scientifiche si pensava che le osservazioni di Ippocrate fossero superate, sostituite dalla modernità delle scoperte.

Avvenne nel Seicento dopo il metodo sperimentale di Galileo, ma la risposta dei medici determinò la nascita di un potente movimento di neoippocratismo, che riprese nuovo vigore nell'Ottocento, quando, con la grande scoperta di vedere al microscopio e poter identificare e riconoscere i batteri, si pensò di aver trovato il sistema di spiegare le malattie, Ma anche in questo caso formò un movimento neoippocratico; recentemente è avvenuta l'identica tentazione con le scoperte delle nuove tecnologie, ma Ippocrate sta, ancora una volta, trionfando. Vediamo i punti salienti.

Nel Seicento: macché Galileo: state al letto del malato

Il XVII secolo, influenzato dall'opera di Galileo Galilei (Pisa, 1564–Arcetri, Firenze, 1642), fu dominato da uno sviluppo delle scienze e dalla ricerca basata sugli esperimenti di laboratorio. Tale impostazione influenzò anche la medicina in cui si privilegiò la parte teorica e sperimentale rispetto alla ricerca clinica condotta al letto del malato.

Si pensò di poter spiegare i fenomeni biologici e le malattie applicando il metodo sperimentale galileiano, così nacquero nuove discipline, la iatrochimica, la iatrofisica e la iatromeccanica. A livello europeo si affermò un movimento definito «neoippocratismo», che si basava sulla affermazione di Ippocrate: «E' più importante conoscere che tipo di persona ha una malattia, piuttosto che conoscere il tipo di malattia che ha la persona», che rappresenta un elemento di discontinuità con il pensiero medico e scientifico prevalente nel XVII secolo.

Nell'ambito della medicina fu contestato al galileismo l'eccessivo ruolo dato all'aspetto sperimentale, basato sulla valutazione dei risultati di laboratorio, che intendeva sostituire i dati che scaturivano dalla visita clinica della persona malata, all'anamnesi estesa alla famiglia e all'ambiente ove viveva il paziente.

Tale movimento, promossa a livello europeo da Thomas Sydenham (Wynford Eagle, 1624–Londra, 1689), in Italia fu seguita da Bernardino Ramazzini (Carpi, Modena, 1633-Padova, 1714), Giovanni Maria Lancisi (Roma, 1654–ivi, 1720) e Giorgio Baglivi (Ragusa di Dalmazia, 1668– Roma,1707).

Stessi batteri, ma ognuno si ammala a modo suo

Nella seconda parte dell'Ottocento la medicina era in piena espansione grazie alle scoperte di due grandi scienziati il tedesco Robert Koch (Clausthal, 1843 - Baden-Baden, 1910) e il francese Louis Pasteur (Dôle, 1822-Villeneuve l'Étang, Seine-et-Oise, 1895).

Le loro scoperte relative allo studio dei batteri, alla definizione di alcune metodiche per esaminarli al microscopio e i primi studi per valutare la risposta dell'organismo all'impatto coi batteri, avevano stimolato gli studi, aprendo nuovi campi di ricerca e nuove possibilità di conoscenza delle malattie. Anche in questi anni, come ai tempi di Galileo, si pensò di poter fare a meno di Ippocrate e fu elaborata una concezione microbiologica della medicina, dando centralità ai microbi responsabili delle infezioni e basando la diagnosi sui risultati degli esami di laboratorio.

Nasce la medicina clinico-costituzionalistica.

Si formò ancora una volta un forte movimento di neoippocratismo basato sull'osservazione che a identici batteri i pazienti reagivano in modo diverso e con la formazione forme cliniche che potevano variare

per espressività e varietà.

La spiegazione dei neoippocratici era che la morbilità era in rapporto alla costituzione morfologica individuale.



Porto canale di Mazara del Vallo.

In risposta e in contrapposizione alla concezione microbiologica nacque la medicina clinico-costituzionalistica, cui veniva associata accanto allo studio dei fattori esterni anche l'influenza della costituzione individuale alla base dell'origine delle malattie.

Secondo questa teoria la malattia era determinata non solo da fattori esterni, ma anche dalla costituzione individuale, per cui erano stati tracciati dei biotipi, per poter studiare le differenze individuali.

Mutava l'intera impostazione medica, perché non si può interpretare la malattia solo come trasmissione di contagio, ma anche valutando il ruolo della risposta immunitaria dell'organismo, cioè la malattia come espressione del rapporto fra la carica infettante dei microrganismi o degli altri fattori nocivi e la risposta del sistema difensivo (immunitario) dell'organismo.

Non solo era evidente la matrice ippocratica ma addirittura per Arturo Castiglioni (Trieste, 1874 – Milano, 1953), autorevole storico della medicina, la teoria costituzionalistica risale a Ippocrate. Scrive sull'Enciclopedia Italiana Treccani: «Nel campo della patologia la scuola ippocratica è la fondatrice della dottrina costituzionale secondo la quale l'organismo costituisce un'unità e non una somma di organi.

È questa scuola infatti che afferma per la prima l'azione dell'ambiente sull'individuo e sull'origine delle malattie e l'importanza dell'eredità ed enuncia il concetto dell'adattabilità dell'individuo all'ambiente». (Vol. XIX, Roma 1933, p. 511)

In Italia il fondatore della medicina clinico-costituzionalistica fu Achille De Giovanni (Sabbioneta, Mantova, 1838–Padova, 1916) professore ordinario, direttore della clinica medica e rettore dell'Università di Padova, nonché senatore del Regno.

Secondo la medicina clinico-costituzionalistica all'origine delle malattie, accanto all'azione dei fattori esterni c'era la determinante influenza della costituzione individuale e soltanto dal suo studio poteva derivare una più profonda e completa conoscenza dei fenomeni morbosi

In Italia i principali seguaci furono Giacinto Viola (Carignano, Torino, (1870-Paderno Ponchielli, Cremona, 1943) che creò un metodo che serviva per fare una valutazione biometria di ogni soggetto e Nicola Pende (Noicattaro, Bari, 1880-Roma,1970), ritenuto il più grande medico italiano, fondatore dell'endocrinologia che studiò i biotipi umani, per tre volte è stato candidato al Nobel per la medicina per tre diverse scoperte, ma tutte come sviluppo, progresso e conferma del neoppocratismo.

A dimostrazione dell'importanza della Sicilia in questo periodo, che verrà descritta in seguito, si noti che nella Palermo dei Florio, si incrociarono gli studi e le carriere dei due più autorevoli sostenitori italiani del neoppocratismo del XIX e XX secolo, Giacinto Viola e Nicola Pende.

Nel 1906 Viola divenne professore di patologia medica dimostrativa presso l'Università di Messina. Dal 1910 al 1919 si trasferì con lo

stesso ruolo, presso l'Università di Palermo. Richiamato dalla grande fama di Viola, Nicola Pende, pugliese di nascita, laureato e libero docente presso l'Università di Roma, nel 1910 si trasferì presso l'ateneo palermitano in qualità di aiuto di Viola con il quale restò fino al 1920, quando lo seguì a Bologna.

Il peccato di gioventù del primo pediatra trapanese

L'entusiasmo per le nuove scoperte della scienza era prevedibile anche fra i giovani. Una storia particolarmente significativa è quella del medico trapanese Francesco Luna, ventiquattrenne assistente di ruolo della clinica pediatrica dell'Università di Palermo.

Nella pubblicazione: Sulla funzione renale nei cardio-cirrotici (*La Pediatria* 1910; 18: 469-75), in cui espose uno studio sulla funzionalità renale in corso di tubercolosi, affermò che ogni sintomo o fenomeno biologico doveva essere documentato con i test di laboratorio.

Francesco Luna fu il primo pediatra Trapanese, ove nacque il 6 Luglio 1884, in Via Ruanova 46 (adesso via Garibaldi), nella foto fotografato a Maleo (Lodi all'età di 90 Anni) da Michele e Marianna Poma. Sesto di nove figli fu battezzato nella chiesa di San Nicola. La madre, apparteneva a una ricca famiglia trapanese che possedeva un'importante azienda agricola vinicola.

Laureatosi il 20 luglio 1909 in medicina e chirurgia con lode presso l'Università di Palermo, entrò nella clinica di Rocco Jemma e come scrive il figlio Michele nel libro *Saluti da Maleo (Camposanpiero (PD): Nuove Edizioni del Noce s.a.s.; 1985 p. 50)*: «Ma era bravo ed era il beniamino del Caposcuola [Jemma] che talvolta, mentre visitava, chiedeva: «Che dice Cecé [Francesco Luna]? L'avete chiesto a Cecé?»

Nel 1916 conseguì la libera docenza in clinica pediatrica, divenendo così il primo pediatra trapanese della storia. Lo scoppio della Grande guerra lo costrinse sospendere l'attività accademica perché richiamato in qualità di ufficiale medico addetto agli ospedali da campo del Carso. Tornò alla vita civile nel 1919.



Francesco Luna fu il primo pediatra trapanese: nella foto è ritratto all'età di 90 anni

Nel 1920 si trasferì in Lombardia ove fu uno stimato clinico molto attento al paziente e all'anamnesi, tornando così agli insegnamenti di Ippocrate. Morì a Maleo (Lodi) il 10 Aprile 1980.

Per completezza della storia familiare va ricordato un altro primato che spetta alla sorella Pia, nata a Trapani il 19 dicembre 1886. Nel 1913 si laureò con il massimo assoluto dei voti e fu la prima donna laureata in medicina presso l'Università di Palermo.

Dal 1913, per alcuni anni, fu assistente volontaria presso la clinica ostetrica dell'ateneo palermitano diretto da Giovanni Cosentino (1849-?), in seguito esercitò nella città natale ove morì il 21 marzo 1969.



La trapanese Pia Luna fu la prima donna a laurearsi in medicina all'università di Palermo

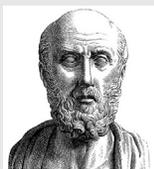
Giuramento di Ippocrate e medicina individualizzata

Negli ultimi decenni, grazie alle scoperte delle nuove tecnologie soprattutto la diagnostica per immagini, – dall'ecografia la risonanza magnetica – e l'ausilio dell'informatica, si pensava di poter superare il contatto con i pazienti.

Questa volta non si è creato nessun movimento di neoippocratismo perché ormai abbiamo capito che il rapporto con il paziente è imprescindibile ed è nato un movimento che attua pienamente l'insegnamento di Ippocrate che si chiama la medicina individualizzata (in inglese: *Individualized medicine*), medicina personalizzata che intende trattare ogni paziente sulla base della propria individualità biologica.

Insomma il primato di Ippocrate e del Mediterraneo ormai non è più in discussione tanto che ogni medico – chirurgo o odontoiatra, al momento dell'iscrizione all'Ordine, cioè iniziare la professione, pronuncia in modo solenne il Giuramento di Ippocrate che riportiamo come documentazione dell'insegnamento nato in una piccola isola in mezzo al Mediterraneo.

“Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di sfimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e



**GIURAMENTO
DI IPPOCRATE**
(testo antico)

di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprendere; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, nè suggerirò un tale consiglio;

similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

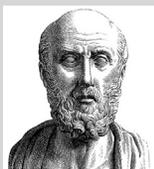
Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro”.

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;

di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della



**GIURAMENTO
DI IPPOCRATE**
(testo attuale)

sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;

di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;

di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;

di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;

di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;

di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona,

non utilizzerò mai le mie conoscenze; di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;

di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza alle mie doti morali;

di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;

di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni; di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico; di prestare assistenza d'urgenza a chi ne abbia bisogno e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;

di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;

di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

II

XIX E XX SECOLO: MEDITERRANEO CROCEVIA DEL MONDO

Le condizioni favorevoli presenti, fin dall'antichità, sulle sponde del Mediterraneo, dovute al clima salubre, alla possibilità di alimentarsi in modo appropriato, alla disponibilità del mare come grande via di comunicazione, che permetteva gli scambi tra le persone e la circolazione delle idee, sono i motivi che hanno favorito la nascita di tante civiltà in quest'area geografica.

Sono le stesse motivazioni per cui si svilupparono precocemente gli studi di medicina fra i babilonesi, gli egiziani e, con Ippocrate, la nascita della medicina scientifica.

Queste condizioni favorevoli tornarono particolarmente utili, soprattutto dalla seconda parte dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, quando la medicina fece un grande salto di qualità, come già detto, grazie alle scoperte di Koch e Pasteur relative ai batteri e alle tecniche per esaminarli al microscopio.

Si aprirono nuove possibilità di ricerca, vennero stimolati gli studi e la ricerca, favorendo una migliore conoscenza delle malattie.

In questo periodo il Mediterraneo acquisì una ancora maggiore

importanza, oltre che a livello politico e strategico, anche una centralità scientifica enorme e, tanto da poterlo definire crocevia del mondo medico, soprattutto con la possibilità di poter scambiare gli studi e le conoscenze.

Se ancora oggi tante malattie nel nome richiamano il Mediterraneo o sue zone è dovuto al fatto che in questo periodo molti importanti studi furono condotti in questa area ma non avvenne per caso. Ecco perché.

La quarta sponda

Nel XIX secolo e nella prima parte del XX, in coincidenza e a motivo dello sviluppo del colonialismo, nel Mediterraneo fu la presenza di un gran numero di medici europei sia nelle guarnigioni militari sia negli insediamenti coloniali, per assicurare i servizi sanitari ai connazionali civili e militari.

Nel Nord Africa in particolare si svilupparono i servizi sanitari e ospedalieri perché queste aree erano diplomaticamente ritenute la “quarta sponda” soprattutto per Italia, Francia e Spagna paesi mediterranei o per la Gran Bretagna fortemente presente nell’area. Tale presenza medico era particolarmente forte e di alto livello scientifico, basta pensare che a Tunisi, durante il protettorato francese c’era una sede distaccata dell’Istituto Pasteur di Parigi, diretta dal futuro Premio Nobel per la medicina, (Rouen, Francia, 1866 -Tunisi,1936).

È chiaro che questi medici iniziarono a identificare, ricercare e approfondire le patologie che si trovavano nelle zone ove vivevano, pertanto alcune scoperte avvennero nei luoghi di lavoro, di questi scienziati. Ecco perché tante scoperte furono fatte nel bacino del Mediterraneo, identificate come patologia presente in questo mare e in queste coste e poi come avvenuto per tutte le malattie che descriveremo in seguito le abbiamo trovate in tutto il mondo.

Un esempio è il caso della brucellosi che fu individuata, nel 1860 a Malta, presso la locale guarnigione militare britannica.

Il grande medico benemerito durante il terremoto

Un notevole impulso allo studio della malattie del Mediterraneo si ebbe dal 1895 quando Umberto Gabbi (Casteldidone, Cremona, 1860-Figline Valdarno, Firenze, 1933) giunse a Messina in qualità di professore ordinario di patologia speciale medica dell'Università, dal 1903, divenne direttore della prestigiosa clinica medica.



Umberto Gabbi, professore di clinico medica e senatore del Regno, fu un pioniere nello studio delle malattie infettive, in particolare effettuò scoperte importanti su brucellosi e leishmaniosi. Per quest'ultima malattia dimostrò che anche se esistevano tantissime specie diverse di Leishmania erano tutte in grado di provocare la leishmaniosi in qualunque parte del mondo. Tutti gli scienziati italiani e stranieri, anche Premi Nobel pensavano il contrario, ma tutte le ricerche successive hanno dato ragione a Gabbi.

Dal 1906 al 1908 fu anche membro della commissione reale per la lotta contro la malaria in Sicilia.

Ristrutturò e riorganizzò la clinica medica, che inaugurò nel 1907. Per celebrare l'evento si tenne a Messina, dal 9 al 12 giugno 1907, il terzo Congresso medico siciliano. Fra le numerose relazioni, dedicate soprattutto alle malattie infettive, tre sono particolarmente importanti.

La prima fu tenuta dallo stesso Gabbi e trattò: *Sulla distribuzione della febbre di Malta o del Mediterraneo (setticemia di Bruce) in Italia*. Fu affiancata da altre due relazioni tenute dagli allievi che approfondivano il tema in una dimensione geografica più locale. La seconda relazione studiava la morbilità ...*nell'Italia meridionale ed in Sicilia*, infine la terza... *a Messina*.

Emerge da queste relazioni il metodo scientifico di Gabbi, basato su un'attenta e approfondita indagine epidemiologica condotta attraverso i dati rilevati da uno studio effettuato sul territorio.

Come vedremo, con tale metodo, integrato magistralmente da un attento impiego e supporto della medicina di laboratorio, Gabbi realizzò importanti scoperte scientifiche di livello internazionale.

Il terremoto del 1908

La nuova clinica fu però distrutta dal terremoto del 1908, durante il quale Gabbi perse una figlia. Nonostante l'immane tragedia l'impegno del clinico nel recare soccorso ai feriti e ai bisognosi, tanto che gli fu conferita la medaglia d'argento per la sanità pubblica.

Gabbi, rimasto privo di sede, fu allora chiamato nell'Università di Roma ove, per non disperdere la sua vasta esperienza scientifica, nel campo delle malattie infettive, fu appositamente creata la sezione per le malattie tropicali aggregata all'Istituto di clinica medica e gli fu affidato un corso complementare di malattie tropicali.

Nel 1912 fu nominato presidente della commissione per lo studio e la lotta contro le malattie tropicali.

Le malattie mediterranee vengono da lontano

Nel 1910 Gabbi si recò a Tripoli, per organizzare l'assistenza sanitaria per contrastare l'epidemia di colera che infieriva nella regione.

Al termine della missione ricevette anche un encomio solenne per l'attività svolta.

Durante la permanenza in Libia compì ricerche e rilevazioni epidemiologiche sulla morbilità presente nella zona riportate in due pregevoli pubblicazioni il cui titolo esprime bene le conclusioni.

La prima opera s'intitola: *Malattie tropicali a Tripoli comuni a quelle della costa calabro-sicula* (è pubblicata in: *Malaria e Malattie dei paesi caldi*, organo ufficiale della Lega nazionale contro la malaria, fasc. 6-7; Roma: Tip. F. Centenari, 1910).

La seconda opera è, come riportato sul frontespizio un *manuale ad uso dei medici pratici e degli studenti*.

L'autore riporta un elenco di malattie, che, ancora oggi sono ritenute specifiche del Mediterraneo, ma che invece si tratta di patologie presenti in altre parti del globo, che Gabbi colloca nella fascia tropicale.

Chiarissimo il titolo: *Malattie tropicali dell'Italia meridionale e della Sicilia: febbre di Malta-Kala Azar-Bottone d'Oriente-Febbre Dengue-Febbre da pappataci o dei tre giorni-Bubbone climatico*.

C'è un particolare particolarmente significativo. Il volume fu pubblicato a Messina, nel 1911, dalla prestigiosa casa editrice Giuseppe Principato.

La scelta di Gabbi, che ormai faceva parte del corpo accademico romano, dimostra il legame con la città peloritana e la volontà di legare i progressi scientifici al territorio per una migliore formazione del personale con il relativo innalzamento dei livelli assistenziali.

Una caratteristica di tutta l'attività scientifica di Gabbi fu quella di un'attenta rilevazione epidemiologica della morbilità presente nei vari territori, come abbiamo appena riferito a proposito della brucellosi, al-

lora indicata come *febbre di Malta* o *febbre del Mediterraneo*.

La sua ricerca era così scrupolosa e condotta nel territorio, da permettergli di scoprire anche nuove malattie, come vedremo, per la leishmaniosi.

Durante il primo conflitto mondiale, ebbe importanti prestigiosi incarichi: consulente medico del VII e IX corpo d'armata, ispettore, per incarico della direzione generale di sanità, per le malattie infettive esotiche e direttore della clinica medica militare di Roma.

Nel 1918, assunse la direzione della clinica medica dell'Università di Parma, ma negli anni successivi affiancò all'attività accademica e clinica, l'impegno politico: nel 1924 fu eletto deputato al Parlamento; nel 1929 fu nominato senatore del Regno.

Il contributo dei medici coloniali italiani

È solo dagli anni Venti del Novecento, che anche in Italia, si comprese l'importanza della patologia coloniale. Nel 1925, presso l'Università di Bologna fu istituito, primo in Italia, l'insegnamento e attivata una scuola di perfezionamento di medicina coloniale.

Per valutare il livello scientifico dei medici coloniali del tempo e la ricaduta a livello scientifico e assistenziale che la loro opera determinava a favore delle popolazioni che vivevano sulle sponde del Mediterraneo, a mo' di esempio riportiamo alcune note biografiche del medico Carlo Tedeschi (Venezia, 1886- Roma, 1938) che fu attivo in Libia e in Somalia.

Il 7 ottobre 1927 Tedeschi, lasciò il posto di direttore e primario chirurgo dell'ospedale coloniale di Derna in Libia, infatti per regolare concorso era entrato nel direttivo del servizio sanitario del ministero delle colonie, iniziando così una brillante carriera, scientifica accademica e istituzionale. Nel novembre 1930 il Tedeschi ottenne la libera docenza in patologia e igiene coloniale e tenne un corso di Patologia e igiene coloniale presso l'Università di Pavia.

Rimase a Derna fino al 17 dicembre 1931, quando divenne direttore e chirurgo dell'ospedale coloniale «Giacomo De Martino» di Mogadiscio (Somalia); dal 22 gennaio 1932 fu nominato direttore della sanità della Somalia.



Tramonto sullo stagnone di Marsala

Durante la permanenza in Africa Carlo Tedeschi eseguì pregevoli ricerche sulle malattie infettive, in particolare, sulla cura della malaria e della lebbra.

Il racconto dell'attività di Carlo Tedeschi per la cura della lebbra in Libia e Somalia, prestata in qualità di medico coloniale, ci fa capire la sinergia e la possibilità di trasmissione delle conoscenze scientifiche fra le due sponde del Mediterraneo.

In Italia, fino agli ultimi anni del XX secolo, erano presenti i casi di lebbra che, ancora negli anni trenta del Novecento erano numerosi in Puglia, Sicilia e Sardegna.

Tedeschi aveva acquisito, fin dal 1916, importanti conoscenza sulla lebbra, perché aveva frequentato, come assistente volontario, alcune cliniche dell'Università di Modena.

Nella città emiliana annualmente si recavano per i controlli di rou-

tine, i pazienti affetti da lebbra, perché l'ateneo era divenuto un centro di eccellenza per la cura tale malattia per merito di Pio Colombini (Montalcino, Siena, 1865–ivi, 1935).

L'interesse di Colombini per lo studio della lebbra, era iniziato nel 1898 quando si trasferì in Sardegna, come direttore della cattedra di dermatologia, prima all'Università di Sassari, poi di Cagliari, ove restò fino al 1912.

Nell'isola c'erano ancora numerosi casi di lebbra, per cui Colombini poté realizzare documentati e pregevoli studi sulla malattia che nel 1909 riferì in una lunga relazione di duecento pagine, alla conferenza internazionale della lebbra, (*La lepra in Sardegna*, Cagliari 1912).

Nel 1910 entrò a far parte della commissione tecnica incaricata di compiere indagini sul diffondersi della lebbra in Italia. Nel 1912 si trasferì all'Università di Modena, in qualità di direttore della cattedra e della clinica di dermatologia divenendo rettore dal 1916 al 1932, continuò a occuparsi della lebbra estendendo in seguito il campo di attività a quella che allora era definita patologia coloniale.

Nel 1930 all'Università di Modena fu istituito, grazie all'impegno del rettore Colombini, il primo istituto italiano di patologia coloniale e la scuola di perfezionamento per specialisti in patologia coloniale.

Per questi motivi Carlo Tedeschi, aveva una notevole esperienza della materia e di una nuova ed efficace terapia che veniva impiegata sia per la cura della tubercolosi sia per la lebbra.

La cura consisteva in un associazione di farmaci antinfettivi e stimolanti il sistema immunitari.

Arrivato in Africa, Tedeschi pensò di applicare su larga scala tale cura per aiutare la popolazione, prima della Libia, poi, dopo il suo trasferimento a Mogadiscio, della Somalia.

Encomiabile il suo impegno per praticare alla popolazione locale queste cure che erano risolutive perché facevano regredire i lepromi, cicatrizzare le ulcerazioni e migliorare le condizioni fisiche dei malati.

Carlo Tedeschi mentre era a Derna, in qualità di direttore del loca-

le ospedale coloniale, si addentrò periodicamente nell'entroterra della Cirenaica per curare i lebbrosi delle carovane dei beduini.

In tal modo potete curare in modo efficace un gran numero di lebbrosi con un miglioramento della loro qualità della vita, ma nello stesso tempo potete perfezionare la cura e il trattamento. Il vantaggio fu anche per la medicina e lo studio delle malattie, infatti i risultati furono comunicati alla XX riunione della Società italiana per il progresso delle scienze che si tenne a Milano nel 1931.

La rete del Mediterraneo

In questo modo si realizzò una sinergia che permise un miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti e nello stesso tempo contribuire ai progressi della terapia di questa malattia.

Questa è una storia di vita quotidiana dei medici coloniali, quelli che allora venivano definiti anche tropicalisti, ma è l'esempio e il modello dell'intervento sanitario e scientifico nei paesi del Mediterraneo, ove la grande via di comunicazione, garantiva lo scambio di idee e risorse umane in un contesto ove erano ottime le condizioni ambientali per la vita.

La centralità acquisita dal Mediterraneo in questo contesto è anche dimostrata dal fatto che il Congresso internazionale di medicina e igiene coloniale si svolse nel dicembre 1928 a Il Cairo.

La scelta della capitale egiziana non fu causale, al contrari fu fortemente voluta da Ali el Shamsi Pacha (Egitto, 1885–1962), ministro della Pubblica Istruzione del Regno d'Egitto, per celebrare il centenario della fondazione della facoltà di medicina chirurgia dell'Università de Il Cairo. La scelta del ministro Ali el Shamsi Pacha è di alto livello culturale e scientifico, ma è significativa perché esprime una visione internazionale della politica della e della società, che fin dall'antichità ha costituito la cultura del Mediterraneo, che, preziosa via di comunicazione ha sempre consentito i viaggi e gli scambi fra i popoli.

La biografia di Ali el Shamsi Pacha, nato in Egitto da una prestigiosa famiglia andò a studiare a Ginevra, ove visse a lungo anche dopo la laurea e sposò una ginevrina, Helene Emile Burnet.

Nello stesso anno (1928) si tenne a Torino, il primo Congresso nazionale della Società italiana di medicina e igiene coloniale, il secondo fu a Roma dal 29 al 31 ottobre 1929, mentre il terzo, organizzato da Umberto Gabbi, si svolse in Libia, allora colonia italiana, a Tripoli, dal 4 al 8 ottobre 1930.

Finito il colonialismo nasce la medicina mediterranea

Con la fine della seconda guerra mondiale un po' alla volta i paesi del nord Africa iniziarono a conquistare l'indipendenza.

Tutto il patrimonio culturale e scientifico che era stato prodotto nei decenni precedenti, che ho descritto nei paragrafi precedenti non andò perduto perché la classe medica dei paesi che si affacciano sulle sponde del Mediterraneo mantenne un rapporto scientifico con la vecchia madrepatria, rafforzato anche dal fatto che molti medici locali si erano formati e perfezionati in Europa.

Fu naturale pertanto che la specialità definita patologia coloniale si trasformasse in patologia mediterranea. Anche in questa fase di cambiamento i siciliani furono antesignani infatti il primo congresso nazionale di patologia mediterranea si tenne a Palermo dal 27 al 29 Maggio 1948.

L'importanza scientifica dell'evento è dimostrata dal fatto che il volume degli *Atti* di ben 398 pagine fu pubblicato stesso anno sulla rivista "Sicilia medica", ma le relazioni più significative vennero pubblicati, per garantire una più ampia diffusione sul prestigioso periodico governativo "Annali della sanità pubblica" (vol. 10, fasc. 3/4, maggio-agosto 1949).

La redazione fu curata da Giuseppe D'Alessandro, igienista dell'Università di Palermo, Pietro Li Voti (Trapani ? – Palermo ?) e Vincenzo Mutolo.

Il ruolo sempre maggiore della sanità siciliana nell'ambito del Mediterraneo rese naturale che il III congresso internazionale d'igiene e medicina mediterranea si svolgesse a Palermo.

I lavori si tennero dal 14 a 16 Maggio 1951. Il volume degli *Atti* di 361 pagine fu redatti da Giuseppe D'Alessandro e Marco Mariani (1898 – 1965); fu pubblicato sulla rivista. "Sicilia Sanitaria" nel 1952 dalla tipografia Cappugi di Palermo.

Gli organizzatori, dimostrando classe e raffinatezza, fecero stampare dalla stessa tipografia cinquanta copie numerate del volume in una elegante edizione che fu donata alle autorità e ai relatori.

Durante la successiva edizione, la quarta del congresso internazionale d'igiene e medicina mediterranea che si tenne a Barcellona dal 21 al 23 settembre 1953, fu data una precisa di malattie del Mediterraneo.

Uno dei relatori ufficiali fu Virgilio Chini (Bassano del Grappa, Vicenza, 1901- ivi 1983), direttore della clinica medica dell'Università di Bari, che parlando delle malattie del sangue, affermò: «Ho preferito fin dal 1948 il termine di emopatie mediterranee (...) perché queste emopatie interessano con grandissima prevalenza proprio alcune popolazioni del bacino del Mediterraneo». (Chini V. *Emopatie mediterranee. Recenti Progressi in Medicina* Vol. 16; 1954. p.290).

Il messaggio è chiaro, anche se le malattie si chiamano mediterranee, è solo perché sono più frequenti in questa area geografica, ma né esclusive né provocate da condizioni ambientali.

Oggi l'aggettivo mediterraneo legato alle malattie, si usa raramente in quanto i mezzi di indagine diagnostica e le ricerche, soprattutto di biologia molecolare hanno permesso una miglior diagnosi di queste malattie col risultato che, nella quasi totalità dei casi, sono state rilevate in molte aree al di fuori del bacino del Mediterraneo e nello stesso tempo sono state classificate in base a criteri patologici o clinici e non più di localizzazione geografica.

III

LA MEDICINA NELLA SICILIA DEI FLORIO

Il dinamismo imprenditoriale e socioculturale della famiglia Florio, presente nella Sicilia dell'Ottocento e Novecento, rappresenta un'altra contingenza fortunata per lo sviluppo della medicina del Mediterraneo.

La Sicilia divenne in quegli anni un prestigioso centro scientifico mondiali, al pari delle capitali del centro Europa dando un contributo significativo alla sviluppo della medicina come vedremo nei capitoli successivi.

Il punto di forza dell'isola era la sua centralità nel Mediterraneo, con la possibilità di essere il crocevia della culla della civiltà, ma essere anche il ponte fra l'Europa e il mondo arabo.

Se su questa potenzialità si inserisce la volontà di far sviluppare la terra natale di un grande e ricco imprenditore di livello internazionale, si capisce il motivo di questo eccellente sviluppo.

Se l'influenza della famiglia Florio era particolarmente forte a Palermo e nel trapanese, soprattutto nell'isola di Favignana, la promozione scientifica e assistenziale che si determinò servì da stimolo per l'intera Sicilia, soprattutto nelle altre due sedi universitarie, Messina e Catania.



*Catania, 28 aprile 1922, Vittorio Emanuele III
inaugura il padiglione ospedaliero di pediatria intitolato a Costanza Gravina.*

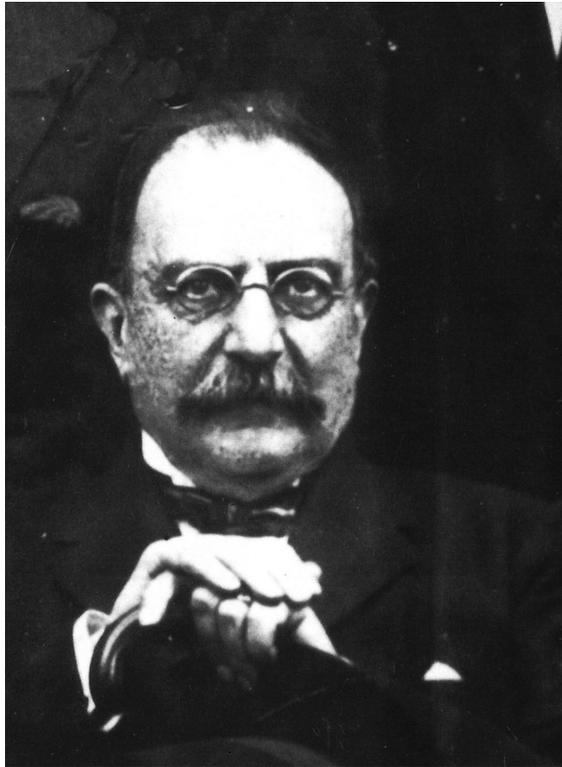
La Palermo dei Florio era divenuta una città di dimensione europea e internazionale che aveva raggiunto la massima espansione, non solo per gli aspetti sociali ed economici, ma anche per l'Università e gli ospedali, grazie all'opera illuminata di Ignazio Florio Junior (Palermo, 1869 – ivi, 1957), che in quegli anni ricopriva le più importanti cariche istituzionali.

C'era un grande sviluppo del settore assistenziale, ma soprattutto scientifico, in tal modo l'ateneo palermitano divenne un punto di attrazione per i migliori ricercatori, scienziati e docenti d'Italia ai quali venivano messi a disposizione laboratori e strutture.

A Palermo e a Favignana il salotto dei Florio era frequentato da più importanti personaggi del mondo, ugualmente la scuola medica palermitana era divenuta un'eccellenza internazionale e i suoi esponenti erano in relazione con tutti gli scienziati del mondo.

L'impulso per le eccellenze accademiche siciliane

Anche se l'ateneo palermitano divenne un polo di attrazione per gli scienziati di tutt'Italia c'erano numerosi docenti locali che erano vere eccellenze accademiche, che ebbero risorse e attrezzature per condurre importanti studi che divennero punti di riferimento a livello internazionale. Prendiamo per esempio gli studi sulla brucellosi di cui parleremo in seguito: gli accademici siciliani dettero contributi importantissimi che fecero il giro del mondo, tutto ciò perché erano grandi scienziati, ma avevano a disposizione risorse e strutture, grazie alla politica economica e sociale dei Florio. Un esempio è il clinico medico dell'Università di Palermo, Liborio Giuffrè (Caltavuturo, Palermo, 1854 – Palermo, 1952), commendatore della Corona d'Italia, autore di pregevoli e fondamentali studi sui vari tipi di febbre in particolare su quella che allora veniva chiamata *febbre mediterranea* o *febbre maltese*, oggi brucellosi.

*Liborio Giuffrè*

Riuscì a stabilire che la malattia colpiva soggetti da quindici a quaranta anni, e questa sua rilevazione fu la base di tutti gli studi successivi.

Il suo libro *La febbre: i tipi febbrili nelle malattie infettive, le teorie della febbre* (Bologna: Istituto editoriale medico, 1950) raccoglie tutti questi studi.

Anche gli ospedali prendono il volo con la ricerca

A questo movimento siciliano di ricerca dettero un'importante contributo anche gli ospedalieri, che non si limitarono solo all'assistenza, ma fornirono i risultati di accurate analisi frutto di approfondite ricerche svolte per dare ai ricoverati le migliori cure, ma utili anche per il progresso della scienza come avvenne nel laboratorio di analisi chimico-cliniche dell'ospedale civico di Palermo, ove Giuseppe Pollaci (1867-1949), libero docente di anatomia patologica e di patologia speciale medica presso l'Università di Palermo realizzò pregevoli e importanti ricerche sulla brucellosi.

Anche questa circostanza è indicativa dell'alto livello della cultura scientifica presente in Sicilia, in particolare nella Palermo dei Florio, come dimostra la presenza di un moderno ed efficiente laboratorio di analisi chimico-cliniche presso l'ospedale civico di Palermo che fu realizzato dallo stesso a Pollaci durante la presidenza di Ignazio Florio.

Il laboratorio era stato fondato all'inizio del secolo quando, a livello internazionale, si stava sviluppando ed espandendo la medicina di laboratorio, pertanto si trattò di una scelta altamente innovativa e che dimostra la lungimiranza e la modernità della classe medica siciliana, appoggiata e agevolata dalla gestione amministrativa illuminata di Ignazio Florio.

La scelta fu vantaggiosa, per i malati, ma produttiva anche per la ricerca scientifica. Si trattò di un'innovativa espansione dell'attività meramente assistenziale dell'ospedale verso le più moderne e avanzate frontiere della ricerca medica.

Questa impostazione scientifica dell'attività ospedaliera è assolutamente antesignana e oggi, nel XXI secolo è ben inquadrata, anche dal punto di vista organizzativo, perché sono previsti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), ruolo che viene riconosciuto agli ospedali di eccellenza.

Anche in questo caso una scelta assolutamente positiva sia della gestione Florio sia del tessuto scientifico radicato nella sanità siciliana.

Tante riviste per dare voce alla scienza sicula

Dalla fine dell'Ottocento e soprattutto nei primi anni del XX secolo furono fondate in Sicilia, soprattutto a Palermo numerosi periodici medico-scientifici.

La pubblicazione di una rivista era in quel periodo un evento importante e un indicatore di qualità perché era l'espressione della vivacità intellettuale e scientifica presente nella città di riferimento ed era anche un ambito di confronto e scambio di esperienze e contenuti.

Particolarmente longeva fu: "Sicilia medica" che, fu pubblicata per centodue anni.

Fu fondata a Palermo nel 1889 e successivamente divenne l'organo dell'Ordine dei Medici, Palermo, stampato dalla Casa Editrice Denaro.

Nel 1910 Liborio Giuffrè fondò un'apprezzata rivista: "Annali di Clinica Medica" che aveva la direzione e redazione presso la clinica medica dell'Università di Palermo.

Direttore era lo stesso Giuffrè mentre la redazione era composta da Giuseppe Pagano (Palermo, 1872 - ivi, 1959), fisiologo e patologo medico, Domenico Pirrone, patologo medico, entrambi liberi docenti presso l'Università di Palermo, e dal medico Raimondo Guardione.

La rivista era pubblicata in tre numeri all'anno, ognuno doveva essere almeno di centottanta pagine affinché si formasse un volume di cinquecento pagine. Nel 1923 la rivista si trasformò in: "Annali di Cli-

nica Medica di Medicina Sperimentale” che fu pubblicata fino al 1931.

La “Rivista sanitaria siciliana - organo degli Ordini sanitari della Sicilia” fondata e diretta da Ferdinando Salpietra e Raimondo Guardione, fu pubblicata a Palermo dal 1913 al 1938 dalla tipografia Santi Andò e Figli.

Si tratta di una piccola, ma significativa eccellenza siciliana perché gli ordini dei medici e delle professioni sanitarie furono istituiti solo nel 1910, pertanto fu fondata entro breve tempo ed è la prima che raggruppa tutti gli ordini di una regione, a dimostrazione delle volontà di cooperazione e di partecipazione dei sanitari siciliani.

La “Rivista sanitaria siciliana” era un quindicinale stampato il primo e il 15 di ogni mese; la redazione era in via Carducci a Palermo.

Nel 1938 cambiò il titolo in “Settimana Medica”. divenne una testata nazionale con redazione prima a Firenze poi a Roma.

Michele Parlavecchio (Montalbano Elicona, Messina, 1866 - Palermo, 1933), direttore dell’istituto di medicina operatoria e preside della facoltà di medicina e chirurgia dell’Università di Palermo nel 1922 fondò e diresse “Cultura medica moderna - rassegna quindicinale di medicina, chirurgia e scienze affini” che fu pubblicata fino al 1942 e dopo l’interruzione per il periodo bellico, fu nuovamente stampata nel 1950. La redazione era presso Ospedale Civico di Palermo.

Una testimonianza dell’intensificarsi della lotta contro la tubercolosi, che avvenne in Italia negli anni Trenta, è costituita dal bimestrale: “Rivista d’igiene e medicina sociale” fondato nel 1925 a Palermo, da Luigi Sagona, che fu il direttore, perché nel 1930 cambiò il titolo e l’impostazione scientifica,divenendo: “Rivista medico-sociale della tubercolosi” che fu pubblicata fino al 1939.

Nella Sicilia orientale, a Catania, venivano pubblicate due riviste, fondate quasi contemporaneamente. La prima rivista è un pregevole mensile, “Sicilia sanitaria” fondato nel 1922, pubblicato a Catania come organo dell’Ordine dei Medici della Provincia di Catania, insieme a quello della Provincia di Siracusa e dall’Associazione dei Medici di Catania.

La storia di questa rivista è anche una testimonianza della voglia di rinascita dopo la fine del periodo bellico in Sicilia, infatti riprese delle pubblicazioni nel maggio 1944.

La rivista fu trasferita a Palermo direzione della rivista passò a uno dei grandi medici della Sicilia, che. Maurizio Àscoli (Trieste 1876 - Palermo 1958).

Dal 1920 insegnò patologia medica all'Università di Palermo; per passare poi a ricoprire la più prestigiosa cattedra di clinica medica, nei 1927 a Catania, dal 1929 Palermo. Allontanato nel 1938 per motivi razziali, fu reintegrato nell'insegnamento nel 1943. A Palermo fondò e diresse il Centro per lo studio e la cura dei tumori a lui intitolato dopo la morte.

Per manifestare discontinuità col passato mutò il titolo in “Giornale di medicina” che era pubblicata a Palermo dalla tipografia Tosini.

La rivista cessò le pubblicazioni col numero doppio 11-12 di novembre dicembre 1948; dal 1948 al 1950 divenne “Sicilia medica” che dal 1950 fu “Sicilia Sanitaria”.

Molto diffuso e seguito era anche un bimestrale “L'Osservatore medico: bollettino e rivista di medicina e scienze affini”, fondato nel 1923 da S. Salvo che fu anche il direttore. Fu pubblicata fino al 1942.

Il corrispondente siciliano: qui Messina a voi Berlino

La presenza di tante riviste scientifiche non rappresentò un elemento di chiusura o di ripiegamento su se stessi, perché furono sempre considerate uno strumento di dibattito e arricchimento culturale, ma in un ambito nazionale.

I ricercatori siciliani, anche se pubblicavano una parte delle loro ricerche su queste riviste locali, non omettevano mai di presentare i loro studi sulle riviste scientifiche internazionali ed era questa un meritoria abitudine, poco seguita dagli altri ricercatori.

Se si analizza le bibliografie dei grandi medici siciliani si noterà che molti studi, compreso le relazioni a congressi, sono pubblicate, anche se impostazioni diverse, sia in italiano su riviste nazionali, sia in tedesco, allora la lingua della comunicazione scientifica, su testate internazionali.

Un ottimo metodo da seguire, ancora oggi, per poter raggiungere il maggior numero di persone possibile.

A dimostrazione della vivacità intellettuale e delle relazioni internazionali della classe medica siciliana basta riportare l'attività di Domenico Crisafi, che fu il primo professore di pediatria di Messina, ed era anche il corrispondente italiano della prestigiosa rivista tedesca: “*Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung*”, fondata a Berlino nel 1859, che è pubblicata ancora oggi, su cui illustrava puntualmente le scoperte scientifiche dell'intera ricerca pediatrica italiana.

Domenico Crisafi era un siciliano doc. Nato a Santa Teresa in Riva (Messina) il 14 luglio 1873 da Luigi, possidente, di 22 anni, e Concetta Zacami, dopo la laurea lasciò temporaneamente la Sicilia per andare a formarsi a Firenze. Nel 1905 conseguì la libera docenza in pediatria presso l'istituto di studi superiori di Firenze e subito rientrò nella terra natale, infatti il 26 dicembre dello stesso anno trasferì l'abilitazione all'insegnamento accademico presso l'Università di Messina ove, dal 1906, iniziò a tenere un corso libero. Crisafi morì sotto le macerie del sisma che colpì la città il 28 dicembre 1908.

Un siciliano a Milano per fondare l'Università

Per valutare il livello scientifico raggiunto da ricercatori siciliani basta ricordare gli studi sulla brucellosi compiuti in Sicilia, da Arnaldo Trambusti (1863- 1936) patologo generale dell'Università di Palermo.

Fra gli innumerevoli studi è da segnalare quello in cui Trambusti accertò che la brucella produceva endotossine che erano responsabili dei sintomi e dell'evoluzione della malattia.

Erano così importanti che il 30 maggio 1907 Trambusti fu chiamato a tenere una conferenza nell'aula degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano trattando in modo approfondito il tema: *La febbre mediterranea : (setticemia del Bruce)*. (Il testo della relazione fu pubblicato a Palermo da A. Reber, nel 1908).

Ad accrescere l'importanza della conferenza è il momento storico che stavano vivendo gli Istituti clinici di perfezionamento. Erano stati fondati nel 1905, perciò da poco più di un anno, dal senatore e professore universitario di ginecologia, Luigi Mangiagalli (Mortara, Pavia, 1850 - Milano, 1928).

L'obiettivo era di creare l'Università a Milano, ove non esisteva, perché da secoli gli studenti venivano tenuti lontani dalla città, perché si riteneva potessero causare disordini e turbolenze .

L'Università dei milanesi era quella di Pavia. Quella di tenere lontani gli studenti dalla sede del potere era una scelta condivisa in numerosi stati europei e in Italia era Padova rispetto a Venezia e Pisa rispetto a Firenze.

Mangiagalli ribaltò questa impostazione, e forte di un indiscusso prestigio accademico e politico, iniziò un percorso per creare quella che dal 1923, divenne l'Università statale di Milano.

Il primo passo fu, come detto, la fondazione nel 1905 degli Istituti clinici di perfezionamento che divennero subito un centro all'avanguardia del mondo scientifico in particolare della medicina del lavoro.

Questa attività fu così prestigiosa che con la riforma universitaria di Giovanni Gentile, (Castelvetrano, Trapani, 1875 – Firenze, 1944) fu scontata l'elevazione a Università.

Con questa premessa che inquadra l'intervento di Trambusti nel contesto storico, considerazione da fare è che Trambusti riteneva, come motivò ampiamente nella relazione, che il micrococco di Bruce e il Baccillo di Bang determinassero la stessa malattia che allora era chiamata *febbre mediterranea*.

In quel periodo non tutti la pensavano così, ma la storia ha dato

ragione al professore palermitano, Arnaldo Trambusti.

Inoltre il livello delle conoscenze scientifiche e l'autorevolezza degli accademici siciliani è dimostrata dal fatto che i milanesi dovessero chiamare docenti dalla Sicilia per aggiornarsi sulla nuova malattia.

Un ulteriore elemento di interesse e novità dell'intervento di Trambusti è l'inquadramento della brucellosi come una malattia professionale per gli addetti all'allevamento e all'industria casearia.

La circostanza è ancora più significativa perché, proprio in quegli anni, una parte degli Istituti clinici di perfezionamento, era orientata alla fondazione e sviluppo della medicina del lavoro, sotto la direzione di Luigi Devoto (Borzonasca, Genova, 1864 – Milano, 1936).

Arnaldo Trambusti, professore ordinario di patologia generale dell'Università di Palermo, era infatti un autorevole scienziato attivo in particolare nel settore delle parassitologia e aveva condotto, in varie zone della Sicilia, importanti studi insieme ai suoi assistenti, Alessando Amato e Giuseppe Gabrielli.

La migrazione accademica verso Palermo

L'impulso dato dai Florio all'Università di Palermo divenne un potente richiamo per reclutare i più autorevoli e dinamici scienziati attratti dalle risorse e opportunità che l'ateneo metteva disposizione, in particolare i Florio intrapresero un'intensa politica di edilizia pubblica fornendo anche i mezzi per far funzionare i vari servizi.

Accanto a queste grandi opportunità di lavoro, Ignazio e Franca Florio, aprivano la loro casa ai professori introducendoli nell'alta società palermitana e internazionale.

Abbiamo già parlato dell'insegnamento all'Università di Palermo del più grande medico italiano e fondatore dell'endocrinologia, Nicola Pende, giunto nel capoluogo siciliano perché richiamato dalla fama di un altro medico insigne, Giacinto Viola ordinario dell'ateneo.

Dermatologia internazionale a Palermo

Un esempio particolarmente significativo per dimostrare la centralità assunta dall'Università palermitana è quello di Pierleone Tommasoli (Mercatale, Pesaro - Urbino, 1857 - Palermo 1904). Nel 1894 fu nominato professore ordinario e direttore della clinica dermatologica dell'ateneo. È stato uno dei grandi dermatologi italiani ed è uno dei fondatori di questa disciplina.

Fra i suoi contemporanei era anche uno dei dermatologi a maggior formazione europea, infatti, dopo aver studiato in Italia a Bologna e a Roma, ebbe un importante periodo di formazione nelle grandi capitali europee, in particolare fu a Vienna nel 1887, ad Amburgo e a Berlino dal 188 al 1889.

I settori di ricerca di Tommasoli esprimono la cultura medica propria del XIX secolo caratterizzato da un eclettismo di temi studiati, per questo venivano approfonditi una pluralità di argomenti, come era proprio di una disciplina da scoprire e da definire.

Studiò ittiosi, pemfigo, profilassi e terapia della sifilide, ma un importante settore a cui si dedicò fu quello delle malattie trasmesse sessualmente, determinato dall'emanazione nel 1888 della legge e dei regolamenti che disciplinavano l'intero settore igienico sanitario voluta dal governo presieduto da Francesco Crispi (Ribera, Agrigento 1818 - Napoli 1909).

Il Tommasoli realizzò un'originale proposta di nuovo regolamento che illustrò alla *Conference internationale pour la profilaxie de la syphilis et des maladies veneriennes*. Che si tenne nel settembre 1899 a Bruxelles.

Dalla lunga relazione si comprende sia l'importante ruolo internazionale del Tommasoli sia il suo pensiero scientifico e dermatologico in particolare.

Dalla relazione risulta che era il referente italiano, oltre che amico personale di Albert Neisser (Świdnica , Polonia, 1855- Breslava) 1916) lo scopritore nel 1879 del gonococco. Per questo motivo Neisser chiese

a Tommasoli di redigere sia un rilievo statistico-epidemiologico delle malattie veneree in Italia, sia di fare il punto sulla specifica legislazione.



Lapide affissa sulla casa natale di Pierleone Tommasoli a Mercatale (Pesaro - Urbino).

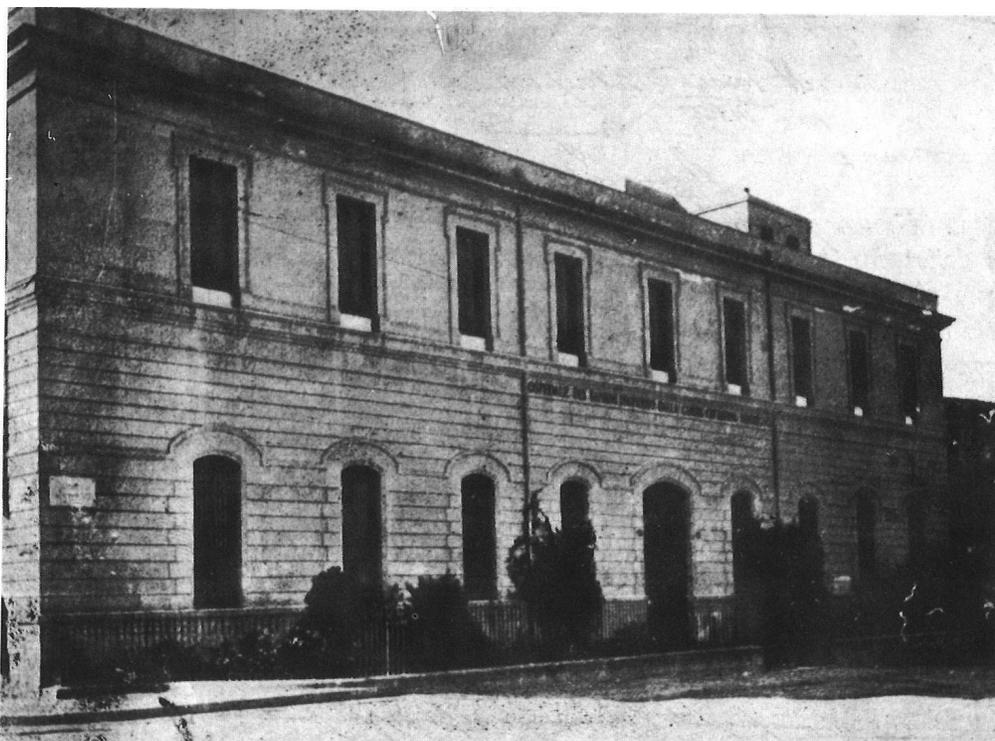
Un'ulteriore elemento che dimostra il valore scientifico e il prestigio del Tommasoli a livello nazionale è che fu uno dei collaboratori dei due principali trattati italiani di medicina pubblicati fra Ottocento e Novecento, infatti scrisse capitoli sul trattato di Cantani e Maragliano e su quello di De Giovanni.

Nel 1896 fu a Londra per tenere una relazione all'VIII congresso internazionale di dermatologia. In tal modo i contenuti della scuola dermatologica palermitana si diffusero in tutta Europa realizzando una collaborazione e un interscambio scientifico di primo livello.

Ospedale dei bambini: in dodici anni è il migliore d'Italia

La storia della fondazione dell'ospedale dei bambini di Palermo è interessante perché illustra nel campo dell'assistenza e della solidarietà, il rapporto fra aristocrazia e borghesia, in un confronto presente, in modo simile, in tutta Europa.

Il caso dell'ospedale dei bambini di Palermo voluto dai Florio, fornisce anche un'interessante spaccato dell'ottimo modo di operare di questa famiglia. In solo dodici anni, Ignazio Florio, era riuscito a realizzare la miglior clinica pediatrica d'Italia.



Palermo: prospetto dell'Ospedale dei bambini nei primi del novecento.

Rocco Jemma (Laureana di Borrello, Reggio Calabria, 1866 - Napoli, 1949), nella sua qualità di presidente del VII Congresso nazionale di pediatria, tenuto a Palermo nel 1911, durante il discorso inaugurale ricordò la fondazione dell'ospedale, specificando bene il ruolo dei Florio, ma anche il contributo della città: «... l'ospedale autonomo dei

bambini, che, sorto sin dal 1891 [sic.], acquistò sempre maggior incremento col concorso simultaneo della famiglia Florio, che perpetua nel tempo una luminosa tradizione di bontà e di pietà, e della cittadinanza tutta, nel cui petto sonò all'unisono la nota dell'amore per le innocenti creature...» (*Atti...*, p. 25).

Ma ricostruiamo la storia. Nel dicembre 1882 un gruppo di aristocratici si riunì presso il palazzo del marchese di Ganzeria, per istituire un comitato per la fondazione di un «ospedale dei bambini» a Palermo.. Presidente, era Basco Lanza, duca di San Giorgio coadiuvato da Giulio Benso duca della Verdura (1816-1904), senatore del Regno dal 1863, che fu sindaco di Palermo dal 1885 al 1886. Nel Comitato c'era anche il marchese Emanuele Notarbarbolo di San Giovanni (1834-1893), che era stato sindaco di Palermo dal 1873 al 1876. I consiglieri erano esponenti dell'alta società palermitana: il principe di Gangi, il marchese di Ganzeria (1855-1914), che era ordinario di geometria superiore presso l'Università degli studi di Palermo, il duca Fici, il nobile Luigi Aliata di Petragliata.

Al Comitato era affiancato un gruppo di patronesse anch'esse appartenenti all'alta società: la principessa Fitalia, la principessa Butera, nata Lanza Spinelli, la marchesa di Ganzeria, infine le nobili: Bianca Aliata di Petragliata, nata Notarbarbolo di Villa Rosa, Tina Whitaker-Scalia (1858-1957), Franca Florio, nata Della Motta dei baroni di San Giuliano (1873-1950), moglie di Ignazio Florio Junior che assicurò una rendita annua di novemila lire con un atto stipulato presso il notaio palermitano, Francesco Cammarata.

L'autonomia economica permise l'apertura dell'ospedale avvenuta il 23 dicembre 1896.

I Florio non si limitarono a finanziare l'ospedale, ma vollero assicurare anche il miglior funzionamento e lo resero un centro di eccellenza, infatti riuscirono a portare a Palermo, colui che sarebbe divenuto il più grande pediatra italiano, Rocco Jemma.

L'incontro avvenne per un motivo familiare. Dopo aver perso in un anno e mezzo tre dei quattro figli, ammalatasi la più piccola, Igea

(Palermo 1900-1974), i genitori, Ignazio e Franca Florio, la portarono a Genova, richiamati dalla fama di Jemma che guarì la bambina. Ignazio lo convinse a trasferirsi a Palermo, come avvenne. Nel 1903 Jemma vinse la cattedra, appena istituita, presso l'Università palermitana, divenendo così il fondatore della pediatria universitaria del capoluogo siciliano, una delle prime cattedre in Italia.

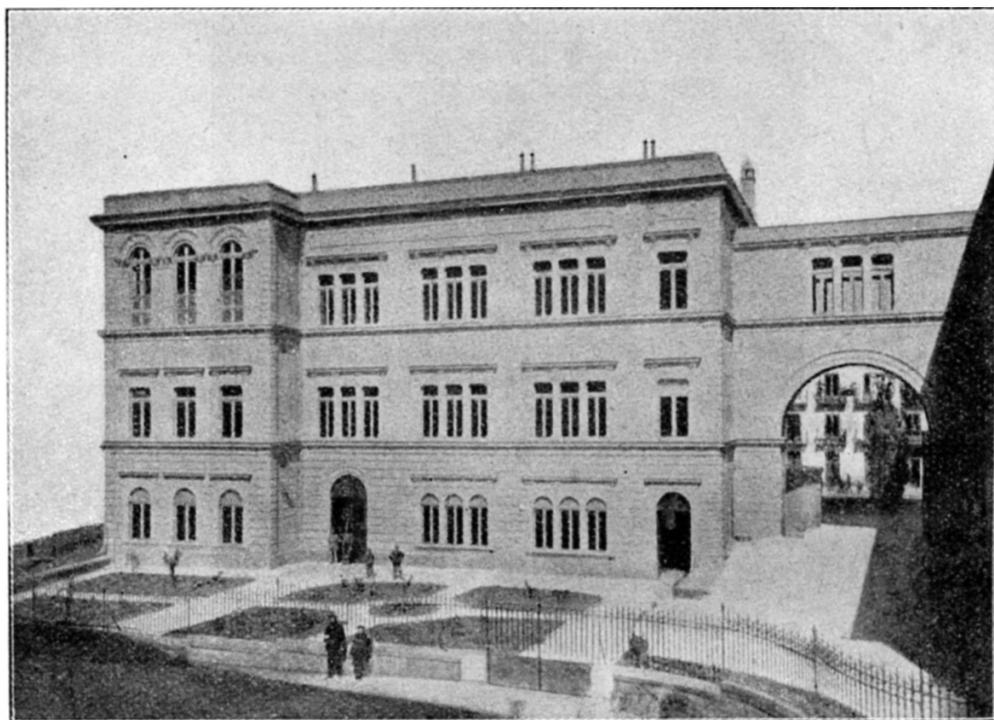
A Palermo Jemma iniziò una brillante carriera accademica che concluse a Napoli ove per molti anni fu preside della facoltà di medicina e chirurgia. È stato il pediatra che più a lungo a ricoperto la carica di presidente della Società italiana di pediatria ed è stato anche vicepresidente mondiale della Società internazionale di pediatria.

Come è riportato nella tabella, anche le altre due Università siciliane, istituirono precocemente l'insegnamento della pediatria a dimostrazione della volontà innovativa presente nel mondo accademico e nella società dell'isola.

Università italiane, in ordine ascendente, secondo l'anno di istituzione dell'insegnamento della pediatria

Anno di istituzione	Città
1882	Firenze e Padova
1886	Napoli
1894	Roma
1900	Bologna e Parma
1903	Palermo
1904	Siena
1906	Messina
1907	Modena
1909	Catania e Padova

Ignazio Florio si impegnò subito per far edificare un nuovo e moderno edificio per l'«ospedale dei bambini», che fu inaugurato il 27 aprile 1908 e divenne un modello di edilizia e organizzazione ospedaliera, come è ben descritto nella pregevole pubblicazione di Jemma: *La clinica pediatrica e i nuovi locali dell'ospedale dei bambini. Discorsi pronunciati per l'inaugurazione della R. Clinica pediatrica di Palermo 27 aprile 1908,*



Palermo 1908: il nuovo istituto pediatrico dell'Università.

La cerimonia dell'inaugurazione, come riportano le cronache del tempo, fu modesta e semplice, ma dai discorsi ufficiali emergono le eccellenze dell'opera.



Napoli, clinica pediatrica dell'Università. Al centro della foto, in camice, Rocco Lemma, in mezzo ai principi ereditari: in divisa da generale d'armata, Umberto di Savoia, futuro re d'Italia e Maria Josè, futura regina.

Luigi Manfredi (Napoli, 1861-ivi,1952), ordinario di igiene e rettore dell'Università di Palermo tra il 1904 e il 1908, tenne il discorso ufficiale che illustra l'eccezionalità della realizzazione della nuova clinica pediatrica, affermò:

In meno di tre anni si vide sorgere come per incanto un Istituto clinico e scientifico tutto nuovo di pianta, un Istituto composto di parecchie infermiere e, fornito riccamente di laboratori, di locali per consultazioni, di ambienti e mezzi destinati all'insegnamenti; è in tutto così rispondente e conforme alle moderne esigenze di un simile ramo di studi, da potersi considerare, come difatti è stato giudicato dai competenti, un vero modello di Clinica Pediatrica, ammirevole in pari tempo dal punto di vista dell'organizzazione ospedaliera, scientifica e didattica

(Luigi Manfredi, *Discorso ufficiale per l'inaugurazione della R. Clinica pediatrica di Palermo*, Palermo, 1908)



Napoli, clinica pediatrica dell'Università. Rocco Iemma (in camice) insieme a Maria Josè, futura regina d'Italia.

Il rettore Manfredi, che è stato un grande medico italiano, molto attento ai problemi sociali della sanità, dopo avere apprezzato l'aspetto scientifico dell' istituzione, dette una lezione di alta etica, che deve essere un insegnamento anche per i sanitari di oggi.

Ricordò infatti le persone più fragili, iniziando dai malati perché la finalità della medicina, anche ai più alti livelli scientifici, è l'assistenza e la clinica col compito di effettuare la diagnosi e la terapia. Non dimenticò i più piccoli. Ribadì inoltre la stretta connessione scientifica e assistenziale con l'ospizio marino:

dove da anni trovano sollievo quei piccoli poveri esseri che la malattia rende deforme Miserabili... [e che] di queste due splendide istituzioni, che hanno precorso il concerto della puericultura, quale ti è venuto formando nella coscienza sociale moderna, bene può essere orgogliosa la città di Palermo

(Luigi Manfredi, *Discorso ufficiale...*)



Napoli, clinica pediatrica dell'Università. Rocco Iemma (in camice) insieme a Maria Josè, in seconda fila fra i due, Luigi Auricchio (in camice), allievo di Jemma e futuro Rettore dell'Università di Napoli.

Nella conclusione del suo discorso, il rettore Manfredi, ricordò i titoli di benemerenzza della dei palermitani per i quali «la carità era stata antesignana della scienza e il problema ospedaliero era stato assunto dalla città come un apostolato in una larga visione, completa aperta al sentimento generale ed al progresso dei tempi».



Rocco Jemma con l'abito scuro accanto alla principessa Jolanda di Savoia (al centro col cappello), figlia di Vittorio Emanuele III.



Docenti dell'Università di Palermo il quarto da sinistra è Rocco Jemma, il quinto da sinistra è Giovanni Di Cristina.

Nello stesso periodo l'instancabile Ignazio Florio, presidente dell'ospedale civico di Palermo, iniziò, nel 1907, anche la costruzione della nuova struttura, che fu definitivamente trasferita in quei locali negli anni Trenta.



Il futuro re d'Italia, Umberto II (al centro in divisa da generale di armata; accanto (a destra nella foto, in camice) Luigi Auricchio allievo della prima generazione della scuola di Rocco Jemma, in seguito professore ordinario, direttore della Clinica pediatrica e rettore dell'Università di Napoli.

Sempre in questi anni Jemma era assessore all'igiene e alla sanità dl Comune di Palermo e in tale ruolo riorganizzò i servizi sanitari. In tale veste organizzo i soccorsi sanitari in occasione del tragico terremoto calabro-siculo del 28 dicembre 1908.

Nasce a Palermo la più grande scuola pediatrica italiana

Le parole pronunciate dai vari relatori non erano vuote espressioni di convenienza, ma il contrario perché a Palermo Jemma (III a e III b) creò il primo nucleo di quella che fu chiamata la “scuola di Rocco Jemma” che avrebbe fornito tanti professori ordinari di pediatria, avrebbe “colonizzato” l'Italia: Sicilia, Bari, Napoli, Roma, Perugia, Parma, Milano e poi con le successive generazioni anche Sassari, Ferrara, Pavia,

Brescia, Modena, Genova.

È stata una colonizzazione che non solo è stata molto estesa geograficamente, ma è durata nel tempo, fino ad ora.



Pavia 8 marzo 2013: presentazione del volume La Pediatria essenziale Roberto Burgio (a destra) insieme a Italo Farnetani (a sinistra) che conduce la presentazione del volume.

Rocco Jemma, maestro di maestri, visto da Roberto Burgio

Uno dei maestri formatosi alla “scuola di Rocco Jemma” fu Giuseppe Roberto Burgio, (Palermo, 1919 - Pavia, 2014,) professore emerito di pediatria dell’Università di Pavia, che nella prefazione di un mio libro dal titolo eloquente: *Rocco Jemma, il più grande pediatra italiano* (Comune di Laureana di Borrello, (RC), 2006). scrive

Il profilo biografico che Italo Farnetani traccia di Rocco Jemma merita lo spazio che gli è stato dedicato nelle pagine che seguono.

Si tratta, infatti, di uno spazio che andava occupato, meritevolmente, come è stato fatto, e come, prima d’ora, forse, non sempre si era riusciti a fare.

I più significativi elementi della operosità di questo Maestro di Pediatria che il lettore di oggi, in questo spazio ritrova, andavano, infatti, illustrati con qualche particolareggiato dettaglio, e rimessi in evidenza in bell’ordine e stile.

Rocco Jemma ha rappresentato una figura pionieristica della Pediatria Italiana nella quale - da vero “*primus inter pares*” del suo tempo - ha svolto un ruolo incisivo di cultore di ricerca e di scienza, di propulsore di cultura e didattica - in altri termini: “di scuola” - di sostenitore di valori assistenziali e sociali per l’infanzia più sofferente e bisognosa.

Farnetani sviluppa questi temi e questi valori in “quattro segni” la cui lettura riesce a far rivivere, sia nell’attuale sia nella testimonianza della storia, la figura del pediatra, non a caso giudicato il più grande.

Nel trattato di Storia della Pediatria di Nicola Latronico (1977) che, a buon diritto, rimane accreditato fra i cultori di questa materia nel nostro Paese, nell’ultimo trentennio – e che Farnetani puntualmente riporta nella sua accurata bibliografia – l’opera di Jemma viene menzionata a proposito di Leishmaniosi viscerale e l’iter didattico-universitario di questo Maestro viene cronologicamente riferito.

Un secolo si è appena concluso da quando questo iter ebbe

ufficiale inizio (nel 1904, appunto) a Palermo, città nella quale Jemma profuse doti elette di intelletto e di cuore, nella quale costruì una clinica.

Che volle far sorgere “a sollievo dell’infanzia sofferente, a presidio delle nuove generazioni, scuola e palestra di scienza e di pietà”.

Questa volontà ha animato tutta l’attività di Rocco Jemma lungo la Sua carriera ed ha prodotto una Scuola che – rinnovatasi ormai in tre o quattro generazioni di Maestri e Allievi – è rimasta, a sua volta, feconda di operosità scientifica, di cultura e di progresso nella cura e nell’assistenza ai bambini.

Una Scuola che ha recepito e onorato l’insegnamento originariamente profuso dal Maestro, del quale degnamente Farnetani, oggi, onora la memoria.

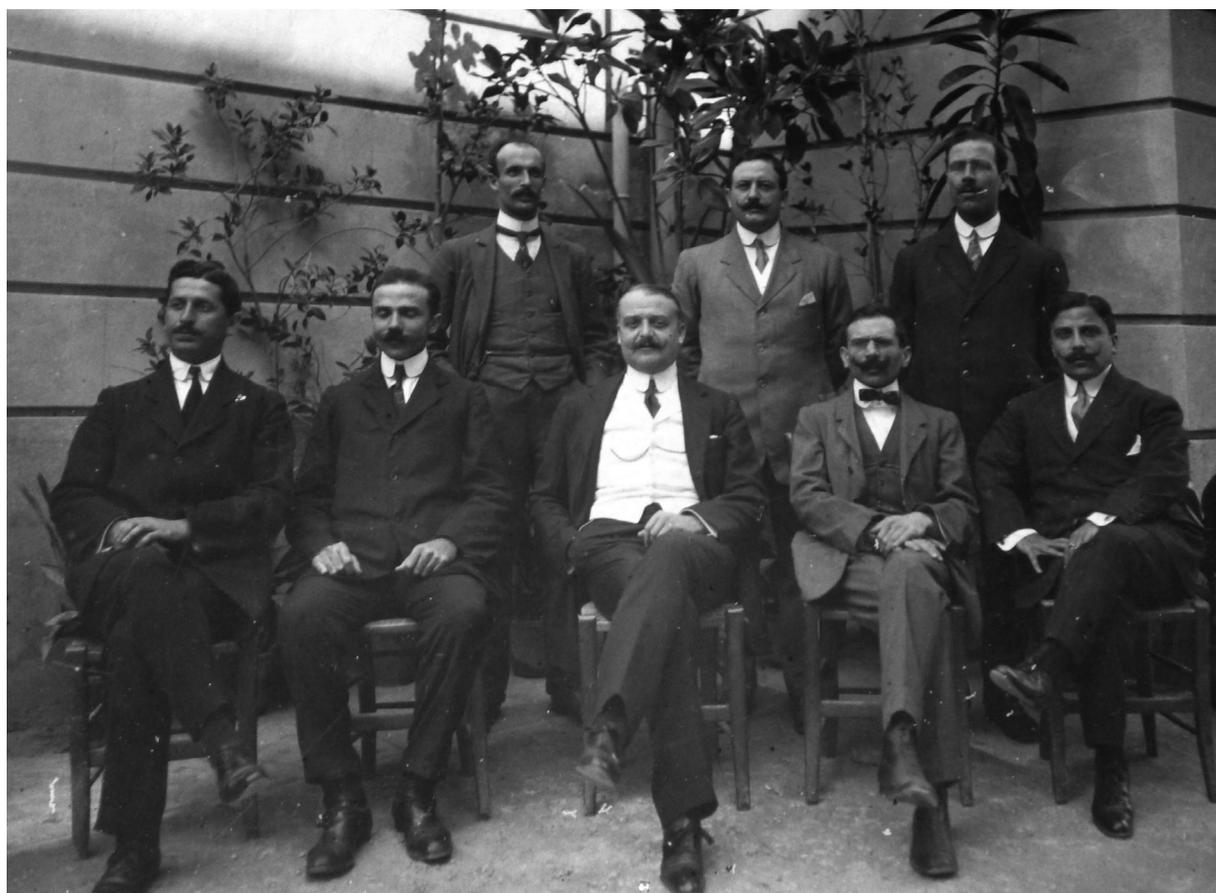
Per capire l’importanza di questa scuola si consideri che ancora oggi rappresenta l’architrave fondamentale della pediatria nazionale, sia per la didattica e la ricerca, sia per l’assistenza.

Basta dire che uno dei discendenti, Franco Locatelli è il presidente del Consiglio superiore di sanità che rappresenta la più alta Istituzione dello Stato nel campo della medicina.

Un altro, Luigi Daniele Notarangelo è professore ordinario di pediatria presso la *Harvard Medical School* di Boston.

La “scuola di Rocco Jemma” parla siciliano

La “scuola di Rocco Jemma” nacque grazie alla scelta di Ignazio Florio di creare la cattedra di pediatria a Palermo, ma oltre alla rilevanza scientifica internazionale, è stata anche un’eccellenza e una risorsa sia per la Sicilia e il Mediterraneo.



Palermo 1913: in prima fila, seduti, da sinistra a destra: Salvatore Maggiore, Giovanni Di Cristina, Rocco Jemma, Ignazio Florio Junior, Giuseppe Baronia. In seconda fila, in piedi, da sinistra: Sebastiano Cannata e, dopo una persona, Francesco Luna.

È stata uno stimolo per la classe medica locale, ma ha promosso lo sviluppo anche di grandi scienziati, basta dire che i primi quattro allievi erano siciliani doc, tutti grandi personaggi che hanno scritto la storia della pediatria italiana

I primi quattro allievi furono: Giovanni Di Cristina (Palermo 1875 - ivi 1928), Sebastiano Cannata (Messina 1879 – Palermo 1939), Salvatore Maggiore (Palermo 1879 – ivi 1947), Giuseppe Caronia (Sancipirrello, Palermo, 1884 – Roma, 1977).



Lapide apposta nell'aula di pediatria dell'Università di Napoli.

Il primo allievo fu Giovanni Di Cristina, che fu anche il primo a vincere una cattedra universitaria.

Di Cristina dopo la laurea con lode, conseguita a Palermo, nel 1902, si recò per completare la sua formazione scientifica in Germania, a Monaco e a Berlino.



Napoli, 25 luglio 1930, clinica pediatrica dell' Università. Cerimonia di consegna del diploma di specializzazione in pediatria.

Il prestigio di Rocco Jemma (al centro) era un forte richiamo anche per studenti e specializzandi provenienti da tutte le regioni italiane, come i due medici siciliani del Corso, Angela Spina di Licata (Agrigento) che è la prima da sinistra della seconda fila e Andrea Spanò, di Marsala (Trapani) che dopo la laurea conseguita a Bologna, si trasferì a Napoli per specializzarsi in pediatria (è in quarta fila, il terzo da destra con gli occhiali e la giacca scura). Seduti in prima fila i docenti del corso: da sinistra nella foto, il terzo è Ernesto Cacace, fondatore della nipiologia, Rocco Jemma, direttore della clinica pediatrica, Luigi Auricchio che divenne rettore dell' università di Napoli, accanto (col papillon) è un triestino, Alessandro Laurinsich, allora aiuto della clinica, in seguito direttore della clinica pediatrica di Parma è la testimonianza del richiamo che esercitava la scuola di Rocco Jemma, infatti si era trasferito da Trieste a Napoli per specializzarsi presso la Clinica partenopea ove iniziò una brillante carriera accademica.

È stato uno dei più grandi ricercatori italiani in campo pediatrico. Aveva sposato Giuseppina Alliata di Montereale.

Il messinese Sebastiano Cannata, fu il secondo allievo e il secondo a vincitore della cattedra, ma è significativo che fu nella sua città na-

tale, distrutta dal terremoto del 1908, così ebbe il compito di ricostruire la clinica pediatrica, dopo il sisma e la Grande guerra. Nonostante che Cannata fosse autore di pregevoli e importanti ricerche, apprezzate a livello internazionale, restò sempre legatissimo alla Sicilia; insegnò prima a Messina poi a Palermo e le vacanze le trascorreva sempre a Salemi.

Un suo allievo, Michele Gerbasi (Monreale, Palermo, 1900- Palermo 1994) lo descrisse così: «una venatura di sottile, bonaria ironia; brava persona il Prof. Cannata».



Salvatore Cannata

Il terzo allievo fu Salvatore Maggiore, figlio di un noto medico che apparteneva a una famiglia dell'alta borghesia.

Il fratello Giuseppe (Palermo 1882 - ivi 1954), giurista, divenne rettore dell'ateneo palermitano negli anni 1938 - 1939, un altro fratello, Luigi (Palermo 1888 - 1970), fu direttore della clinica oculistica dell'Università di Genova.

Salvatore Maggiore percorse una brillante carriera universitaria, fondatore della cattedra di pediatria all'Università di Bari, si trasferì a Messina ove fu rettore dell'ateneo, tornò a Palermo come ordinario.



Salvatore Maggiore

Nella biografia di Maggiore ci sono alcuni particolari che dimostrano il suo valore scientifico del medico e, nello stesso tempo, l'attaccamento alla Sicilia, in particolare alla città natale. Nel 1913 rinunciò a seguire il maestro, Rocco Jemma che si era trasferito a Napoli, in seguito lasciò l'ambita cattedra di Bari per rientrare a Messina e da qui, pur di rientrare a Palermo, lasciò il prestigioso posto di rettore dell'Ateneo, si accontentò del più semplice ruolo di ordinario e direttore della clinica pediatrica. C'è un altro elemento interessante che dimostra l'alto profilo scientifico di Maggiore che risale al 1924 quando fu chiamato come primo professore di pediatria all'Università di Bari. Questo ateneo era stato fondato dal grande Nicola Pende e vi aveva chiamato tutti i migliori studiosi italiani: per la pediatria abbia scelto proprio Maggiore che aveva conosciuto quando erano, entrambi aiuti presso l'Università di Palermo.

Da Palermo il grande scienziato che scrisse la Costituzione

Fra tutti gli allievi della scuola di Rocco Jemma un posto particolare spetta a Giuseppe Caronia. Ebbe il merito, insieme a Di Cristina, di scoprire la cura della Leishmaniosi che ha permesso di configgere questa grave malattia e salvare tante vite umane, ma ricoprì anche un importante ruolo politico come deputato dell'Assemblea Costituente e presidente del Gruppo Medico Parlamentare, ma fu importante anche l'impegno civile e umano di Caronia.

Fu membro della prestigiosa Accademia Pontificia delle Scienze. Gli fu conferita la Medaglia di bronzo della Salute Pubblica per la campagna anticolerica del 1911. L'8 ottobre 1956 ottenne la Medaglia d'oro della Sanità e fu il secondo pediatra della storia della Repubblica a essere decorato con la più alta onorificenza sanitaria, la Medaglia della libertà con palme di bronzo del Governo degli Stati Uniti. Fu presidente della Lega italiana per la lotta contro la poliomielite e altre malattie da virus e si prodigò enormemente per la promozione della vaccinazione antipolio.



Roma, Assemblea Costituente. La foto, l'unica che documenta l'attività dei costituenti fuori dall'Aula, fu scattata durante la seduta di fondazione del "Gruppo medico parlamentare" avvenuta il 18 luglio 1946, dalle ore 12 alle 14 presso la sala ottava dell'ultimo piano di Montecitorio. Al Gruppo aderirono tutti i ventotto medici eletti deputati, pur appartenendo ai vari partiti politici ed elessero all'unanimità Giuseppe Caronia alla carica di presidente. Nella foto, da sinistra a destra: in piedi: Piero Fornara e Mario Merighi seduti: Ezio Coppa, Giovanni Caso, Giuseppe Alberti, Giuseppe Caronia, Mario Cotellessa, Diego D'Amico,

Pur di non rinunciare alle sue idee antifasciste accettò di perdere la cattedra presso l'Università di Roma e di doversi trasferire negli Stati Uniti.

Rientrato in Italia, durante i nove mesi dell'occupazione nazista di Roma, a rischio della propria vita salvò persone cento persone ricercate dalla polizia perché ebrei o antifascisti.

Giuseppe Caronia, laureato a Palermo in Medicina e Chirurgia nel 1911, nel gennaio 1923 divenne direttore della clinica pediatrica dell'Università di Roma, ma nel 1927 fu allontanato perché antifascista.



Roma, Istituto superiore di sanità, 22 giugno 1949, II Assemblea mondiale della sanità. Dalla destra della foto il ministro Attilio Piccioni, Giuseppe Saragat, vice presidente del consiglio (in seguito presidente della Repubblica dal dicembre 1964 al dicembre 1971) Giuseppe Caronia, Alcide De Gasperi. Luigi Einaudi presidente della repubblica dal maggio 1948 all'aprile 1955, Ivanoe Bonomi, presidente del consiglio dal giugno 1944 al giugno 1945 (il primo dopo il governo di Pietro Badoglio), Mario Scelba, ministro dell'interno, dopo due persone, Mario Cotellessa alto commissario all'igiene e alla sanità pubblica.

Si trasferì allora negli Stati Uniti presso l'Università di San Francisco come professore ordinario di ricerche mediche, ma nel 1930 fu nuovamente chiamato alla direzione della cattedra di malattie infettive dell'infanzia dell'Università di Napoli, nel 1935 divenne direttore della cattedra di malattie infettive dell'Università di Roma e del reparto di malattie infettive degli ospedali riuniti di Roma. Alla fine del conflitto, fu reintegrato nella cattedra di clinica pediatrica che gli era stata tolta, fu dal 1944 al 1948, rettore dell'Università di Roma, fu deputato per la Democrazia cristiana all'Assemblea costituente e alla Camera dei deputati, fino al 1958, consigliere comunale di Roma dal 1948 al '56.



Bormio (Sondrio), Villaggio sanatoriale di Sondalo, 1.-3 settembre. 1951, I congresso internazionale di schermografia. Giuseppe Caronia, direttore della prima cattedra di clinica pediatrica presso l'Università di Roma (a destra), insieme Mario Cotellessa (Lanciano, Chieti, 1897 – Chieti, 1978), alto commissario all'igiene e alla sanità pubblica, (a sinistra) equivalente all'attuale ministro della salute. Entrambi, allora deputati al parlamento, erano stati costituenti, sempre eletti nelle liste della Democrazia Cristiana.

Pur essendo pediatra fu medico personale di Luigi Sturzo (Caltagirone, Catania, 1871 - Roma, 1959). e Alcide De Gasperi (Pieve Tesino, Trento, 1881 - Sella di Valsugana, Trento, 1954).

Ecco il ricordo di Giulio Andreotti (Roma, 1919 - ivi, 2013):

Che sia De Gasperi che Sturzo si facessero curare da un pediatra formava oggetto di commenti ironici. Ma oltre alle prescrizioni e ai controlli, Caronia era il confidente e, spesso, il critico spietato dell'uno e dell'altro.(...) Riusciva a fare bene insieme il medico e il parlamentare. (...)

Durante l'occupazione tedesca fu coraggioso difensore di ebrei e di altri perseguitati. Non se ne vantò mai, ma vidi una documentazione medica riguardante novanta soggetti a grave rischio da lui messi al riparo. In precedenza, attraverso le sue conoscenze, riuscì a proteggere anche l'attività clandestina dell'on. Spataro (ricostruzione della D.C.). Cercò di ridimensionare i suoi meriti al riguardo dicendo che alti funzionari della Polizia, di cui curava i figli, volevano con queste "disattenzioni" costituirsi titoli di benemeranza per il dopo.

In morte del Professore (15 gennaio 1977) la signora Maria si ritirò a Taormina vicino alla tomba del marito. Andammo con mia moglie a trovarla e fu una giornata indimenticabile di ricordi e di preghiere.

(Giulio Andreotti, *Caronia visto da vicino da Andreotti*, in Italo Farnetani, *Pediatri e medici alla Costituente*, Editeam, Cento (FE), 2006, pp.27-28)

A Caronia fu conferita dalla *Yad Vashem*, l'ente israeliano creato dalla *Knesset* nel 1953, la prestigiosa onorificenza di *Giusto fra le nazioni* per aver salvato quasi cento ebrei e antifascisti durante i mesi dell'occupazione nazista di Roma.

Da tutto il mondo ai Congresso medico siciliano

Un ulteriore elemento che dimostra la vivacità culturale e scientifica presente nella Sicilia dell'inizio del ventesimo secolo si percepisce dall'osservazione del numero e dalla qualità dei congressi che si sono tenuti nei primi decenni del secolo scorso a cui parteciparono relatori

provenienti da tutto il mondo tanto che alcune edizioni hanno segnato la storia della medicina mondiale in particolare il congresso di Trapani del 1910.



Giuseppe Caronia

Particolarmente importanti furono le varie edizioni del Congresso medico siciliano perché dimostrano la vivacità della medicina siciliana, non solo di quella accademica, ma anche di quella ospedaliera e del territorio.

I convegni si svolsero in molte città della Sicilia, a dimostrazione di una forte radicazione nel territorio e sempre ci fu l'intervento logistico ed economico della famiglia Florio, infatti la prima edizione si tenne a Palermo dal 28 maggio al primo giugno 1902.

Due anni più tardi fu la volta di Catania ove si tenne la seconda edizione dal 9 al 12 aprile 1904.

Il terzo Congresso medico siciliano a Messina dal 9 al 12 giugno 1907 ove furono presentate raffinate ricerche sulla brucellosi.

Storia tutta particolare quella della quarta edizione tenuta a Trapani dal 28 maggio al 1 giugno 1910, nell'ambito delle celebrazioni del cinquantesimo anniversario dell'impresa garibaldina.

Per la realizzazione logistica fu determinante il contributo di Ignazio Florio che per i partecipanti e i familiari, organizzò quella che allora veniva definita una "gita" a Favignana.

Il congresso ebbe rilevanza mondiale, con la partecipazione di medici italiani, provenienti da tutte le regioni, ma soprattutto di numerosi relatori internazionali.



La volontà di scambio fra i medici delle varie nazioni è dimostrato anche da una relazione che fu tenuta, nella sessione di lunedì 30 maggio, dall'avvocato Vincenzo Melissari di Reggio Calabria, dal titolo: *Medici italiani e medici stranieri* (Parma: Tipografia Cooperativa Parmense;1910) in cui documentava le basi giuridiche per permettere ai medici italiani di esercitare all'estero, come avveniva per i colleghi stranieri in Italia, a dimostrazione della cultura internazionale della classe medica italiana.

L'incipit della relazione è un fedele rilevatore dello spirito del momento, della voglia di rinascere delle popolazioni dopo il terremoto e il prestigio della Città di Trapani.

Io porto a Trapani gentile il saluto riverente della mia patria (...); a Trapani gentile e patriottica, che con questo Congresso Medico Siciliano aggiunge ai fasti della sua storia un'altra pagina di civile benemerita



Bologna, 19-21 settembre. 1954 : XXIII Congresso italiano di Pediatria. Da sinistra: Giuseppe Caronia, direttore della prima cattedra di clinica pediatrica presso l'Università di Roma; con Guido Fanconi, ordinario di pediatria presso l'Università di Zurigo, ma nato nella Svizzera di lingua italiana, a Poschiavo, nel Canton dei Grigioni; Giovanni De Toni, direttore della clinica pediatrica di Genova; Mario Cotellessa, primario pediatra di Chieti allora presidente della commissione sanità della Camera dei Deputati e dal 1948 al 1953, Alto commissario all'igiene e alla sanità pubblica, l'equivalente dell'attuale ministro della Salute.

L'argomento principale trattato fu la leishmaniosi, che non solo era la malattia più dibattuta e studiata del tempo, ma anche i ricercatori siciliani erano fra i più autorevoli del mondo.

Con tali presupposti, il livello dei relatori e il confronto che si realizzò, fu così alto e determinante che il congresso ebbe una così grande risonanza mondiale che nelle pubblicazioni, perfino nelle bibliografie, non fu più indicato non più citato con la denominazione di Congresso medico siciliano, ma come "Congresso di Trapani". La quinta edizione si tenne a Siracusa nel 1914, dal 20 al 23 Aprile.

I congressi ripresero dopo il primo conflitto mondiale. Il sesto dal 23 al 26 Aprile 1921, fu a Palermo ove si tenne anche la settima edizione che si svolse dal 20 al 23 aprile 1923.

Con la nona edizione, tenuta a Catania, presso la prestigiosa sede del Palazzo dell'Università, dal 16 al 19 maggio 1932, questi importanti appuntamenti furono sospesi.

Di questo ultimo congresso resta il pregevole volume degli *Atti*, composto da ben 307 pagine, pubblicati, come gli altri, relativi alle edizioni precedenti, a partire dal 1914, a cura della "Rivista sanitaria siciliana".

Congressi specchio dei tempi

La centralità assunta dalla Sicilia è dimostrata anche dal *Congresso nazionale di medicina del lavoro (Malattie professionali)* che si tenne a Palermo, dal 19 al 21 ottobre 1907, organizzato e presieduto dal direttore dell'istituto di patologia medica, Liborio Giuffrè, ma il presidente del Comitato d'onore era il sindaco di Palermo, Paolo Francesco Tesaurò (Ficarazzi, Catania, 1852–Palermo, 1922), mentre il vicepresidente era Ignazio Florio.

L'elenco dei membri del Comitato d'onore raggruppa i più autorevoli esponenti del mondo medico-accademico, imprenditoriale e aristocratico.

Riportiamo l'elenco come è pubblicato sugli Atti (pp.V-VI):

Carlo Albanese, Palermo — On. Prof. Pietro Albertoni, Bologna — D.r Angelo. Arcelaschi, Milano — Comm. Sen. Nunzio Aula, Trapani — On. Prof. Guido Baccelli, Roma — Prof. C. Bertarelli, Torino — Comm. Binetti, Palermo— Prof. E . Bonardi, Milano — Prof. L. Borri, Firenze — On. P. Cardani, Roma — D.r L. Carozzi, Milano — On. Prof. Pietro Castellino, Napoli — On. Prof. Angelo Celli, Roma — On. D.r .Napoleone Colajanni, Napoli — D.r Pompeo Colajanni, Caltanissetta — Prof. C. Colombo, Roma — Sen. d.r Malachia De Cristoforis, Milano — Prof. De Giaxa, Napoli — Sen. Prof. Achille de Giovanni, Padova — Prof. Luigi Devoto, Milano— Sen. Francesco De Seta, Palermo — On. D.r N. di Lorenzo, Palermo — Sen. Girolamo di Martino, Palermo — On. D.r . Faranda, Messina — Prof. L. Ferrannini, Napoli — Prof. L. Foà, Torino — Prof. Alberto Gabbi, Messina — Prof. U. Giglioli, Firenze — Avv . Filippo Lo Vetere, Palermo — Prof. Alessandro Lustig, Firenze — On Maggiorino Ferraris, Roma — Comm. Magaldi, Roma — Sen. Prof. Edoardo Maragliano, Genova — Prof. A . Massa - Longo, Verona — Prof. Medea, Milano — Prof. Augusto Murri, Bologna — On. Pantano, Roma — Prof. G. G. Perrando — D.r .P. Piccinini, Milano — Prof. Gaetano Pieraccini, Firenze — Comm. C. Pintacuda, Palermo — Sen. Ugo. Pisa, Milano — On. Prof. Giovanni Battista Queirolo, Pisa — S. E . Rava, Roma — Prof. Empedocle Restivo, Palermo — Prof. Solaro, Siena, — On. Prof. Guseppe Sanarelli, Bologna — Prof. Sanfelice, Messina — Sen. Francesco Lanza Spinelli Principe di Scalea, Palermo — On Principe Pietro Lanza di Scalea, Palermo — Prof. Severi, Genova — Comm. Seminara, Palermo — Cav. P. Spadaro, Palermo — Comm. V. Spataro, Palermo — Sen. Giuseppe Tasca Lanza, Palermo— On. A. Tasca, Principe di Cutò, Palermo — Ing. Cav. Torrente, Palermo — Comm. E. Varvaro, Palermo — D.r . L. Veratti, Milano—Comm. Verardo, Palermo — D.r Luigi Vigano, Milano — D.r Cav. Volante, Milano — Prof. Zagari, Sassari.

Il resoconto degli eventi sociali, indicati negli *Atti* col titolo *festeggiamenti*, è un interessante spaccato della società siciliana dell'inizio

del Novecento. Anche in questo caso riportiamo integralmente il testo pubblicato.

Il giorno 20 ottobre alle ore 16 i congressisti convennero al the d'onore offerto dal Comitato in quel locale delizioso e aristocratico che è Villa Igea. La scelta della località non poteva essere meglio indovinata. Gli intervenuti si indugiarono con affabile compiacimento per i viali ombreggiati e sulle ampie terrazze godendo il vario e sempre incantevole panorama che, dai diversi punti di vista, offre tutta una serie di quadri degni della plaga superba dove Palermo, precinta dai monti e carezzata dal mare, dorme i suoi sonni di città voluttuosa. Tra i congressisti, che quasi tutti vollero intervenire alla gaia festa cui auspicava il tepido e suggestivo pomeriggio autunnale, si notava uno stuolo di gentili signore e signorine. Furono serviti rinfreschi e liquori a profusione ; sontuosa la table à thè.

Il Comitato, anche per dare agio ai signori congressisti di conoscere ed ammirare la splendida sala del Teatro Massimo, li invitò ad una serata di gala, che ebbe luogo il successivo giorno 21 alle ore 21 . La sala del teatro era splendidamente illuminata con uno sfarzo signorile e onorata della presenza della migliore società palermitana e allietata dall' elemento femminile largamente rappresentato. Il concerto vocale e strumentale magistralmente diretto dal maestro Morasca e al quale presero parte i valorosi artisti maestro Dotto, prof. Licari, le signorine Impallomeni, Amoroso, Guerrieri, Alfano, e il tenore Bordonali, di compianta memoria, — tutti prestatisi gentilmente, — fu vivamente applaudito.

Martedì 22, affidato alle cure della benemerita Società di viaggi Argos, alla quale il Comitato credette darla cura della organizzazione , un gruppo di congressisti alle ore 4 partiva alla volta di Trabonella, presso Imera, per visitarvi quella miniera zolfifera. La miniera di Trabonella, gestita dall' egregio ing. Giuseppe Luzzatti è una delle più considerevoli miniere di zolfo siciliane, sia nei riguardi dell' estensione, sia nei riguardi dello impianto veramente razionale e moderno. I congressisti vi furono ricevuti con cortesissima ed espansiva ospitalità dai rappresentanti locali della Società assuntrice; guidati ed informati minutamente dal personale sulle più interessanti particolarità riflettenti questa importante e speciale industria mineraria della Sicilia. Alla fine della escursione, nell' interno della miniera, la Società ebbe

il gentile pensiero di offrire ai visitatori un trattamento veramente signorile di dolci e rinfreschi.

La sera dello stesso giorno 22, alle ore 20, nell'ampio salone dell'Excelsior Palace Hotel, i membri del Congresso convennero al banchetto d'onore, insieme ai membri del XVII Congresso della Società italiana di Medicina interna, inauguratosi il giorno precedente. Allo champagne pronunciarono elevati discorsi i professori Giuffrè, Maragliano, Argento e il comm. Magaldi, il quale ultimo portò il saluto del Ministero di Agricoltura. Il Comitato oltre i festeggiamenti volle assicurare ai congressisti numerose facilitazioni per la visita dei monumenti e ville private e stabilimenti industriali. Furono accordati biglietti d'ingresso per il Museo Nazionale, la Chiesa della Martorana, la Chiesa e il Chiostro di S. Giovanni degli Eremiti, il Chiostro di S. Maria la Nuova a Monreale, il Palazzo e gli appartamenti reali e l'annessa Cappella Palatina, la Casina Reale nel Parco della R. Favorita, l'Orto Botanico, la Villa Tasca, la Villa e il Parco Orleans, la Villa Florio, il Cantiere Navale ed il Bacino di Carenaggio. Nella visita a Villa Tasca, il nobile proprietario senatore G. Tasca Lanza volle usare la cortesia di offrire rinfreschi e liquori ai congressisti.

I congressisti infine furono invitati a presenziare l'inaugurazione della nuova Farmacia del dott. Piazza — con annessa sala di lettura per i medici — e anche qui essi furono gentilmente trattati dall'egregio proprietario con copiosi rinfreschi e champagne a profusione.

(Atti...pp.XI-XII)

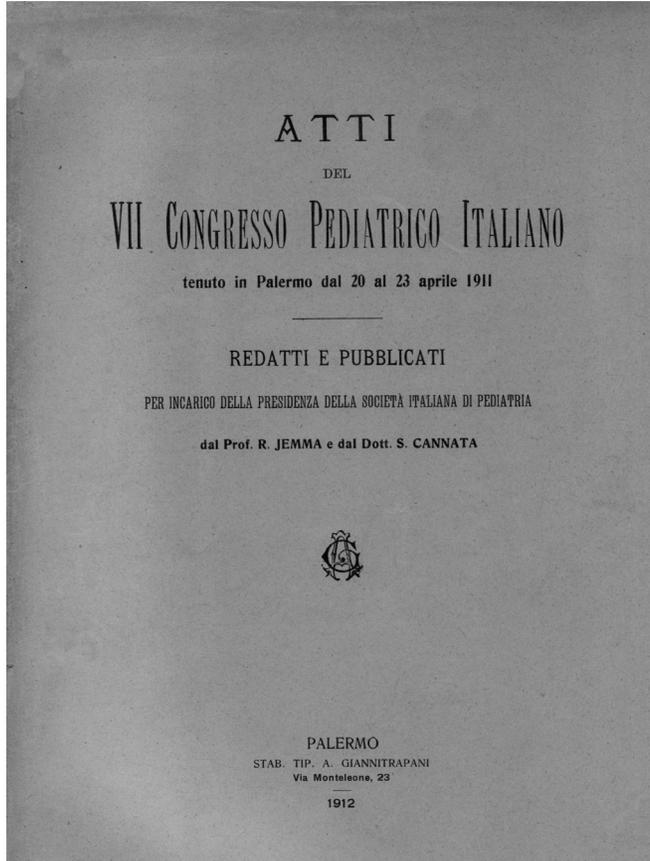
Dal 21 al 24 ottobre 1907 quando si svolse il XVIII *Congresso di medicina interna* che riunì tutti i più autorevoli medici italiani.

Pochi mesi dopo, molti di questi medici e delle altre personalità presenti saranno impegnati, in molti casi eroicamente, nei soccorsi del terribile terremoto di Messina (calabro-siculo).

Alcuni dei partecipanti o dei loro familiari perderanno la vita o resteranno feriti.

Identità sicula e consapevole orgoglio

L'intera classe medica italiana, e in particolare quella palermitana, si impegnò con generosità e competenza per aiutare e popolazioni colpite da quella che è considerata una delle più gravi catastrofi del XX secolo.



Dal resoconto del VII Congresso pediatrico italiano che si svolse Palermo, dal 20 al 23 aprile 1911, si capisce com'era la vita quotidiana condizionata dalle conseguenze del terremoto.

Fu un congresso particolarmente importante perché svolto nell'ambito delle manifestazioni del cinquantenario dell'Unità nazionale. Si legge all'inizio del volume degli *Atti*:

Il congresso della Società italiana di pediatria, fissato per l'ottobre del 1910, che non ha potuto aver luogo in quell'epoca per le condizioni sanitarie della città di Palermo e di molte

province meridionali.....

(Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Giannitrapani; 1912, p.1).

Nonostante la tragedia e le difficoltà, dal resoconto del congresso si nota la volontà di rinascita dell'intera società siciliana, come dimostra l'ampia partecipazione di pubblico all'inaugurazione.

Alla seduta inaugurale tenuta il 20 aprile 1911 alle ore 10 il congresso pediatrico italiano viene inaugurato nell'aula magna della R Università alla presenza delle autorità, dei rappresentanti delle istituzioni cittadine, di molte signore signorine, della stampa, di molti professori universitari, di numerosi congressisti, della città, invitati, studenti universitari eccetera ecc., ecc.

(Atti...p.19).

È una testimonianza importante per capire lo spirito del tempo, la conclusione dell'intervento ufficiale che tenne, durante la seduta inaugurale, Michele Parlavecchio chirurgo e preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Palermo.

Chiudo con l'augurio che il vostro Congresso segni una data memorabile nella storia del progresso delle vostre scienze, e che una vostra visita anche fugace agli insigni monumenti di tante civiltà sparsi a profusione in questa classica terra dei Ciclopi, e dalle singolari bellezze onde la natura volle ricolmarla, lasci nell'animo vostro un ricordo luminoso ed un desiderio simpatico di ritornarvi.

(Atti...p.22).

È scontato che un grande medico come Parlavecchio si auspichi che il congresso ottemperi ai suoi fini istituzionali e possa dare un contributo al progresso scientifico, mentre è significativo che, subito dopo, ricordi le bellezze della Sicilia e inviti i congressisti a visitarla.

È l'espressione dell'orgoglio dell'appartenenza, ma insieme la

consapevolezza della bellezza artistica, storica e ambientale della Sicilia.

Arriva il pediatra del kaiser, ma si inchina a Ippocrate

Per volontà, e strategia politica del kaiser, fra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, Berlino, divenne la capitale scientifica mondiale prendendo il posto che era stato della Parigi napoleonica.

In questo periodo, come ho già detto, le grandi scoperte scientifiche, soprattutto nel campo della microbiologia determinate dallo sviluppo dell'uso del microscopio e alla nascita della medicina di laboratorio, avevano indotto molti medici a cercare di basarsi sempre più sugli esami che sull'osservazione del paziente e le ricerche più sofisticate e innovative erano condotte proprio dagli scienziati tedeschi.

Al VII Congresso pediatrico italiano di Palermo, partecipò anche il più grande pediatra tedesco, Adolf Aron Baginsky (Ratibor, oggi Racibórz, allora Slesia, oggi Polonia, 1843-Belino (Germania, 1918), che nel 1890 aveva fondato l'ospedale pediatrico *Kaiser-und Kaiserin Friedrich Krankenhaus* di cui fu direttore e primario.

È importante che uno dei più insigni pediatri del momento aver affrontato un lungo viaggio da Berlino a Palermo per intervenire al VII Congresso pediatrico italiano.

M è ancora più significativo che nella sua relazione, che poteva essere basata sui risultati degli esami di laboratorio avreste fatto un richiamo all'importanza dell'osservazione clinica del paziente, un vero trionfo della scuola ippocratica e del neoippocratismo.

Baginsky tenne una relazione dal titolo: *Qualche caso importante di setticemia infantile*, in cui affermò: «...vedete subito, signori, come i casi siano ad una grande importanza per il medico pratico ed è perciò che ho avuto il desiderio di farveli conoscere». (*Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 20-23 aprile 1911; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Giannitrapani; 1912, pp. 325 – 327*).

Durante il soggiorno a Palermo, Baginsky, incontrò vari medici e accademici, in particolare nacque un'amicizia con Nicola Pende, allora aiuto della clinica medica dell'Università.

Che dopo vent'anni scrisse personalmente la biografia del pediatra tedesco sull'Enciclopedia italiana Treccani (Vol V, Roma 1930, p.851).

Da Palermo alla società internazionale di pediatria

Un altro indicatore del livello della ricerca scientifica italiana e in particolare di quella siciliana si evince dal verbale della seduta amministrativa tenuta dalla Società italiana di pediatria che si tenne il 21 aprile 1911 alle ore 17 presso i locali della clinica pediatrica, in una pausa del VII Congresso pediatrico italiano.

Durante la seduta fu comunicato ai soci che a Parigi si stava costituendo la Società internazionale di pediatria a cui erano invitati anche i pediatri italiani.

Come primo atto fu costituita la sezione nazionale della nuova Società, che pertanto nacque a Palermo.

Ai pediatri italiani era stato affidato lo svolgimento di una delle relazioni da tenere nel primo congresso della nuova società che si sarebbe svolto a Parigi nell'ottobre 1912.

A dimostrazione del prestigio e dell'autorevolezza internazionale della ricerca scientifica italiana, il tema assegnato l'*anemia da leishmania*, tema che, come vedremo in seguito, nel capitolo sulla leishmaniosi, era il principale argomento di ricerca della medicina del tempo.

Doveva essere scelto un relatore: all'unanimità, l'assemblea dei soci votò a favore di Rocco Jemma, direttore della clinica pediatrica di Palermo, che, insieme alla sua scuola stava conducendo pregevoli ricerche sull'argomento, che, insieme ad altre opere meritorie, hanno contribuito a farlo ritenere il più grande pediatra italiano.

Ad accrescere il prestigio dell'Italia e della Sicilia, si deve aggiungere, che lo stesso Rocco Jemma, durante la riunione costitutiva tenuta

a Parigi nella primavera del 1912 fu nominato vice presidente mondiale della nuova Società internazionale di pediatria.

Parte dalla Sicilia la lotta italiana alla tubercolosi

Questo grande laboratorio scientifico che aveva richiamato i migliori cervelli del mondo che era attivo dagli inizi del secolo fece balzare la Sicilia ai primi posti della lotta contro la tubercolosi a vantaggio dell'assistenza, cura e prevenzione di questa gravissima e diffusa malattia.

Non è un caso perciò che a Palermo venisse organizzata la partenza della campagna italiana antitubercolare, mettendo in vetrina le opere, già realizzate, prese come modello di progettazione e organizzazione.

Il III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, che si tenne a Palermo, da domenica 6 a mercoledì 9 ottobre 1929, fu più importante degli altri perché rappresentò la base per l'organizzazione e gestione dei Consorzi appena costituiti e la programmazione dei nuovi ospedali sanatoriali che erano già in costruzione. I relatori che intervennero erano i migliori esperti dei vari settori.

In Italia la svolta nella lotta contro la tubercolosi avvenne quando fu emanata la Legge 23 giugno 1927 n° 1276 che istituiva i Consorzi Provinciali Antitubercolari che divennero operativi nel corso del 1928. La Legge prevedeva anche l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Per questo la prima relazione scinentica, tenuta il giorno dell'inaugurazione, dalle 14 alle 19 trattava i contenuti della Legge: *Rapporti tra regime consorziale e regime assicurativo nella organizzazione della lotta antitubercolare.*

La seconda giornata di lavori si aprì con una relazione che è rimasta fondamentale nella storia sia della lotta antitubercolare, sia della radiologia, perché si tratta dell'analisi innovativa dell'applicazione della diagnostica per immagini, cioè delle radiografie per la prevenzione e

diagnosi precoce della tubercolosi.

La relazione dal titolo esplicativo. *Indagini sulla percentuale di tubercolosi latenti e di complessi primari accertabili radiologicamente tra la popolazione infantile di una zona rurale*, fu tenuta da Aristide Busi (Bologna, 1874 - Grottaferrata, Roma, 1939), uno dei fondatori della radiologia italiana, dal 1928 professore stabile di elettroterapia e radiologia medica presso l'Università di Roma.

Correlatore fu il chirurgo ed eroe della Grande guerra, Raffaele Paolucci di Valmaggione, (Roma, 1892 – ivi, 1957). L'ultima sessione del congresso che si svolse dalle 14 alle 19, di martedì otto maggio, fu dedicata alle esigenze scientifiche e tecniche per la progettazione degli ospedali sanatoriali e fu tenuta da uno dei grandi medici italiani, Attilio Omodei Zorini (Candia Lomellina, Pavia, 1897 – Roma, 1983).

Allora un giovane scienziato italiano che percorse una brillante carriera tanto da essere, candidato, nel 1975, al premio Nobel per la medicina su proposta di ricercatori di tutto il mondo, per aver scoperto la chemioprolifassi antitubercolare mediante isoniazide.

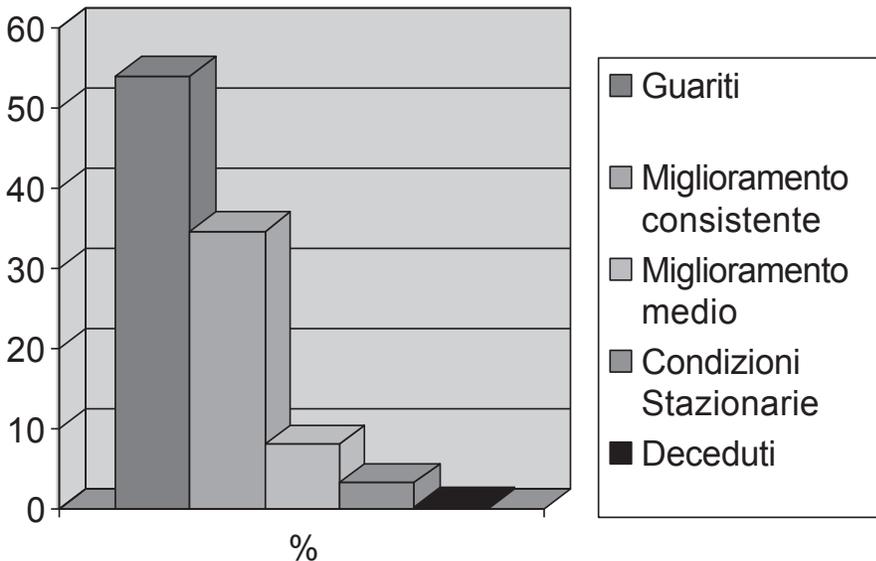
Non ottenne il Nobel solo perché il regolamento del premio prevedeva che fosse assegnato a scienziati impegnati esclusivamente nella ricerca. In seguito fu professore ordinario di fisiologia presso l'Università di Roma, direttore dell'ospedale sanatoriale Forlanini e direttore del centro studi dell'INPS per le ricerche scientifiche e terapeutiche sulla tubercolosi.

I due precedenti Congressi nazionale per la lotta contro la tubercolosi, si erano tenuti a Napoli dal 25 al 28 Maggio 1925 e a Milano dal 23 al 26 ottobre 1927, mentre il successivo, il quarto fu a Bologna dall'11 al 14 ottobre 1931.

A Palermo il primo sanatorio marittimo del mondo

La scelta di Palermo per la terza edizione fu dettata, non solo per l'alto profilo scientifico presente nell'isola, ma anche perché il Medi-

terraneo era sfruttato magistralmente come fonte di salute e cura. Fino all'arrivo degli antibiotici, che in Italia furono disponibili sol dopo la fine della seconda guerra mondiale, la cura della tubercolosi si basava soprattutto sull'esposizione al sole, infatti gli ospedali sanatoriali erano tutti esposti a sud e le colonie si chiamavano appunto elioterapiche.



L'efficacia terapeutica delle cure eseguite negli ospizi marini è dimostrata da dati contenuti nel grafico, infatti più della metà (53,89) guariva e un terzo (34,59) presentava un netto miglioramento. In Sicilia c'erano già attive quelle strutture antitubercolari che si pensava dovessero essere realizzate nelle altre regioni italiane.

A Palermo c'era anche una struttura di eccellenza a livello internazionale. Era attivo già dall'inizio del secolo, l'ospedale sanatoriale marittimo per la cura permanente dei bambini con tubercolosi, ed era il primo al mondo, per questo portato dalla pediatria italiana come un fiore all'occhiello.

Il primo ospedale (al tempo venivano chiamati ospizi marino), fu fondato a Viareggio nel 1842, negli anni successivi la pratica si diffuse, prima nel Mediterraneo ove era il maggior numero, poi fu adottata anche nelle località affacciate su altri mari, perfino nel Mar del nord.



*Gli ospizi marini presenti in Italia nel 1885
(Da Gaetano Pini Les hospices marittimes en Italie, in Reale società italiana d'igiene.
Les institutions sanitaires en Italie, Milano 1885)*

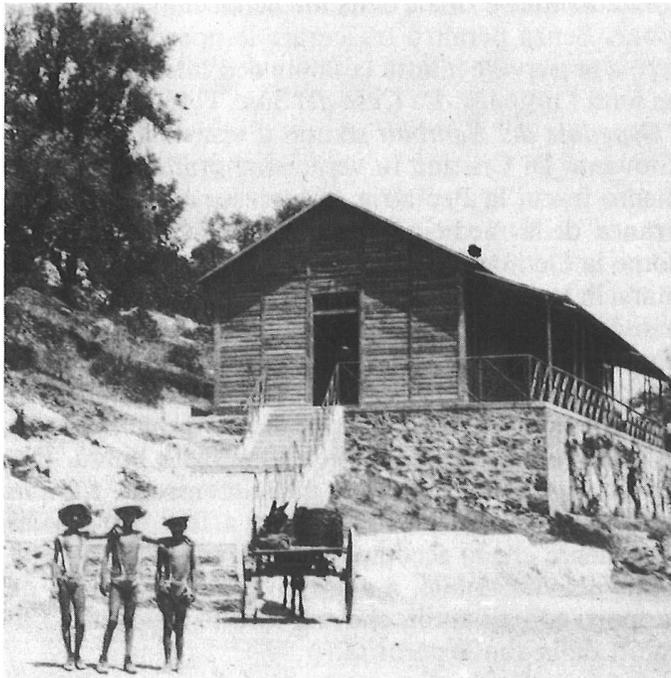
L'analisi dei risultati clinici ottenuti, grazie a quelli che venivano chiamati bagni di sole, bagni di sabbia, bagni di mare, erano veramente efficaci e determinavano una rapida guarigione.

L'ospizio marino di Palermo fu fondato nel 1874 da Enrico Albanese e dopo pochi anni, fu uno dei primi in Italia a essere eretto a Ente morale, che avvenne con Regio decreto del 12 novembre 1888.

Gli ospizi erano attivi solo nel periodo estivo, ma le cure marine erano talmente efficaci che a Palermo venne tenuto aperto tutto l'anno. Fu il primo caso al mondo.

I medici dell'Impero austro-ungarico, in base alle stesse valutazioni, proposero alla comunità scientifica internazionale, di attuare le cure marine in modo continuativo e permanente, loro stessi stabilirono di mantenere attivi tutto l'anno gli ospizi di Rovigno e Umago, in Istria, ma le sfavorevoli condizioni climatiche dei mesi freddi, consigliarono di sospendere l'iniziativa.

Come si vede l'ospedale sanatoriale marittimo di Palermo è un altro dono di salute del Mediterraneo.



Palermo: luglio 1922: Casa del sole

L'ambiente però non poteva bastare, infatti il grave problema degli ospizi marini italiani era la costante e grave carenza di risorse finanziarie per cui l'ospizio marino di San Benedetto del Tronto fu chiuso e ad Anzio, a causa della limitatezza dei posti disponibili, fu necessario ridurre la durata del soggiorno al mare, con gravi danni per la salute dei bambini.

A Palermo non fu mai così: perché, grazie alla generosità, sia dell'aristocrazia, sia della borghesia, c'erano sempre risorse sufficienti tanto da poter accogliere bambini provenienti da tutta la Sicilia, infatti disponeva, fin dall'apertura, di 360 posti per i soggetti gracili o a rischio che soggiornavano per determinati periodi di tempo.



Palermo: luglio 1922: Casa del sole

Più di cento posti erano riservati ai malati, soprattutto quelli sottoposti a interventi chirurgici che vi soggiornavano in modo permanente fino alla guarigione.

Venivano accolti e curati anche bambini gracili o affetti da rachiti-

smo, malattia dello scheletro dovuta a carenza di Vitamina D, sostanza presente in forma inattiva sotto la pelle, ma che può essere utilizzata dall'organismo solo con l'esposizione ai raggi solari. Il sole della Sicilia pertanto era, ma lo è tuttora, la migliore terapia.

L'azione antitubercolare e antirachitica erano integrate fra loro, anche perché frequentemente coesistevano nello stesso bambino, pertanto la struttura aveva assunto il nome di *Ospizio Marino ed Istituto dei rachitici Enrico Albanese*. Direttore sanitario era Edoardo Calandra.

Sicilia e siciliani al top in tutto

Le opere antitubercolari di Palermo e le bellezze artistiche paesaggistiche della Sicilia occidentale furono giustamente messe nella vetrina del Congresso, ma se le seconde erano opera della natura, le prime erano eccellenze create dalla scienza e dalla generosità dellapersona. Le opere realizzate erano tutte di alta qualità e innovazione, in molti casi, come le scuole all'aperto o negli ospedali, fra le prime realizzate in Europa.

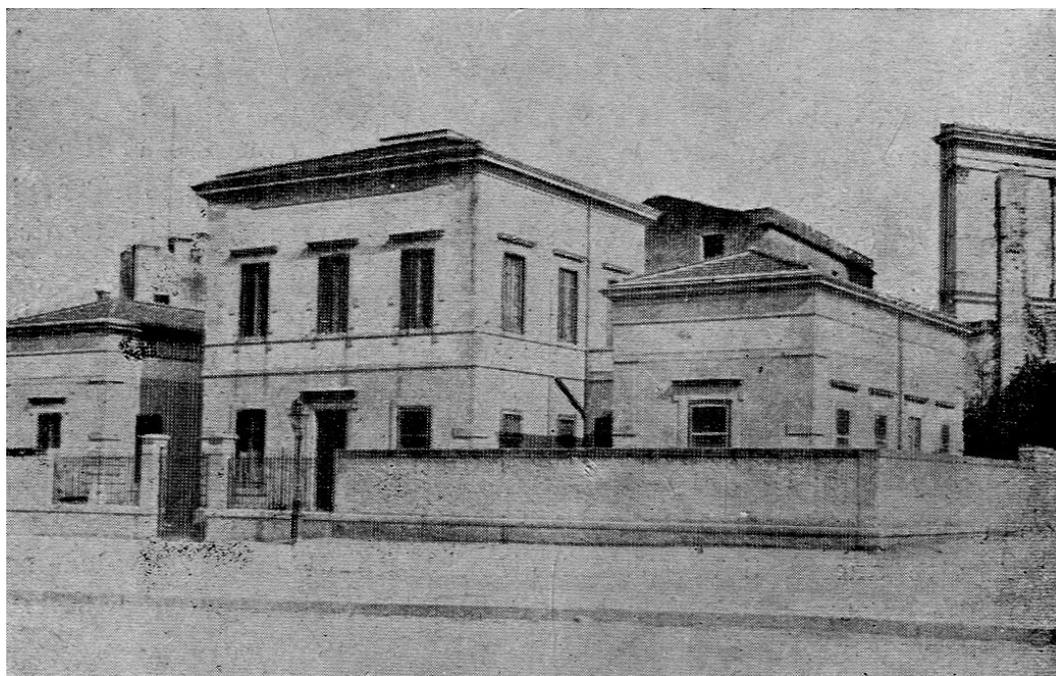
Giustamente furono portate come esempio e modello e alla visita di tali opere furono dedicate due intere sessioni. L'intero pomeriggio di lunedì 7 ottobre fu dedicato alla visita di una prima parte delle strutture antitubercolari: *Scuola all'aperto P.Wedekind, Giardino inglese, Sanatorio popopare V.Cervello, Ospizio Marino ed Istituto dei rachitici Enrico Albanese*.

Il 9 ottobre, ultimo giorno del congresso, l'intera mattinata fu dedicata alla visita di altre strutture: *Istituto provinciale antitubercolare, Asilo dei lattanti, Aiuto materno, Casa del Sole Ignazio e Manfredi Lanza di Trabia*.

L'importanza di queste opere si deduce anche dallo spazio riservato nelle varie pubblicazioni del congresso.

Più della metà della *guida per il congressista* (da pag 15, alla fine , a pag 31) vengono illustrati i vari presidi per aiutare a seguire meglio« l'itinerario delle visite»(III. Congresso naz. per la lotta contro la

tubercolosi. Palermo, 6-9 ottobre 1929, a. VII) Guida per il congressista, stampa 1929 (Palermo : Officine grafiche F. Sanzo).



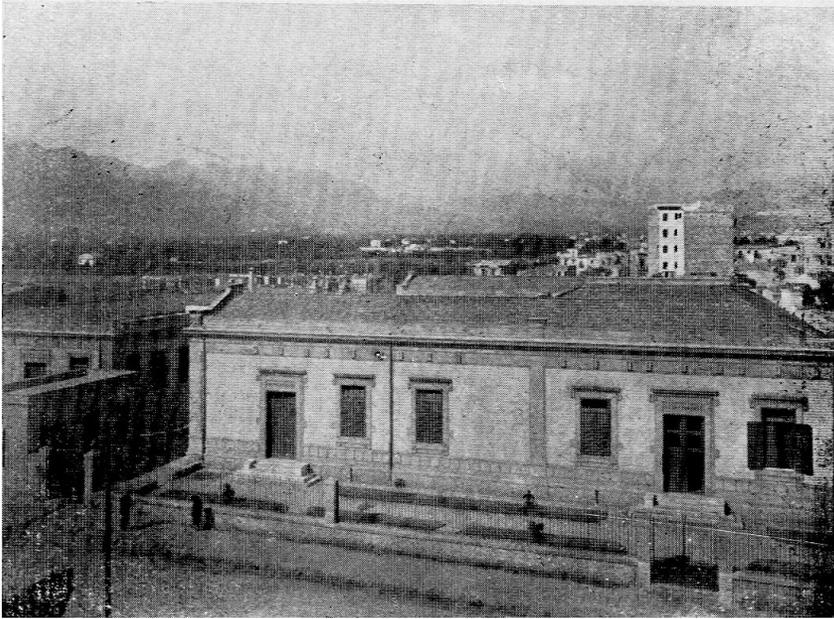
Palermo: Dispensario "Banco di Sicilia".

Una valutazione scientifica è pubblicata ampiamente anche nel volume degli Atti (*Atti del III Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi. Palermo, 6-9 Ottobre 1929, a. VII.* Roma, Federazione naz. Italiana fascista per la lotta Contro la tubercolosi, Edizioni. Salute e Igiene, 1929 431 pagine).

Dai resoconti della parte sociale del programma si nota come, accanto agli impegni scientifici, i congressisti poterono visitare e ammirare le bellezze artistiche e ambientali della città e dei dintorni.

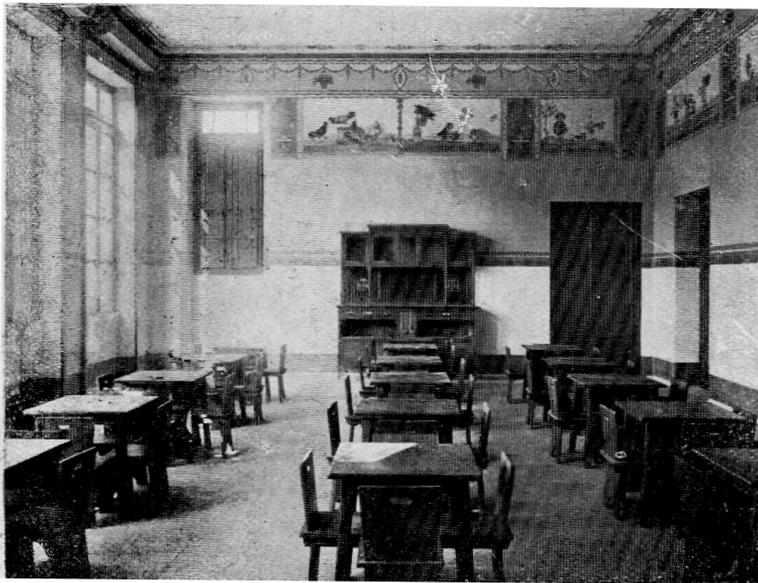
Si nota come la scelta dei luoghi da visitare fu fatta in modo sapiente ed è un'espressione della sensibilità e delle preferenze del tempo.

Ecco alcuni dei luoghi ove si articolò il congresso. I lavori si svolsero nel Palazzo Comitini in via Maqueda, allora sede della Provincia di Palermo, ma che oggi ospita alcuni uffici comunali.



Palermo: Istituto Provinciale Antitubercolare.

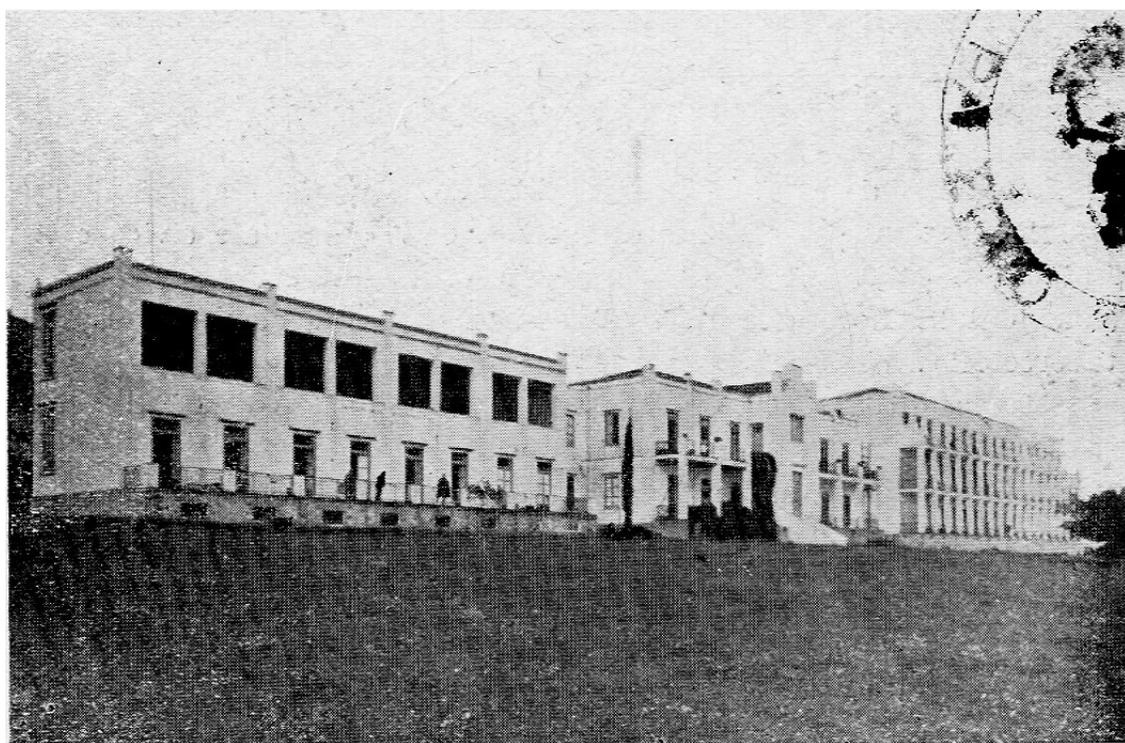
La scelta della sede della Provincia non fu casuale perché allora, l'intera gestione della sanità (che oggi è compito delle Aziende sanitarie) era di competenza provinciale, che veniva realizzata tramite il consiglio sanitario provinciale, pertanto si volle caratterizzare l'aspetto assistenziale e operativo dei lavori.



Palermo: Istituto Provinciale Antitubercolare - Refettorio dell'Asilo diurno.

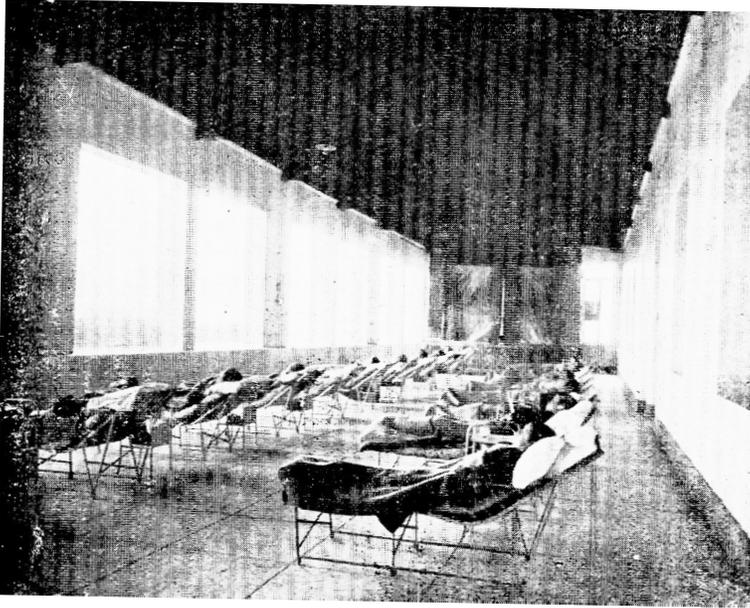
Nello stesso tempo c'era il desiderio di accogliere i congressisti con un saluto ufficiale da parte della Città, infatti l'inaugurazione del congresso si tenne domenica 6 ottobre, alle dieci, presso la sala delle lapidi nel Palazzo del Comune, ove alle ventidue il principe Michele Spadafora (1874-1958), da pochi giorni nuovo podestà di Palermo, offrì ai partecipanti un ricevimento.

Il giorno successivo, alle ventuno, ci fu uno spettacolo di gala al teatro. La mattina dopo, martedì 8 ottobre, alle 7,30, i congressisti partirono per una visita a Mondello e Monreale.



Palermo: Sanatorio Popolare "V. Cervello".

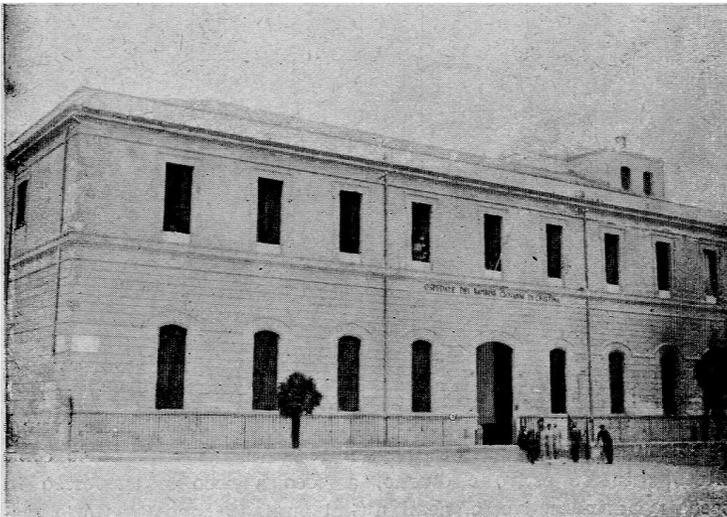
Il congresso si concluse mercoledì sera alle diciannove, ma il comitato organizzatore, aveva predisposto per il giorno successivo una gita a Selinunte, a cui parteciparono tutti i congressisti.



Palermo: Sanatorio Popolare "V. Cervello": Veranda per la cura d'aria.

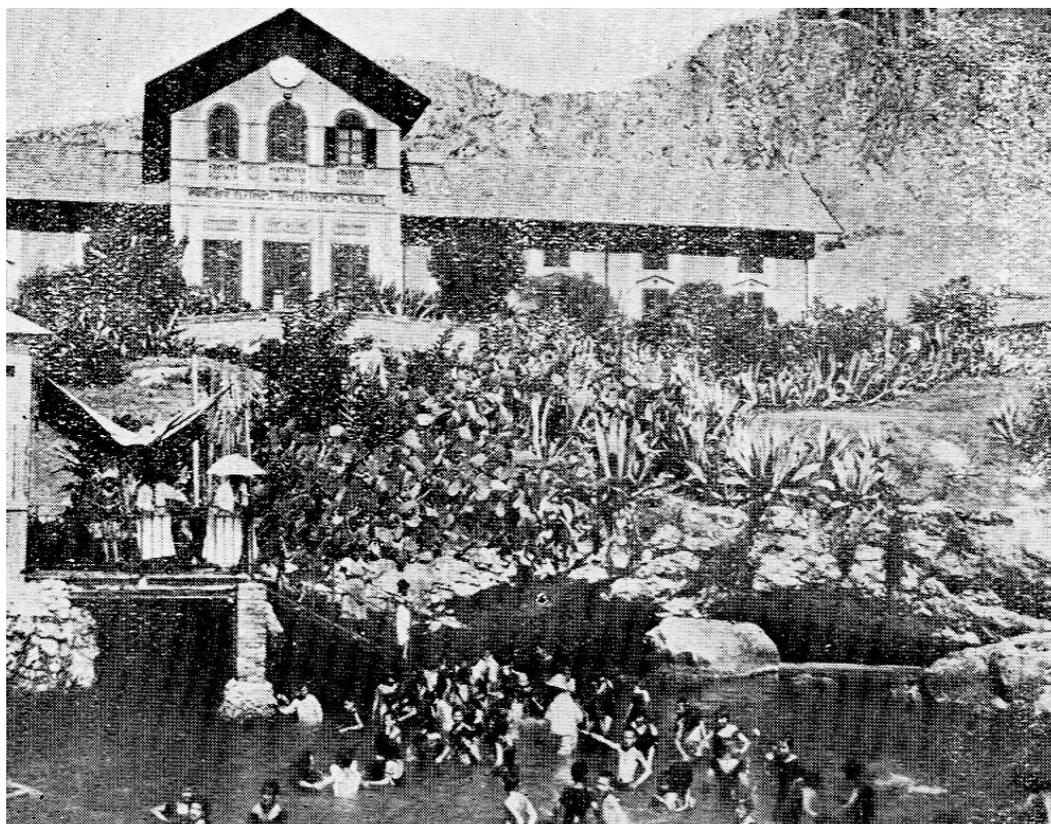
Il grande successo della manifestazione e l'alto livello scientifico fu ottenuto perché l'intera classe dirigente siciliana si impegnò per la realizzazione del Congresso, di cui era evidente l'importanza di una malattia che era un vero flagello dell'umanità.

Nel comitato organizzatore erano presenti tutte le autorità civili e istituzionali. La classe medica era rappresentata dagli esponenti di tutte le province.



Palermo: Ospedale dei bambini "G. Di Cristina".

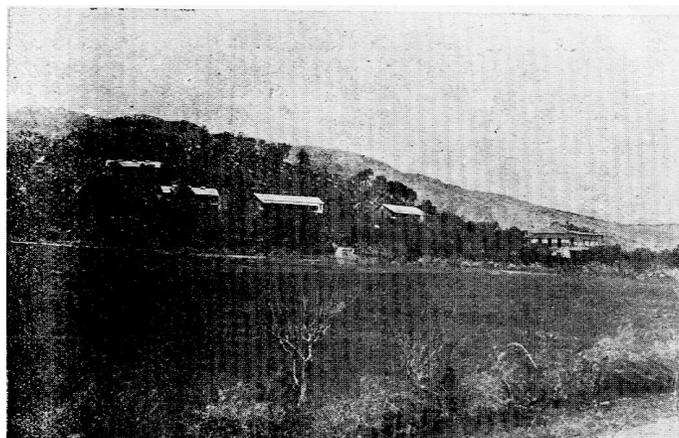
La componente scientifica fu curata principalmente dagli accademici delle tre università siciliane che agirono in perfetta sinergia espressione di uno spirito di costruttiva collaborazione, che esisteva da decenni, che ha contribuito a fare grande la medicina siciliana.



Palermo: Istituto di puericoltura con Solarium al mare.

Scienza, sole e mare per la lotta contro la tubercolosi

La nona edizione, del Congresso medico siciliano, tenuta a Catania, dal 16 al 19 maggio 1932, fu interamente dedicata alla tubercolosi a testimonianza dell'impegno accademico e sanitario nel contrasto a questa grave e temibile malattia.



Palermo: Casa del Sole "Ignazio e Manfredi Lanza di Trabia" - Veduta generale.

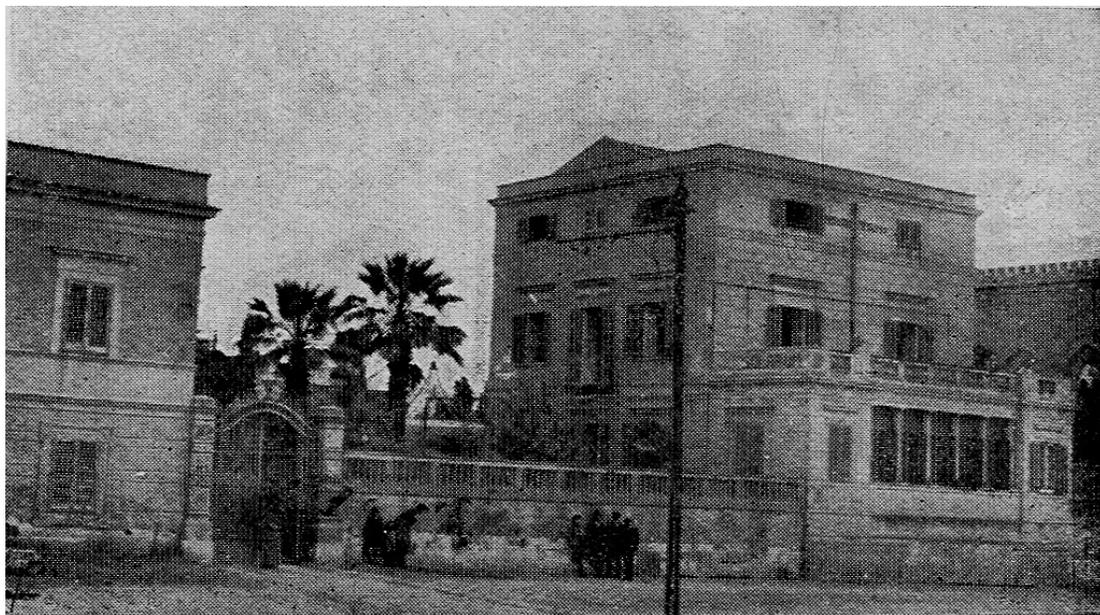
L'articolato programma del congresso è esemplificativo sia del livello scientifico, sia del coinvolgimento nel territorio e nella cultura del luogo.

Il congresso si svolse presso la prestigiosa sede del Palazzo dell'Università, ma la seduta inaugurale si tenne nel salone del palazzo comunale di Catania, presieduta dal prefetto Francesco Benigni (Patti, Messina, 1880 – Roma, 1941), in carica dal 25 ottobre 1931 al 14 settembre 1934 (in seguito fu prefetto in varie città fra cui Palermo).



Palermo: Istituto di puericoltura con Solarium al mare.

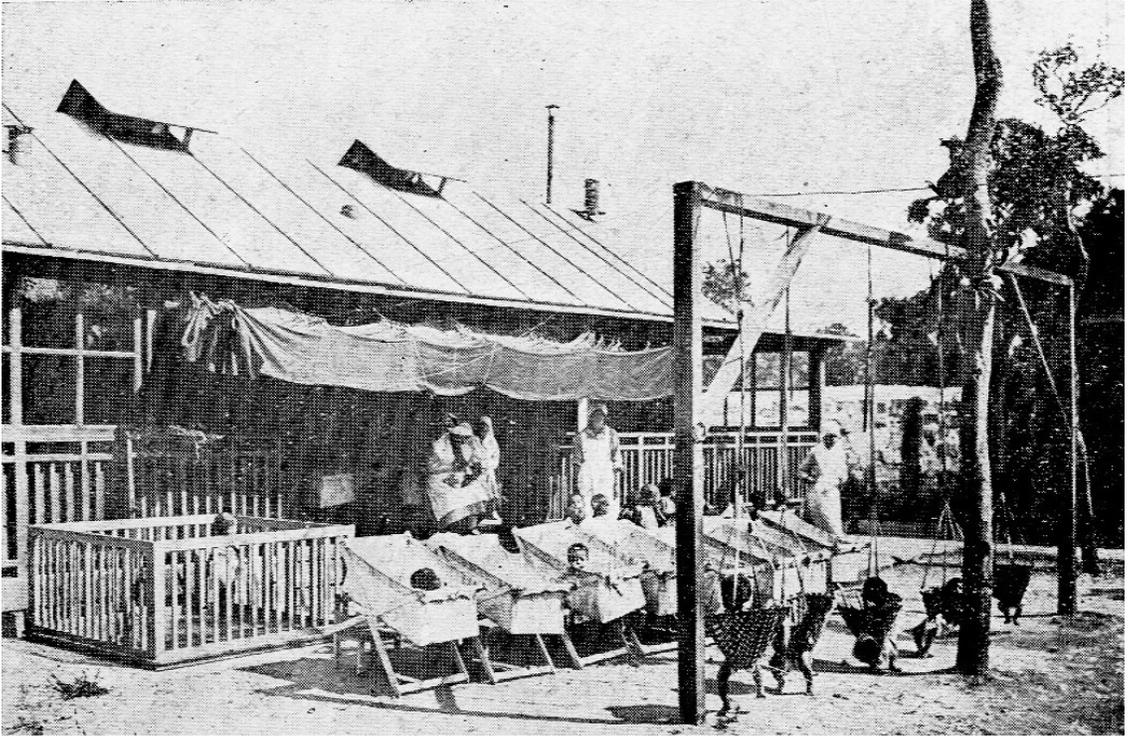
Nel pomeriggio si tennero gli interventi di due luminari. Alle tre e mezzo parlò un accademico catanese, Giuseppe Muscatello (Augusta, Siracusa, 1866 – Catania, 1951), che dal 1923 era professore ordinario di clinica chirurgica e medicina operatoria, presso l'Università di Catania, di cui fu rettore, una prima volta, dal 1908 al 1910 e successivamente dal 1927 al 1937.



Palermo: Sanatorio marino Solarium.

Alle diciannove fu la volta di un pioniere dello studio e della lotta contro la tubercolosi, che rappresenta una figura essenziale della storia sanitaria italiana: Eugenio Morelli (Teglio, Sondrio, 1881 - Roma 1960).

Dal 1928 era titolare presso l'Università di Roma della cattedra appena istituita di clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio la seconda al mondo dopo quella di Parigi, creata solo un anno prima. Fu deputato al Parlamento e senatore del Regno.



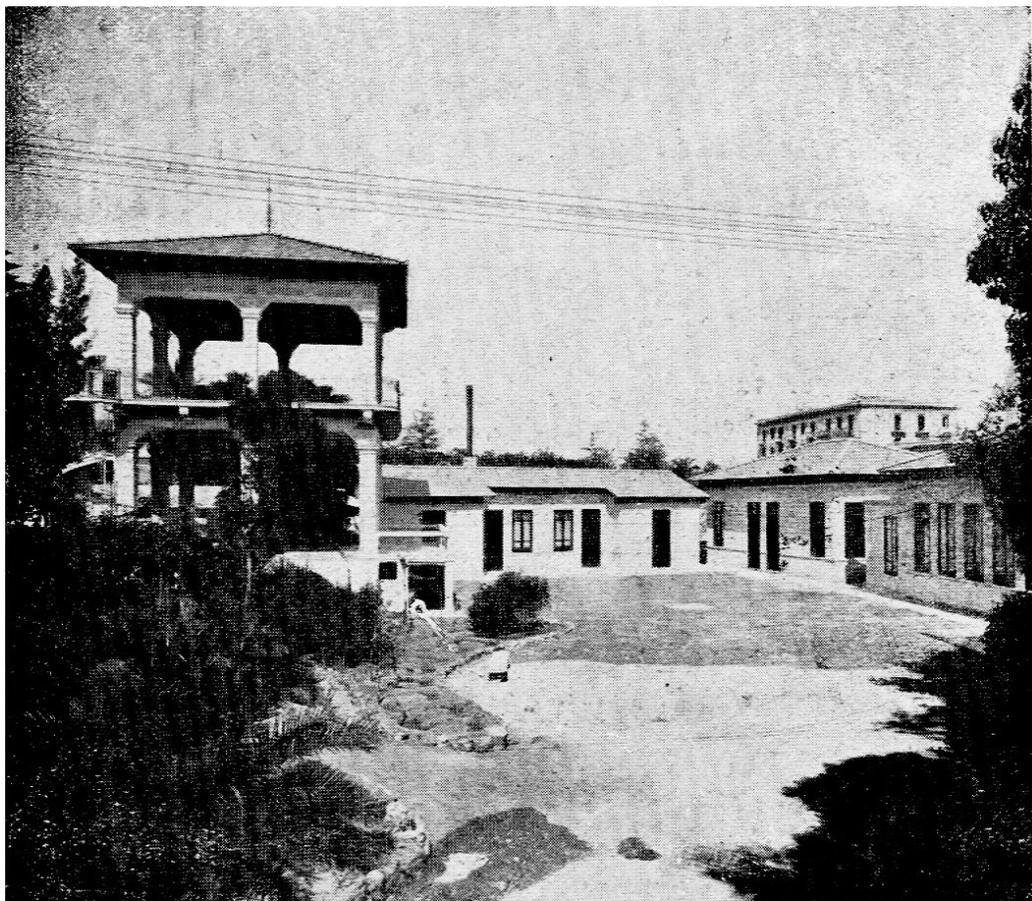
Palermo: Aiuto Materno Asilo dei Lattanti.

Alle ventuno si svolse la serata di gala presso il Teatro Massimo Vincenzo Bellini.

Il giorno successivo, alle otto, tutti i congressisti si trasferirono in auto a Caltagirone per visitare il convalescenziario, ove, alle dieci, tenne una conferenza Giovanni Di Guglielmo (San Paolo del Brasile, 1886 - Roma, 1961 su: *La cura immunitaria della tubercolosi*, un argomento assolutamente all'avanguardia che in seguito aprì nuovi orizzonti nello studio e nella cura di questa grave malattia.

Giovanni Di Guglielmo da pochi mesi insegnava all'Università di Catania, patologia speciale medica. In seguito passò all'insegnamento della clinica medica che mantenne fino al 1938.

È stato uno dei grandi omco-ematologi italiani scopritore delle eritremie che sono le neoplasie a carico dei globuli rossi, l'equivalente delle leucemie che colpiscono i globuli bianchi.



Palermo: Asilo-Scuola all'aperto "P. Wedekind".

Alle tredici fu offerto ai congressisti un «pranzo all'aperto nel bosco di Santo Pietro», oggi riserva naturale.

La sera alle diciannove ci fu il ricevimento offerto ai congressisti al palazzo Municipale.

Il giorno successivo, alle otto, la prima conferenza scientifica, dal titolo: *Spunti di patologia regionale*, fu tenuta da un relatore di prestigio, Maurizio Àscoli, direttore della clinica medica dell'Università di Palermo.

Grande clinico, oratore e clinico brillante, dotato di una mente acuta e geniale aperta all'innovazione, tenne un'affascinante e seguitissima relazione.

Era un grande esperto della materia perché si era dedicato soprattutto alla studio della tubercolosi e dei tumori.

Nel campo della fisiologia e delle malattie respiratorie, introdusse l'innovativo uso del pneumotorace bilaterale.

Alla conclusione del congresso, il 19 maggio 1932, come è scritto sul programma: «I congressisti potranno partecipare al suggestivo giro dell'Etna in auto: ore 7 partenza da Catania; ore 13 pranzo a Randazzo».

Il congresso fu anche un modo per far conoscere la Sicilia, infatti il contenuto scientifico era così alto che aveva determinato una numerosa partecipazione di persone provenienti da fuori regione, perché i medici affrontato anche lunghi viaggi pur di poter frequentare l'evento.

La volontà degli organizzatori di far conoscere la Sicilia, è dimostrata dall'impostazione dell'opuscolo intitolato: *IX Congresso medico siciliano: guida per il congressista*.

È composto da trenta pagine di cui le prime otto contengono il programma dei lavori, mentre da pagina nove in poi c'è una breve guida di Catania a firma di Guido Libertini (Palermo, 1888 – Roma, 1953) professore ordinario di archeologia presso l'Università di Catania.

Al congresso fu ammessa la prima mostra nazionale del farmaco e del libro medico italiano.

Per valutare la risposta della città nell'organizzazione del congresso si consideri che uno dei principali sponsor furono “I laboratori chimico-farmaceutici Cav. Dott. Riccardo Barcellona”.

SECONDA PARTE:
LE MALATTIE

IV

LA VERA STORIA DELLA MALTESE

La brucellosi prende il nome del batterio che la determina che porta il nome del medico che per primo li identificò al microscopio. Viene ancora chiamata con gli altri nomi che le vennero assegnati nei due secoli scorsi determinati o dal sintomo prevalente o dal luogo di prima identificazione. Pertanto abbiamo molti sinonimi: *febbre maltese*, o più semplicemente *maltese*, *febbre mediterranea* o *febbre ondulante*.

Si tratta di una malattia che viene trasmessa all'uomo da vari animali domestici e selvatici. La malattia si presenta soprattutto con tre segni caratteristici: febbre ondulante, sudorazione maleodorante con odore di paglia bagnata o di stalla e dolori articolari e muscolari soprattutto al dorso e agli arti.

La febbre ondulante, è uno dei sei tipi di febbre. È caratterizzato da un graduale incremento della temperatura che si mantiene elevata per un periodo che varia da una a quattro settimane di febbre elevata, intervallati da periodi senza febbre. Si associa l'ingrossamento del fegato e della milza e, all'esame del sangue, diminuzione del numero dei globuli bianchi con aumento dei linfociti.

La brucellosi colpisce diversi tipi di animali, fra cui mucche, pecore, capre, cervi, maiali cani. I responsabili delle infezioni sono sei

specie di batteri gram negativi appartenenti al genere *Brucella*: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, *B. ovis*, *B. neotomae*. I primi quattro sono in grado di contagiare anche l'uomo. L'uomo può contaminarsi avvicinando le bestie malate, respirando pulviscolo infetto o ingerendo latticini freschi infetti.

La brucellosi è in realtà una malattia globale, presente, oltre che nel Mediterraneo, nei paesi arabi, sub continente indiano, nell'intero continente americano, da nord a sud. In Italia è una malattia endemica, anche qui da nord a sud, ma per fortuna l'osservanza della legislazione sulla sicurezza alimentare ha fatto drasticamente diminuire la diffusione della brucellosi.

La malattia ha la massima frequenza in autunno e soprattutto in primavera. In questo capitolo ho ricostruito tutto il percorso storico avvenuta attraverso tre secoli.

Seguendo l'evolversi degli studi, delle scoperte e delle varie acquisizioni scientifiche si nota il ruolo preminente degli studiosi e dei clinici dei paesi bagnati dal Mediterraneo, che si è mantenuto in modo costante negli anni.

Né maltese né mediterranea: chiamala brucellosi

La storia della brucellosi è esemplificativa dell'equivoco provocato dal identificare le malattie con il nome della città o dell'area geografica in cui sono state identificate per la prima volta.

Quando la brucellosi viene chiamata con il nome con cui fu inizialmente identificata, cioè *febbre di Malta* o *maltese*, si potrebbe penso subito che ci sia una patologia specifica che si contrae nell'isola di Malta o nelle sponde del Mediterraneo, mentre, al contrario, è una malattia presente in tutto il mondo che quelle fortunate coincidenze, che, come ho descritto in precedenza, hanno permesso di scoprire la prima prima nell'isola di Malta e negli anni successivi in tutto il bacino del Mediterraneo.

La brucellosi nasce nel 1861 quando Marston, assistente medico dell'esercito britannico, in forza alla guarnigione di stanza nell'isola di Malta, descrisse una fino ad allora sconosciuta, malattia febbrile che aveva contratto lui stesso.

È la prima descrizione al mondo di una nuova malattia, oggi conosciuta come brucellosi, che allora dall'anno della scoperta fu identificata con l'isola di Malta perciò fu chiamata, come avviene in alcuni casi ancora oggi, come *maltese*, e usato copiosamente il relativo aggettivo *melitense*.

Anche Oswalt-Wood, volle ribadire il luogo della prima segnalazione e la chiamò: *febbre maltese*, *febbre melitense*, *febbre di Malta*.

Burnet, resosi conto che la malattia non era circoscritta alla sola Isola di Malta, la chiamò, *febbre mediterranea*.

Gli inglesi incoronano sir David Bruce ma il mondo contesta

Nel 1887, David Bruce (Melborne, Victoria, 1855-Londra, 1931), maggior generale medico dell'esercito britannico, identificò l'agente infettivo di questa malattia nella milza, fegato e reni, di soldati inglesi deceduti, o nella milza di militari splenectomizzati.

Tutti i casi studiati si appartenevano al presidio militare britannico di stanza a Malta e affetti *febbre maltese*. Per questo lo chiamò: *Micrococcus melitensis*.

L'identificazione del batterio era così ben evidente per cui se nel sangue di malati di *maltese* (la brucellosi) venivano trovati altri tipi, erano classificati come *paramelitensi*.

Nel 1897, a Londra, Almroth Edward Wright, (Middleton Tyas, Regno Unito, 1862 –Farnham Common 1947), medico e docente al *St Mary's Hospital* di Londra, pioniere nel campo delle vaccinazioni e dell'immunologia, scoprì che se si metteva a contatto il siero degli ammalati di brucellosi con il *Micrococcus melitensis* si determinava un' agglutinazione, dimostrando così che il batterio era effettivamente

il responsabile della malattia, ma nello stesso tempo aveva dimostrato la presenza anche se, ancora non erano conosciuti, degli anticorpi anti *Micrococcus melitensis*, cioè anti *Brucella melitensis*.

Si trattava di una scoperta importante perché si inseriva nel settore di studio più avanzato della batteriologia e dell'infettivologia del tempo, la sieroterapia.

Mentre in varie parti del mondo si studiava intensamente la *maltese* nel 1905, si giunse a un'importante scoperta effettuata nell'isola, da un medico del luogo, professore dell'Università di Malta, Themistocles (Temi) Zammit, nato nella capitale, La Valletta nel 1864 (ove morì nel 1935). Zammit scoprì nelle capre infette presenti a Malta, il batterio responsabile della malattia, *Micrococcus melitensis*, che in seguito prenderà il nome di Brucella, ritenuto, allora l'agente infettivo della *maltese*.

Numerose prove scientifiche dimostrarono che il latte crudo di capra fosse la principale via di trasmissione della malattia.

Partendo dalle ricerche di Zammit del 1905, si appurò che, oltre al latte di capra crudo, la trasmissione dell'infezione poteva avvenire anche attraverso qualunque altra sostanza infetta.

Era stato individuato anche il motivo perché la capra funzionasse da serbatoio della malattia, infatti era stato notato come questo animale tollerasse molto bene la presenza del *Micrococcus melitensis*. Però era stato notato anche che questa resistenza non fosse limitata alle capre presenti nell'isola di Malta.

La storia della *maltese* (brucellosi) sembrava conclusa, con la conferma che tutto si svolgeva nell'isola di Malta, ove c'era il serbatoio nelle capre, il veicolo di trasmissione del batterio, rappresentato dal latte fresco prodotto dalle stesse, anche i malati erano persone che vivevano nell'isola, ove era stato riscontrato il batterio responsabile sia negli umani, sia negli animali.

A intaccare questa certezza contribuì anche un'importante studio condotto presso l'Università di Palermo che aveva individuato nel 10% delle capre autoctone la presenza del batterio. Si confermava che la ma-

lattia era una caratteristica di questa specie animale, ma che era diffusa anche fuori dall'isola di Malta.

In base a tutti questi risultati, una parte degli studiosi ritenne che la capra fosse l'unico animale in grado di trasmettere la malattia.

Ma un'altra parte del mondo scientifico non accettava l'esclusività della capra nel determinare la malattia, pertanto si animò un vivace dibattito, in cui intervenne con autorevolezza il clinico medico dell'Università di Messina, Umberto Gabbi che con una serie di ricerche cliniche, epidemiologiche e sperimentali dimostrò che la *Brucella abortus* di Bang, agente etiologico della brucellosi bovina, è patogeno anche per l'uomo (*Febbre di Malta e febbre di Napoli: risposta al prof. E. Scalese*, in *Giornale. Internazionale delle scienze mediche*, n.s., XXIX [1907], pp. 145-153).

Sotto la pressione di questo dibattito scientifico, fu istituita dalle autorità britanniche una "Commissione per la Febbre Mediterranea" che, tra il 1904 e il 1907, concluse che, le capre presenti nell'isola di Malta erano il serbatoio dell'infezione e il loro latte non pastorizzato era il veicolo di trasmissione della malattia dall'animale all'uomo.

Nel 1906 la commissione britannica, riunita a Malta, elaborò un piano per la prevenzione dei contagi, attuando una strategia simile a quella adottata in occasione della pandemia da Covid 19, confinamento e tracciamento dei contatti, infatti fu proposto l'isolamento degli infermi, dei casi sospetti e dei portatori in quanto potevano trasmettere la malattia attraverso le feci.

Fu inoltre vietato l'uso di latte di capra non bollito uccidere le capre gli altri animali riconosciuti infetti attraverso un esame di laboratorio, la cosiddetta lattoreazione o *Milk test* ideato da Zammit.

Un'altra parte del mondo scientifico non era d'accordo con i risultati ottenuti a Malta perché la malattia, con gli stessi sintomi della *maltese*, iniziò a essere segnalato in varie specie animali e da molte località.

L'elemento comune, che faceva collegare le malattie rilevate nelle differenti zone, era un costante e caratteristico quadro clinico che si differenziava dalle altre forme patologiche conosciute, pertanto il sintomo

più evidente di questa nuova malattia veniva associato al luogo ove era stata diagnosticata così venne chiamata, *febbre napoletana*, *febbre di Cipro*, *febbre di Gibilterra*. Apparentemente sembrerebbe che la malattia fosse limitata, sempre al Mediterraneo, infatti Burnet la chiamò, *febbre mediterranea*, ma non era così perché aveva assunto una dimensione planetaria.

Sorpresa! Ora la maltese è danese

Già nel 1895, in Danimarca, il veterinario e professore universitario nella capitale danese, Bernhard Lauritz Frederik Bang (Soro, Danimarca, 1848–Copenaghen, 1932); identificò il batterio responsabile dell'aborto epizootico, malattia contagiosa dei bovini, ovini e suini. Il batterio, in onore dello scopritore fu chiamato *bacillo di Bang*, che poi verrà rinominato *Brucella abortus*.

Nel frattempo aumentavano le segnalazioni in varie parti del mondo e si ipotizzava la possibilità di avere più batteri responsabili, pertanto per identificare le forme causate dal micrococco isolato per primo, trasmessa dalle capre dell'Isola di Malta, la malattia fu chiamata *setticemia di Bruce*, ma in realtà per ribadire e accaparrarsi la paternità della scoperta.

Iniziano a circolare altri due nomi della malattia: *febbre sudorale* e *febbre tifo-malarica.ondulante*.

È un passaggio importante e la linguistica dimostra che il riferimento al Mediterraneo o ad alcuni luoghi, non è più confacente alla diffusione della malattia e alle acquisizioni scientifiche.

In presenza di un dibattito scientifico irrisolto, fu scelto di unificare le varie malattie, raggruppandole in base ai sintomi clinici comuni che sono principalmente tre: febbre ondulante, profusa sudorazione maleodorante, con odore di paglia bagnata o di stalla e dolori muscolari e articolari. Ecco la motivazione della scelta del termine: *febbre sudorale*.

La presenza di altri sintomi: perdita di peso malessere, aumento

del volume di fegato e milza e di alcuni linfonodi facevano pensare a una malattia tossinfettiva, da qui il riferimento al tifo, ma nel nome coniato si voleva ribadire che la febbre, ad andamento ondulante, era l'elemento più significativo. Ecco spiegato il valore dell'indicazione di questa malattia in *febbre tifo-malarica ondulante*.

In quegli anni l'accostamento della brucellosi era così frequente che un grande medico catanese, Salvatore Tomaselli (Nicolosi, Catania, 1832-Catania, 1907) professore ordinario di clinica medica e rettore dell'Università di Catania, chiamava *pseudo-tifo* la *febbre mediterranea* come si rileva anche da una relazione presentata al primo Congresso regionale di medicina e chirurgia, tenutosi a Palermo, dal 28 al 31 maggio 1902.

L'osservazione attenta dei sintomi permetteva una diagnosi unica della malattia, perché c'era una comune forma clinica, anche se segnalate in varie parti del mondo, e trasmessa da animali differenti, anche se la medicina di laboratorio non era ancora in grado di classificare e interpretare l'esatto ruolo di batteri diversi.

Ancora una volta era il trionfo dell'insegnamento di Ippocrate con la necessità dell'attenta osservazione del paziente e dell'ambiente circostante, associata a un'accurata anamnesi.

La febbre mediterranea diventa atlantica

Ma era impossibile fermare il cammino e i progressi della scienza, infatti dal 1914 lo studio di questa malattia lasciò l'Europa per assumere una dimensione e un interesse mondiale, in questo anno infatti Traum, negli Stati Uniti d'America, isolò, da aborti suini, la *Brucella suis*.

Nel 1914 si era arrivati così a individuare i tre tipi di *Brucella* che possono far ammalare l'uomo, *melitensis*, *abortus*, *suis*.

Nel 1918, sempre negli Stati Uniti d'America, Evans dimostrò la somiglianza tra il *Bacillo di Bang* e *Micrococcus melitensis*, l'osservazione fu importante dal punto di vista della ricerca scientifica, perché

nel nord America non c'erano ovini, ma un gran numero di bovini.

Nel 1920 Meyer e Shaw proposero di raggruppare i due batteri sotto lo stesso genere, chiamato *Brucella*, in onore del primo scopritore David Bruce. Le due specie furono chiamate *Brucella melitensis* e *Brucella*, tassonomia mantenuta ancora oggi, restò sempre il riferimento a Malta e si chiamò *Brucella melitensis*.

Le moderne tecniche di biologia molecolare hanno dimostrato che avevano ragione i microbiologi che, già dalla fine dell'800, sostenevano che il *Micrococco di Bruce* e il *Bacillo di Bang* fossero simili, infatti è stato dimostrato che i diversi stipiti di *Brucella* presentano importanti analogie del genoma pertanto oggi la risposta è ancora più netta e radicale: le Brucelle sono un'unica specie con molteplici varianti.

In poco più di mezzo secolo la brucellosi, scoperta nell'isola di Malta, aveva conquistato la scena mondiale tantoché Charles Jules Henri Nicolle (Rouen, Francia, 1866–Tunisi, 1936), insignito nel 1926 del Premio Nobel per la medicina, solo sei anni più tardi, nel 1932, definì la *febbre ondulante* come *la Maladie de l'avenir*.

La scoperta italiana: tante brucelle, ma una sola malattia

In Italia ci fu subito un notevole interesse per la brucellosi e gli scienziati italiani erano ben inseriti nel contesto scientifico internazionale.

Le autorità sanitarie peraltro erano consapevoli della gravità e diffusione della malattia, e della necessità di attuare una strategia di prevenzione, pertanto, in base al giusto principio di prudenza, stimolarono e promossero ricerche scientifiche autonome, perché, solo potendo conoscere in modo approfondito i batteri che determinavano la malattia, si sarebbe potuto attuare una valida prevenzione.

Due autorevoli igienisti e microbiologi, Alessandro Alessandrini (1888-1963) e Giuseppe Ficai (1881- 1960), per mezzo di approfondite

ricerche di laboratorio dimostrarono che la *Brucella abortus*, trasmessa dai bovini, poteva essere patogena per l'uomo, cioè si poteva contrarre la malattia anche attraverso i bovini, soprattutto in corso di aborto.

Una conferma venne anche dall'osservazione che la brucellosi era presente nell'America del nord ove vivevano molti bovini, ma non c'erano le capre.

La conclusione dei due ricercatori fu che la brucellosi poteva essere trasmessa da molti animali domestici, perciò, sia per la diagnosi della malattia, sia per la prevenzione, non si dovesse limitare l'interesse solo alla capra.

I due ricercatori però sostenevano che l'incremento delle segnalazioni dei casi di brucellosi era dovuto al fatto che erano eseguiti indagini ed esami più approfonditi e diffusi, rispetto al passato, pertanto i casi non erano aumentati come valore assoluto, ma solo perché erano ricercati più che in precedenza.

Un'interessante testimonianza si ha da uno scritto di Arcangelo Ilvento (Grassano, Matera, 1877- Anzio, Roma, 1936) che fu vice direttore generale della Sanità pubblica e dal 1935 capo del servizio sanitario delle colonie.

Nella prefazione al volume di Alessandro Alessandrini e M. Paccelli: *Un pericolo sociale: le brucellosi* (Roma: Ed. Annali d'igiene; 1932), scrisse:

Fu in occasione di una epidemia di febbre ondulate scoppiata nel 1924 studiata per incarico della Direzione Generale della Sanità Pubblica, che, sulla base di numerose osservazioni e di precisi dati epidemiologici fu stabilito che nella massima parte dei casi di febbre ondulante verificatisi in quell'occasione, si trattava di infezioni da bacillo di Bang, trasmesse all'uomo da bovini affetti da aborto epizootico.... queste constatazioni diedero il via a numerosissimi ricercatori per successive indagini epidemiologiche e batteriologiche e fecero sorgere moltissime controversie. Col volgere degli anni però in seguito e soprattutto alla scoperta di vasti focolai di febbre ondulante in regioni d'Europa e di America, ove non esiste bestiame capri-

no e ovino, ma ove il bovino è largamente infetto da aborto epizootico si è finito col dare piena conferma ed è oggi universalmente ammesso che il bacillo di Bang e il micrococco di Bruce sono microbi diversi, capaci ambedue di determinare nell'uomo la febbre ondulante.

Nella relazione del Direttore della Sanità Pubblica al Consiglio Superiore di Sanità (Ministero dell'Interno), seduta del 30 giugno 1932 X, a pag. 70, a proposito delle infezioni da bacillo di Bang nei bovini e nell'uomo, si legge : La Direzione Generale della Sanità Pubblica, si è, da tempo, occupata e preoccupata dell'importante problema sanitario e sociale, ed ha largamente incoraggiate le notevoli ricerche eziologiche ed epidemiologiche di studiosi italiani.

Una dimostrazione dell'impegno del mondo scientifico e istituzionale per lo studio della brucellosi si ha dal carteggio per la richiesta di un contributo economico per lo studio della malattia presentato alla Reale Accademia d'Italia nel 1933 ed erogato nel 1934 (La documentazione è conservata nell'Archivio della Reale Accademia d'Italia presso l'Accademia dei Lincei, con i seguenti riferimenti archivistici: t. VII, b. 82, f. 79/2).

La lettura della domanda dimostra l'importanza di estendere la vigilanza sanitaria non solo ai caprini, ma anche alle specie animali.

Si tratta di un'interessante dimostrazione delle ricadute cliniche e sociali della ricerca scientifica e della medicina di laboratorio.

Si noti che, siamo alla fine del 1933 ancora c'era incertezza e indecisione nel nome della malattia *febbre di Malta* o *febbre mediterranea* o *febbre ondulante*.

Durante un congresso medico internazionale, che si tenne alla fine degli anni Trenta, gli scienziati di varie nazionalità si accordarono per trovare un nome comune per identificare la malattia provocata da tre diversi tipi di un batterio chiamato ormai Brucella.

Per tutti il nome più appropriato, perciò da adottare nella terminologia medica, fu quello di *febbre ondulante*, che era stato coniato da Hughes, ma disorientando i medici francesi che avevano chiamato la

malattia *melitococcia*, basandosi sulla prima indicazione tassonomica di *micrococco*, unita al nome del luogo della scoperta, per cui la malattia era stata definita con una sola parola dimostrando una notevole accuratezza linguistica.

Più fantasioso il nome di *febbre climatica*. mentre, molto attinente al quadro clinico è quello, che fu accettato a livello internazionale, di *febbre ondulante*, talmente appropriato che, anche se non si usa più, in molti lo ricordano ancora.

Guerra e dopoguerra: il mercato nero fa volare le Brucelle

Durante il periodo della seconda guerra mondiale e nell'immediato dopoguerra ci fu un netto aumento dei casi di brucellosi, legato sia ai minori controlli derivanti dalla priorità data agli interventi bellici, sia alla crisi alimentare per cui la produzione di latticini era condotta senza le opportune regole sanitarie e i prodotti trasportati e venduti lontano dai luoghi di produzione, spesso nelle grandi città.

Ecco una rilevazione epidemiologica condotta negli anni Cinquanta in una zona dell'Italia centrosettentrionale, da cui si ricavano anche utili informazioni sui mutamenti sociologici del dopoguerra.

Il periodo di maggiore incremento della morbosità da brucellosi nei mesi di maggio e giugno, è stato messo in relazione con la maggior diffusione della malattia a motivo delle migrazioni dei greggi, con la maggior produzione di formaggi e latticini e con la maggior frequenza dell'aborto animale verso la fine dell'inverno.

Tali cause agiscono con un ruolo preponderante nelle regioni che possiedono un notevole patrimonio ovino. Tra le condizioni che agiscono nella nostra zona ed imprimono all'indice di morbosità tali caratteri di incremento, è necessario inserire la considerazione della diminuzione del patrimonio ovino nelle zone di montagna, di collina e di pianura e di contro l'incremento che si è venuto a sviluppare nei riguardi dell'allevamento dei bovini.

Questa situazione spiegherebbe (...) che il maggior numero di ammalati attendeva non più alla occupazione di pastori, bensì a quella di contadini, i quali nella nostra regione, proprio in questi ultimi anni di particolare situazione economica dell'agricoltura, cercano in taluni casi e in talune zone il cespite economico principale nell'allevamento dei bovini e in minima parte degli ovini e caprini.

A suffragio di tale considerazione, noi troviamo che (...) un'alta casistica di morbosità è attribuita alle casalinghe. Questa categoria (...) è costituita per lo più da donne che, nelle famiglie di contadini, accudiscono alle faccende domestiche e al tempo stesso svolgono le mansioni di aiutanti nelle stalle al momento dei parti.

Anche i dati forniti dalla categoria dei pastori rimangono significativi. I coltivatori diretti presentano un indice di morbosità discretamente alto. Per questa categoria, nella nostra regione, sono applicabili le stesse attribuzioni che si applicano ai contadini, poiché in molti casi la loro occupazione non è diversa da quella dei contadini.

Per la categoria degli operai, che presenta un indice di incidenza piuttosto elevato nei confronti degli indici relativi ad altre occupazioni, si deve attribuire un notevole polimorfismo di lavoro.

Una parte di essa, a volte più a volte meno considerevole, è dedita ai lavori della pastorizia, alle manifatture dei latticini e spesso, alcuni anche come inservienti nell'allevamento, nella mattanza o comunque presso le stalle del bestiame.(...) La maggior frequenza della malattia nel sesso maschile e nei soggetti in età lavorativa, nei confronti dell'altro sesso e delle altre età, viene riportato alla maggior facilità di contagio professionale per il contatto diretto con animali infetti.

Il contatto diretto con l'animale infetto è probabile sia la modalità principale del contagio nella nostra zona, superiore di gran lunga alle altre.

Fa seguito il contagio mediante l'ingestione di latte crudo o di latticini provenienti da animali infetti.

(“Il Cesalpino”, 1963, pp. 333-342).

Ora la maltese è mondiale e fioccano i congressi

La fine della guerra e dei totalitarismi permise agli scienziati la possibilità di viaggiare, comunicare e riunirsi in associazioni scientifiche per cui la brucellosi divenne uno dei temi di maggiore interesse anche per le notevoli ricadute a livello sociale e la grande diffusione della malattia.

A dimostrazione della dimensione planetaria della brucellosi, pertanto quanto improprio fosse ogni riferimento al Mediterraneo e ancora di più all'isola di Malta, c'è la costituzione, nel 1950, di un comitato misto, composto dalla due istituzioni leader dei rispettivi ambiti: la FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura) e dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) di esperti sulla brucellosi, esattamente *Comite mixte FAO/OMS d'experts de la brucellosi*.

Il comitato si riunì la prima volta a Washington, dal 6 al 13 novembre 1950 e fu pubblicato congiuntamente dalle due istituzioni, un rapporto tecnico sulla malattia (rapporto tecnico n 37, Roma:1951).

Il secondo convegno si tenne in Italia, a Firenze, dal 13 al 18 ottobre 1952 (rapporto tecnico n 67, Roma:1953).

Nel 1957 fu in Perù, nella capitale Lima, dal 9 al 14 ottobre e il rapporto pubblicato fu il 148.

Nel 1970 il convegno tornò in Europa, ma lontano dal Mediterraneo e vicino ai luoghi ove era diffuso l'allevamento e l'industria casearia: si tenne in Svizzera, a Ginevra dal 29 giugno al 6 luglio.

In Svizzera la brucellosi era stranamente arrivata in ritardo rispetto agli altri stati: quasi assente fino alle soglie degli anni Quaranta era poi esplosa.

Lo studio delle Brucelle continuava a richiamare l'attenzione degli scienziati in rapporto al progredire dello sviluppo delle nuove strumentazioni e tecnologie, soprattutto nel campo della microscopia, per questo, particolarmente significativo fu il convegno organizzato dalla

più alta associazione mondiale del settore, *la Permanent Section of Microbiological Standardization of the International Association of Microbiological Societies*.

Il primo convegno, che riunì gli scienziati di tutto il mondo, si tenne a Tunisi dal 6 all'8 dicembre 1968 e fu il *24th symposium organized by the Permanent section of microbiological standardization at the Bourse du travail*.

Il livello scientifico del convegno è dimostrato anche dal fatto che gli *Atti*, editi da *International association for biologicals*, curati da R. H. Regamey, furono, anche per le edizioni successive, pubblicati nella prestigiosa e autorevole rivista scientifica internazionale: *Developments in Biological Standardization* (Basilea e New York: S. Karger; 1970).

La stessa associazione organizzò un secondo convegno internazionale sulla brucellosi (*International symposium on brucellosis*) che fu il 49° symposium organizzato dall'*International association of biological standardization and held*.

Questo secondo convegno si tenne in Marocco, presso l'hotel Hilton di Rabat, dal 2 al 4 giugno 1975. Gli *Atti* furono pubblicati nella stessa rivista, ma curati da: R. H. Regamey, E. C. Hulse e L. Valette.

Anche il terzo convegno si svolse nel nord Africa, ad Algeri dal 18 al 20 aprile 1983. Gli *Atti* furono curati da L. Valette e W. Hennessen.

Il convegno nel 1992 si svolse a Malta nella capitale La Valletta dal 28 al 30 ottobre e fu dedicato, come indica il titolo, alla prevenzione della brucellosi: *Prevention of brucellosis in the Mediterranean countries*.

È significativo che dal luogo ove era stata scoperta la malattia partisse una ricerca e un programma di prevenzione, espressione anche dello spazio sempre maggiore alla tutela della salute rimuovendo i fattori di rischio che potevano essere causa di malattia.

Ugualmente si nota la specificazione “nei paesi del Mediterraneo” ovviamente gli scienziati, che erano riusciti a far svolgere il convegno a Malta, vollero che scaturissero programmi concreti, radicati nel ter-

ritorio, in modo che dai lavori uscissero indicazioni a vantaggio delle popolazioni locali. È la cultura e i valori umani, del Mediterraneo ecco perché è stato la culla della civiltà.

Gli scienziati siciliani sempre in prima linea

Fra i vari convegni è da segnalare l'importante convegno regionale sulle brucellosi che si tenne a Caltanissetta, il 24 e 25 aprile 1961 organizzato dalla sezione sicula dell'Associazione italiana per l'igiene e la sanità pubblica, Gli *Atti* furono pubblicati a Gela (Caltanissetta), nel 1963, dalla Tipografia Athena.

Scienziati da tutta Italia, si riunirono il 25 ottobre 1991 a Palermo, ove si tenne, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia "Adelmo Mirri", una giornata di studio su: *Aborti infettivi e patologia da Lentivirus degli ovini e caprini*.

Il convegno era promosso da importanti istituti scientifici italiani infatti fu organizzato, oltre che dallo stesso Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia, dall'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, dal Dipartimento di patologia animale dell'Università di Torino, dall'Istituto di ostetricia e ginecologia della facoltà di medicina veterinaria, dell'Università di Messina, dalla Società italiana di patologia e allevamento degli ovini e caprini.

La rilevanza nazionale e l'alto profilo scientifico dei lavori è dimostrato anche dal fatto che gli *Atti* furono pubblicati a Roma, dall'industria farmaceutica Pfizer, nella collana: *Atti Pfizer* (è il numero 11).

Chi ha vinto? Uno, nessuno e centomila con finale a sorpresa

L'evoluzione dello studio della brucellosi s'intreccia con la storia della medicina, con la geopolitica e i grandi eventi storici di tre secoli.

I progressi della conoscenza della malattia hanno favorito la cura,

la prevenzione e alleviato sofferenze, pertanto i benefici maggiori sono stati per i pazienti, ed è il compito e l'obiettivo del medico.

Ma con un dibattito planetario fra scienziati di tutto il mondo ci sarà pure un vincitore intellettuale, Chi ha avuto ragione?

La risposta é: *uno, nessuno e centomila*, perché le più moderne tecniche di biologia molecolare hanno dimostrato che le varie Brucelle, hanno tali analogie del genoma, per cui sono talmente uguali fra loro, che pertanto la Brucella è un'unica specie, cioè è una sola con più varianti.

Così è andato in fumo il dibattito che infervorò e divise il mondo scientifico fra *Micrococco di Bruce* e il *Bacillo di Bang*.

Dal 1860 in poi nessuno avrebbe potuto prevedere un simile finale, ma la vittoria spetta ai pazienti e la gratitudine a tutti gli scienziati che hanno dato il loro contributo per ottenere questi risultati.

Un altro vincitore è il Mediterraneo. Più volte è stato chiamato in causa per dare il nome all'attuale brucellosi, che ha avuto la meglio su tutti gli altri, ma i nomi passano e il Mediterraneo, ancora una volta, resta.

Più della metà di studi e scoperte sono avvenute sulle sue coste o isole, dimostrando che, come al tempo d'Ippocrate, è sempre lui la culla del pensiero.

V

FEBBRI MEDITERRANEE: UNA SOLA È QUELLA VERA

Abbiamo visto come è improprio l'aggettivo mediterraneo per identificare quella che è una malattia planetaria come la brucellosi, ma se non bastasse aver creato gli equivoci con la brucellosi ci sono altre due malattie caratterizzate da una febbre che, anche in questo caso sono state rigettate.

Come febbre mediterranea pertanto include, includendo in questo conteggio anche la brucellosi sono tre malattie diverse che però sono presenti in tutto il mondo la terza, la febbre familiare del Mediterraneo non solo non è provocata dal mare, ma addirittura è stata è venuta.

Dalle condizioni favorevoli del Mediterraneo che ha permesso che ti diffondesse in tutte le sponde del Mediterraneo diluendo così tanto l'anomalia genetica che la determina da divenire una malattia rara che se fosse stata concentrata, per esempio in una zona ristretta, si pensi ha una ha un'isola difficilmente raggiungibile o una valle montuosa, si sarebbe potuta manifestare in modo esponenziale pertanto chiamiamo le febbre le varie forme febbrili in un modo appropriato che ne favorisce la comprensione e l'identificazione.

Febbre mediterranea a macchie ma è solo la bottonosa

La *febbre mediterranea a macchie*, che oggi viene definita febbre bottonosa, è provocata dalla *Rickettsia conorii*.

I tanti nomi con cui è stata chiamata la febbre bottonosa indicano la dimensione globale della malattia, ma anche aiutano a ricostruire il percorso dello studio e della conoscenza di questa infezione fornendo un importante contributo sia alla storia della medicina sia dell'evoluzione del pensiero medico.

Il pioniere italiano nello studio della malattia fu Agostino Carducci (Arce, Caserta, oggi Frosinone, 1875- Roma, 1970) direttore sanitario del policlinico Umberto I e dell'ospedale Santo.

Spirito di Roma, nel 1920 descrisse una malattia, della quale aveva osservato il primo caso dieci anni prima, caratterizzata da febbre continuo-remittente e da un'eruzione papulonodulare, per questa scoperta in Italia fu a lungo chiamata anche *febbre di Carducci*.

Nel 1909 fu identificata per la prima volta in Tunisia, allora Protettorato francese, pertanto non stupisce che nel 1923 fosse identificata anche a Marsiglia, il più grande porto della madrepatria nel Mediterraneo, per questo fu chiamata *febbre di Marsiglia*.

Era prevedibile che si riscontrasse anche in un vicino porto, per questo alla segnalazione del primo caso fu subito definita anche *febbre di Tolone*, ma i medici francesi, come peraltro facevano gli scienziati di ogni nazionalità, vollero allontanare dal loro stato ogni riferimento della malattia e la chiamarono *febbre mediterranea a macchie*, o ancora *febbre esantematica mediterranea* in riferimento alla presenza dell'esantema, per differenziarla da un'altra febbre mediterranea, anche questa falsa, che era la brucellosi.

Ma non è finita: soprattutto i microbiologi la chiamavano *febbre da zecche* perché il principale serbatoio è il cane e il vettore è la zecca.

Col progredire degli studi sulle *Rickettsiae*, dal 1970 si accertò che la *febbre bottonosa*, malattia che, con nomi differenti, era stata se-

gnalata in molte parti del mondo, soprattutto Francia, Spagna, Israele, Italia, Mar nero, ma anche in Cina e Giappone, perciò molto lontano dal Mediterraneo, era un'identica malattia perché provocata dallo stesso agente la *Rickettsia conorii*.

La diffusione della *febbre bottonosa* è ben documentata dai numerosi nomi che le sono stati attribuiti dai diversi autori: *tifo da acaro d'Israele*, *tifo dei parassiti del Kenya*, *febbre da morso di zecca del Sudafrica*, *tifo da zecca indiana*. È evidente che il Mediterraneo è una delle tante aree geografiche in cui si rileva la malattia.

Anche il parassita che trasmette l'infezione non è tipico dell'ambiente marino, ma di quello boschivo, infatti la trasmissione avviene tramite le zecche di cane conigli, lepri, ovini, caprini e bovini.

La malattia origina dalla puntura dell'animale che determina una lesioni cutanea. Successivamente compare febbre, malessere, mialgia ed esantema che persiste per 10-20 giorni.

È familiare la vera febbre mediterranea

La febbre familiare mediterranea partita dalla Spagna, si è diffusa lungo tutto il bacino del Mediterraneo.

La diffusione di questa malattia è legata all'espulsione degli oltre duecentomila ebrei dalla Spagna, chiamati sefarditi, avvenuta nel 1492, con il decreto dell'Alhambra, conosciuto anche come editto o decreto di Granada, emanato dai re cattolici di Spagna, Isabella di Castiglia (Madrigal de las Altas Torre, 1451- Medina del Campo, 1504) e Ferdinando II d'Aragona (Sos, 1452 - Madrigalejo 1516).

Gli ebrei, lasciata la Spagna si insediarono in tutto il bacino del Mediterraneo.

Si tratta di una malattia autosomica recessiva che si determina per la mutazione del gene MEFV relativo alla sintesi della proteina che regola l'infiammazione, pertanto si tratta di una malattia auto infiammatoria.

È una malattia a prognosi benigna con sintomatologia lieve caratterizzata da febbre, dolori riferiti ad arie diverse: addome, torace, muscoli, articolazioni. Inoltre artrite ed esantema presente a caviglie e piedi.

La rilevazione della mutazione genica alla base di questa malattia è indicativa per seguire lo spostamento delle persone nell'ambito del bacino del Mediterraneo. L'anomalia. È oggi rilevabile fra spagnoli, italiani (sud-e isole), nord-africani, turchi, arabi, ebrei, armeni.

VI

TALASSEMIA: L'ECCELLENZA DA NOBEL È A PALERMO

L'anemia mediterranea è oggi più nota come β -talassemie (il nome deriva da $\tau\alpha\lambda\alpha\sigma\sigma\alpha$ =mare $\alpha\acute{\iota}\mu\alpha$ =sangue).

Il termine *thalassemia* fu proposto nel 1932 da Whipple e Bradford. In italiano la grafia corretta è talassemia.

Viene usato anche il sostantivo microcitemia per il volume ridotto dei globuli rossi.

Si tratta di una patologia determinata da un difetto di un gene del cromosoma 11, per cui non vengono sintetizzate le catene polipeptidiche di tipo β dell'emoglobina, per cui i globuli rossi risulteranno difettosi e inefficaci per cui saranno in gran parte distrutti già nel midollo osseo, ancora prima di essere prodotti, o dalla milza se vengono immessi nel circolo sanguigno. Risulterà l'anemia che determinerà lo sforzo dell'organismo per compensarla attraverso la produzione di nuovi globuli rossi, ma è un lavoro inutile perché saranno sempre anomali.

Un tempo nelle forme più gravi l'unico rimedio era il ricorso a frequenti trasfusioni, oggi si sono aperte nuove opportunità grazie al trapianto con le cellule staminali emopoietiche.

Le β -talassemie, nei paragrafi successivi si capirà perché si usa il plurale, sono una delle malattie trasmesse in modo autosomico recessivo più frequenti nella specie umana.

Fra tutte le malattie ereditarie del globulo rosso è la più frequente al mondo.

Anemia mediterranea? No è mondiale

Il nome anemia mediterranea si origina perché i primi casi furono descritti in soggetti italiani e greci. È motivato anche dalla frequenza con cui la malattia si riscontra nei paesi bagnati da questo mare, ma in realtà è diffusa in tutto il mondo.



Palermo: una corsia dell'ospedale civico di San Saverio che era il nosocomio più importante del Capoluogo siciliano, pertanto rappresentava di fatto la continuità della tradizione assistenziale della città che dal XV secolo era garantita dall'ospedale grande fondato dal frate benedettino Giuliano majali e che aveva sede nel palazzo Sclafani.

Basta valutare alcuni dati. Nel mondo i β -talassemici, cioè coloro che presentano la forma più grave, quella conosciuta anche come malattia di Cooley sono trecentomila, cioè un malato ogni venticinquemila persone.

In Italia i malati sono settemila uno ogni 8.500 persone, perciò tre volte più frequenti, ma la malattia non è limitata solo alla nostra area geografica.

Le β -talassemie infatti sono diffuse nei cinque continenti. Particolare frequenza si riscontra nei paesi bagnati dal Mediterraneo, ma anche nel Medio Oriente, subcontinente indiano, e Estremo Oriente, nelle Americhe e in Australia.

In Italia le β -talassemie sono molto comuni al Sud, in Sicilia, Sardegna, e nel delta del Po (province di Ferrara e Rovigo).

Preistoria l'anemia mediterranea in tutto il mondo

Alcune ricerche archeologiche hanno dimostrato la presenza della talassemia nella forma più grave della malattia di cunei già nelle nella Preistoria.

Le prime ricerche furono condotte in Sicilia, dimostrazione del livello culturale e scientifico presente nell'isola infatti furono condotte da Graziosi nel 1943 e riprese nel 1947 da Ignazio Gatto (Trabia, Palermo, 1905 - Palermo, 1971).

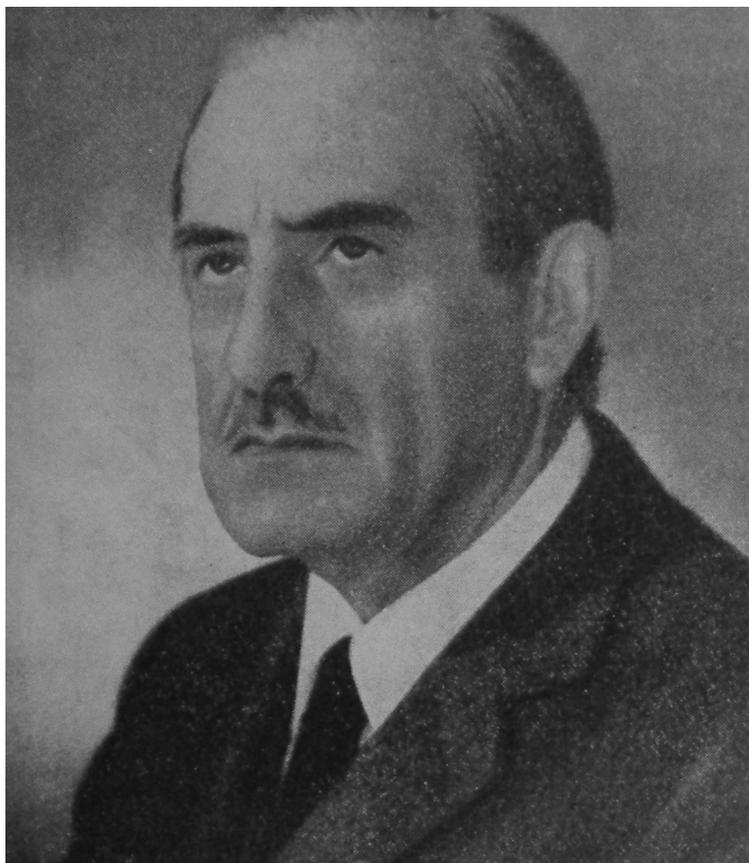
Gatto futuro direttore della cattedra di clinica pediatrica dell'Università di Palermo trovarono ossa umane del paleolitico superiore con deformazioni e osteoporosi simili a quelle riscontrato nei pazienti affetti da anemia di Cooley.

Altri ritrovamenti sono avvenuti in diverse parti del mondo a dimostrazione che l'anemia mediterranea era presente fin dall'antichità.

Ossa umane con deformazioni compatibili sono state scoperte nel 1948 in Sicilia, nella grotta di San Teodoro presso Acquadolci, in provincia di Messina.

Reperti simili costituiti da ossa umane del periodo compreso fra il V e il III secolo avanti Cristo sono state trovate in un'altra zona caratteristica della malattia, il delta del Po, esattamente nella necropoli etrusca di Spina.

Erano inoltre crani con le deformazioni tipiche della forma più grave di talassemia in Egitto, risalenti alla preistoria e protostoria.



Ignazio Gatto è un Nobel mancato, ma lo avrebbe meritato perché scoprì il meccanismo di trasmissione genetico delle β -talassemie per cui spiegò che i malati erano gli omozigoti, mentre gli eterozigoti erano i portatori in grado di trasmettere la malattia, ma non di ammalarsi, aprendo così nuove strade per la cura e la prevenzione.

Ma nemmeno nell'antichità la malattia era limitata al Mediterraneo come potrebbe far pensare i luoghi del ritrovamento.

La talassemia era presente in America prima dell'arrivo di Colom-

bo, pertanto non poteva essere stata introdotta dagli europei, infatti ci sono dei resti ossei, di epoca precolombiana con le tipiche deformazioni talassemiche, conservati presso il Field Museum of Natural History di Chicago.

Arriva dal mare il gene mutato

Negli Quaranta e Cinquanta del Novecento si parlò di un'origine asiatica delle β -talassemie, basandosi sui tratti orientaleggianti del volto che presentavano i portatori della malattia. Ecco come Gatto riassume le motivazioni.

Nel 1956 Romer e Dorken, fondandosi sulle proprie osservazioni condotte su persiani ricoverati nella clinica medica di Amburgo (1955), hanno ritenuto che la talassemia fosse propria dell'Asia e che alle nozze di Susa, durante le quali diecimila soldati di Alessandro Magno sposarono altrettante donne persiane, siano state queste ultime a portare come dote anche la talassemia.

Alla origine asiatica si ricollega anche l'ipotesi di Caminopetros (1952) che ritiene che la talassemia sia stata portata dagli illirodinarici provenienti dall'Asia minore e che nei primi periodi dell'era storica invasero il mediterraneo orientale passando in Grecia e poi in Italia.

Non vi è dubbio che la distribuzione geografica della talassemia ben si potrebbe spiegare con i continui contatti che già dall'epoca protostorica le popolazioni del mediterraneo centro-orientale hanno avuto con quelle dell'Asia minore e del bacino Mesopotamico, contatti ininterrottamente protrattisi fino al tempo della repubblica Veneta (...)

Senza dubbio la possibilità delle comunicazioni fra i popoli, grazie alla navigabilità del Mediterraneo, permettano gli scambi fra i popoli e la procreazione fra soggetti di etnie e luoghi diversi che favorivano la disseminazione dei geni mutati, ma giustamente Gatto, da grande scienziato non si ferma alla prima valutazione e avanza ipotesi diverse.

Data la notevole estensione geografica della talassemia più che ad apporto per migrazioni o colonizzazioni di popolazioni nelle quali primitivamente fosse insorta la mutazione, parrebbe più logico pensare che questa appartenesse già ad un fondo umano comune molto antico precedente, su cui le migrazioni e colonizzazioni successive si siano svolte ed incontrate. Ad un fondo umano che sia stato il substrato comune di popolazioni attuali createsi per incroci fra gli antichissimi abitanti e quelli ulteriormente arrivati.

(Gatto I. *Origine della talassemia*, Atti del Simposio di genetica ematologica tenuto il 12 settembre 1957 nell'ambito del VII Congresso della Società internazionale di ematologia, Roma, 7-13 settembre 1958, Istituto di genetica medica "G. Mendel", pubblicati in "Acta geneticae medicae et gemellogiae". Suppl. n. 2., 1958, pp. 71 -72.)

Ecco come si trasmette da uno o entrambi i genitori

Per conoscere i vari aspetti delle β -talassemie, capire non solo il percorso storico dello studio della malattia, ma anche l'importanza delle scoperte italiane, si deve ricordare come funziona il meccanismo dell'ereditarietà autosomica recessiva quella che è in gioco nelle β -talassemie.

Una malattia è ereditaria quando è trasmessa dai genitori ai figli attraverso i geni che sono contenuti nei cromosomi che sono 46; due sono quelli sessuali, diversi fra maschio e femmina, mentre 44, si chiamano autosomi, non solo sono identici nei due sessi, ma in realtà sono due serie identiche formate da 22 coppie, uguali e identificate in laboratorio da un numero.

La coppia è formata da due cromosomi simili perché uno è di origine paterna e l'altro materna, cioè uno lo trasmette il padre e l'altro la madre.

Quando la mutazione, cioè l'anomalia, è presente in uno dei cromosomi autosomi, si parla di ereditarietà autosomica.

Uno dei due genitori può trasmettere un gene che contenga delle mutazioni, talvolta che non creano nessun difetto, altre che possono essere responsabili di malattie gravi. Adesso l'ereditarietà autosomica si divide in due: la differenza sta nell'aggettivo dominante o recessivo.

Tutto risiede nei rapporti all'interno della coppia di cromosomi. Se il gene mutato è, come dice la parola, dominante, che tradotto in un linguaggio comune, è "un tipo aggressivo e prepotente", basta che sia mutato uno solo dei due geni perché prevalga su quello sano per determinare la malattia.

Se invece il gene mutato è recessivo, immaginiamo ancora per un attimo i rapporti interpersonali, perciò un tipo mite, remissivo e riservato che sa star al suo posto, provocherà la malattia solo se è d'accordo anche il gene omologo, cioè l'altra metà della coppia, cioè un gene che cerca la mediazione e l'unanimità.

Nel caso delle β -talassemie il gene 11 è contenuto in un cromosoma autosomico ed è recessivo, pertanto, come ho descritto, ogni genitore al massimo trasmette metà malattia, che da sola non riesce a far ammalare il figlio.

Solo se ognuno dei due genitori trasmette il cromosoma 11 con il gene difettato si avrà la condizione di omozigote, il figlio sarà malato.

Il malato di β -Talassemia (Talassemia major o malattia di Cooley) ha pertanto entrambi i due geni che producono la β -globina difettosi.

Accanto al malato esistono i portatori sani, che hanno uno solo dei due geni β -globinici mutati perciò anomali.

Le varie possibilità, come previsto dalla II legge di Mendel, si possono realizzare in base a un calcolo matematico.

Ecco le varie possibilità.

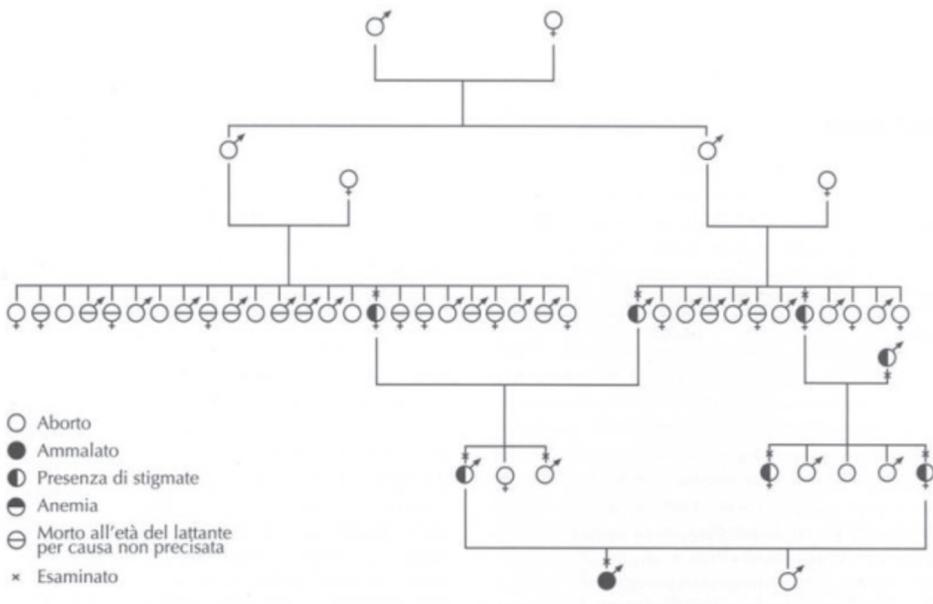
Dal concepimento proveniente da due portatori sani vi è il rischio del 25% (cioè un figlio su quattro) di produrre figli malati, mentre c'è un'analoga probabilità, sempre del 25% che il bambino sia sano (entrambi i geni β -globinici normali). La maggior probabilità, pari al 50%, è che i figli siano portatori sani.

Dal concepimento proveniente da un soggetto portatore e da uno normale, la il 50% dei figli saranno normali e il 50% portatori sani.

Ecco spiegato che cos'è l'ereditarietà autosomica recessiva che è la modalità di trasmissione delle β -talassemie.

Fu scoperta a Palermo l'ereditarietà delle β -talassemie

Tutte le informazioni genetiche, appena descritte, che sono alla base della trasmissione della malattia e condizionano anche le possibilità di prevenzione e di consigli genetici, furono scoperte a Palermo da un grande pediatra siciliano, Ignazio Gatto che scoprì la genetica della talassemia studiando gli alberi genealogici delle famiglie di pazienti affetti dalla malattia di Cooley, poté accertare che la talassemia era ereditaria e riconobbe la forma omozigote ed eterozigote.



Uno degli alberi genealogici delle famiglie con talassemici, che permisero a Ignazio Gatto di capire, primo al mondo, che l'anemia di Cooley in realtà era la forma più grave, ma non l'unica di una malattia complessa e articolata in varie espressioni.

In base a questa fondamentale scoperta stabilì con assoluta certezza che l'insorgenza della malattia di Cooley avveniva solo nella combinazione omozigotica, mentre la situazione di eterozigosi determinava quelle che Gatto definì “stigmatate”.

Ecco come lo stesso Gatto spiega la sua scoperta.

Con le mie ricerche pubblicate nel 1941 e 1942 ho per primo dimostrato che la talassemia si trasmette come carattere monomero autosomico dominante che allo stato eterozigotico si presenta come stigmata (portatore sano della anomalia ematologica) ed in quello omozigotico come malattia di Cooley (carattere dominante con effetto letale omozigotico).

Gatto I. *Origine della talassemia, Atti del Simposio di genetica ematologica* tenuto il 12 settembre 1957 nell'ambito del VII Congresso della Società internazionale di ematologia, Roma, 7-13 settembre 1958, Istituto di genetica medica “G. Mendel”, pubblicati in “*Acta geneticae medicae et gemellologiae*”. Suppl. n. 2., 1958, p.70.

All'inizio anche Cooley brancolava nel buio

Per la storia della conoscenza delle β --talassemie lo spartiacque fu il 1942, anno di pubblicazione degli studi di Gatto.

Prima del 1942 i medici brancolavano nel buio perché era stata identificata una nuova forma anemia con ingrossamento della milza, a cui era stato dato il nome di anemia di Cooley, ma si studiavano i malati, senza conoscere la malattia.

Questa malattia era stata scoperta nel 1925, da due pediatri statunitensi Thomas Cooley (Ann Arbor, Michigan, USA, 1871 - Bangor, Maine, USA, 1945) e Pearl Lee. Fu questa la prima segnalazione, ma di una sola delle quattro β -talasemie. Era la forma più grave, quella ancora oggi viene indicata con l'eponimo dello scopritore, in genere come morbo o malattia oppure anemia di Cooley, anche se tuttora il termine più appropriato è quello di talassemia major.

Dopo le segnalazioni di Cooley del 1925, fino al 1942, non si ebbero progressi significativi in quanto ci furono una serie di segnalazioni di nuovi casi che apportarono conferme senza produrre elementi particolarmente innovativi, al contrario talvolta alcune ricerche non furono sufficientemente approfondite e produssero conclusioni erranee e fuorvianti, per esempio alcuni studiosi pensarono che la malattia di Cooley fosse limitata a soggetti di origine italiana o greca o comunque appartenenti a soggetti che vivevano sulle sponde settentrionali del Mediterraneo.

Le prime segnalazioni in Italia avvennero dopo il 1933, ma si continuò a studiare i malati, anche con acute osservazioni cliniche riuscendo a distinguere e classificare i vari livelli di gravità della malattia, ma senza riuscire a valutare complessivamente l'intera origine della patologia. Gli studiosi erano così lontani dal comprendere il meccanismo della formazione e comparsa della malattia che quando alcuni medici italiani scoprirono quella che oggi viene classificata come talassemia intermedia, non la collegarono affatto all'anemia di Cooley, ma pensarono di avere scoperto una nuova forma patologica che chiamarono con i loro nomi: malattia di Rietti-Grepp-Micheli.

Cooley perde in casa: Gatto fa cappotto

Durante l'annuale congresso dell'*American Pediatrics Society*, che si svolse nel 1941, Cooley tenne una relazione su *Fattori ereditari delle malattie del sangue* in cui affermò a proposito della talassemia che:

Non sono stati ancora ben studiati gli alberi genealogici per realizzare una classificazione delle varie forme con cui si manifesta la malattia. (...) probabilmente si tratta di una trasmissione di tipo dominante mentre ritengo che quella recessiva sia presente solo in alcune forme atipiche.

(Cooley T:B:*Hereditary factors in the blood dyscrasias.*"
American Journal of Disease of Children")

Mentre Cooley parlava, Ignazio Gatto aveva concluso lo studio degli alberi genealogici in modo così approfondito da trarre conclusioni valide ancora oggi, ed ecco segnato il primo punto; inoltre lo stesso studio dimostrava che la trasmissione della malattia non poteva ridursi al binomio dominante o recessivo.

Ma che esisteva un maggior numero di meccanismi di trasmissione: e siamo al secondo punto, infine, altro grave errore, accantonare la trasmissione recessiva per limitarla solo a pochi casi atipici, cioè evocarla come eccezione, quando la talassemia si trasmette con meccanismo autosomico recessivo.

Se Cooley negli Stati Uniti parlava così, dimostrando che lui e i colleghi brancolavano nel buio, Ignazio Gatto, dall'altra parte dell'Atlantico, in mezzo al Mediterraneo, stava scrivendo l'articolo scientifico con i risultati delle sue ricerche con cui aveva capito tutto, documentato e spiegata la genetica della talassemia, mai smentita e valida ancora oggi.

La scoperta di Gatto era frutto di attenti studi clinici, di laboratorio e anamnestici, cioè cercando nelle storie delle persone delle famiglie indizi che potessero far escludere o ammettere la presenza o assenza di un gene mutato.

Partendo da un paziente malato erano stati ricercati i parenti, per ricostruire l'albero genealogico, poi i soggetti erano stati ricercati, visitati e sottoposti a esami del sangue e radiologici.

Con queste informazioni l'albero genealogico divenne "parlante", ma si trattava di capirne il linguaggio, o meglio trovare il filo conduttore che percorreva e univa i membri della famiglia.

Il lavoro non era semplice perché ogni essere umano, compresi tutti i gemelli, è diverso dall'altro.

Gatto, primo al mondo, riuscì a interpretare la trasmissione della malattia e a distinguere i vari modi di espressività e gravità, così bene che le sue scoperte sono valide ancora oggi, continuamente confermate da ottant'anni.

Come era potuto giungere a una simile scoperta? Aveva studiato una casistica personale di otto famiglie di malati di anemia di Cooley, scoprendo che in tutti i genitori dei bambini malati erano presenti alcune anomalie dei globuli rossi che presentavano aumento delle resistenze globulari dimensioni più piccole (microcitemia), e spesso di forma varia (poichilocitosi e ovalocitosi) e una minor concentrazione di emoglobina, (ipocromia).

Tutte queste anomalie dei globuli rossi, che peraltro richiamano l'anemia, dimostravano che i genitori non presentavano un'anomalia nella sintesi dei globuli rossi, ma la chiave interpretativa fu che tutti i malati di anemia di Cooley avevano i genitori entrambi con queste alterazioni dei globuli rossi.

Se l'anomalia la presentava un solo genitore, nessun figlio risultava malato, ma poteva trasmettere la malattia alla discendenza.

Gatto scrisse chiaramente che, perché nascesse un bambino malato era necessario che entrambi i genitori avessero i globuli rossi alterati.

Interpretò la trasmissione della malattia in base alla seconda legge di Mendel.

Le alterazioni dei globuli rossi, appena descritte, indicavano che "qualcosa non andava" nella loro sintesi, perché erano leggermente mutati i geni responsabili.

Gli individui con tali alterazioni, non erano malati, ma portatori della malattia, di cui posseggono alcuni segni che Gatto definì "stimate" termine appropriato sia medico che linguistico.

In seguito anche i ricercatori e i medici italiani, in modo illogico e immotivato, lo sostituirono ricorrendo al prestito di una parola straniera e divenne *trait* oggi meno usato.

In conclusione gli eterozigoti presentano solo le stimate. Un individuo è omozigote se nasce da due genitori eterozigoti.

Ma sentiamo come lo stesso Gatto ricordò negli anni successivi questa scoperta.

Nel 1964 scrisse:

Nel 1941-42 ho dimostrato che la stigmata talassemica (quella osservata nei portatori apparentemente sani) si trasmette (...) ma che l'insorgenza della Malattia di Cooley si avvera solo nella combinazione omozigotica. Cioè eterozigote-stigmata, omozigote-malattia e rilevai l'effetto letale dello stato omozigotico (carattere dominante con effetto letale omozigotico).

(L'evoluzione del problema genetico della talassemia "La Pediatria" 1964; 72: pp.361-422)

A Palermo primi anche per la bioetica

La scoperta di Gatto non avvenne per caso, ma era la conclusione di un lavoro accurato che aveva condotto negli anni e che possiamo rilevare da una relazione che tenne al XV i congresso italiano di pediatria che si svolse a Napoli dal 20 al 25 maggio 1940 in cui riferì lo stato delle ricerche che stava conducendo.

Sono stati osservati 24 casi (...) tutti gli ammalati erano figli di genitori siciliani e provenivano in massima parte dalla provincia di Palermo, altre dalle province di Trapani, Agrigento e Caltanissetta. Nel gentilizio non erano rilevabili tare particolari, in un solo caso la madre aveva sofferto di malaria si nota una notevole prevalenza del sesso maschile 19/24, in nove casi fu possibile mettere in evidenza la familiarità del male (essi appartenevano a 5 famiglie).

Non ho esperienza sugli effetti della splenectomia in quanto non è stato possibile ottenere in nessun caso il consenso dei genitori per l'atto operativo

(Gatto I. Osservazioni su 24 casi di anemia eritroblastica di Cooley. Atti... Arti Grafiche Valsesiane G.B. Cappelli – Varallo Sesia – luglio 1941, pp. 478 - 483)

In questo brano ci sono due aspetti interessanti da segnalare. Innanzitutto si nota che la clinica pediatrica di Palermo era il punto di

riferimento per il territorio della Sicilia occidentale, infatti i pazienti provenivano dal naturale bacino di utenza costituito dalle province di Palermo, Trapani, Caltanissetta, Agrigento da dove provenivano i pazienti studiati.

L'aspetto però più importante emerge dalle parole di Gatto che riferisce di non aver potuto asportare la milza (è la splenectomia) in quanto non aveva ottenuto il consenso dai genitori per sottoporre il figlio all'intervento.

È un grande senso di rispetto per il paziente e per la famiglia, infatti talvolta si crea un tale rapporto di dipendenza e di fiducia con i medici che i genitori non hanno la forza di opporsi a decisioni prese da altri.

In questo caso si vede come gli accademici palermitani hanno presentare un lavoro incompleto, l'unica lacuna della ricerca, pur di non forzare la volontà dei genitori.

È una dimostrazione di umanità e di rispetto del paziente. È un esempio comportamento basato sui più alti principi di bioetica da tenere sempre presente.

Ignazio Gatto: il grande che per la guerra perse il Nobel

Il 1942 fu l'anno della svolta, o meglio della rivoluzione, perché con la scoperta della genetica della talassemia, avvenute a opera di un giovane aiuto della clinica pediatrica dell'Università di Palermo, Ignazio Gatto, si alzò il sipario e si svelarono i misteri e i lati oscuri di questa malattia mortale.

Con la scoperta della genetica, cioè della modalità di trasmissione della malattia, si capì come e dove conoscerla, riconoscerla, curarla, prevenirla e combatterla.

Ignazio Gatto è stato il primo al mondo a capire che esistevano più di una forma di talassemia e una, la forma minor, c'era, ma non si vedeva, ma poteva far ammalare i figli.

Avendo capito, dimostrato e spiegato la malattia in modo così

completo, si trattava di una scoperta da premio Nobel, ma le cose andarono diversamente.

Per l'umanità è stata una di quelle scoperte che segnano i tempi, che sono state spesso una motivazione per l'assegnazione del Premio Nobel per la medicina.

Ma non lo fu per Ignazio Gatto, al quale non solo non fu nemmeno candidato al Nobel, ma addirittura non gli fu riconosciuta la priorità della scoperta.

La sfortuna del Gatto fu di aver effettuato la scoperta nel 1942, in piena guerra mondiale, e comunicare la scoperta su una rivista poco diffusa all'estero (*Ricerche sui familiari di bambini affetti da malattia di Cooley. Archivio Italiano di Pediatria e Puericoltura* 1942; 9: 128-168), che era edita dalla clinica pediatrica di Bologna, città che dopo pochi mesi sarebbe stata isolata dalla linea gotica.

La paternità della scoperta è andata a Valentine e Neel che pubblicarono le loro osservazioni due anni più tardi, nel 1944, ma sulla prestigiosa *Archives of internal medicine* edita a Chicago dall'American Medical Association (Valentine WN, Neel JV. Hematologic and genetic study of the transmission of thalassemia. *Arch. Int. Med.* 1944; 74: 185-196).

Ignazio Gatto fu direttore dell'Istituto e la cattedra di puericoltura e successivamente di clinica pediatrica dell'Università di Palermo. Fu presidente del consiglio di amministrazione dell'Ospedale pediatrico «Giovanni Di Cristina» e condirettore della più prestigiosa rivista pediatrica italiana intitolata: “La Pediatria”.

Le contingenze politico – internazionali furono sfavorevoli a Gatto. Anche se la scuola pediatrica palermitana, come ho già detto, era molto ben inserita a livello internazionale soprattutto con le scuole pediatriche tedesche, il periodo fra le due guerre mondiali segno lo spostamento del baricentro scientifico mondiale dalla Germania e dall'Austria per passare agli Stati Uniti d'America, ove le alleanze internazionali del governo fascista e gli ostacoli del regime dittatoriale alla comunicazione con i paesi non alleati rendevano difficoltoso la partecipazione ai

Congressi fino anche alla pubblicazione nelle riviste di lingua inglese.

Ma nemmeno il dopoguerra rese giustizia a Ignazio Gatto perché La talassemia aveva assunto un'importanza sempre maggiore per cui l'alto commissariato all'igiene alla sanità pubblica, l'equivalente dell'attuale ministero della salute, aveva stanziato somme consistenti per lo studio e la prevenzione della malattia a cui si interessava in particolare la scuola romana di Cesare Frugoni (Brescia, 1881 – Roma, 1978), direttore della clinica medica della Sapienza che avocò a sé gran parte della gestione dello studio e prevenzione della talassemia.

In questo contesto Gatto trovò il fuoco dei ricercatori americani che non avevano nessuna intenzione di riconoscere la sua priorità nella scoperta ma fu colpito anche da un intenso fuoco amico, infatti tutti coloro che, in varie parti d'Italia e, come ho detto in particolare a Roma, si occupavano dello studio della talassemia avevano tutto l'interesse di delegittimare, o al massimo ignorare la scoperta di Gatto.

Fu sparsa la voce che avesse plagiato la scoperta, ma non si sa cosa da chi, perché lo stesso Cooley diceva che nessuno stava studiando gli alberi genealogici, come è scritto nel testo che è stato pubblicato, mentre in tanti si appropriarono della scoperta di Gatto, purtroppo venne fuori il fuoco amico anche dall'interno della clinica pediatrica di Palermo: nessuno, compreso il direttore Michele Gerbasi, lo aiutò nel rivendicare la priorità della scoperta, perché c'era il timore che Gatto assumesse troppa autorevolezza e troppo potere accademico.

Nello stesso tempo nessuno voleva metterti in competizione con il potente Frugoni, ordinario all'Università di Roma, presidente del Consiglio superiore di sanità e medico delle più alte cariche dello Stato e della Roma bene.

Da una mia valutazione storica ho potuto collocare lo studio di Gatto fra le dodici grandi scoperte della ricerca pediatrica italiana, come ho dimostrato riportando nei paragrafi precedenti i testi delle pubblicazioni con relative date.

Nel dopoguerra si arrivò all'assurdo che tutti coloro che lo accusavano di aver copiato la scoperta, in realtà erano loro che avevano attinto

a piene mani dagli studi e dalle scoperte di Gatto, erano i più forti propagatori di criticare, accusatori di plagio con l'obiettivo di minimizzare quello scienziato che loro stessi avevano plagiato, a tal punto che alcuni sostennero che addirittura Gatto l'avesse copiata da loro. Per fortuna le date di pubblicazione fanno fede.

A dimostrazione di quanto non fosse stato difeso dai colleghi della clinica di Palermo, anzi boicottato, ricordo che nel 1948 arrivarono a Palermo, due assistenti di Frugoni per fare delle ricerche sulla microcitemia, che chiesero ed ottennero da Gerbasi, direttore della clinica pediatrica di Palermo, gli indirizzi dei malati, diagnosticati e curati da Gatto, che andarono puntualmente a trovare.

Nel 1953 ritornarono nella Sicilia orientale per continuare gli studi, senza mai consultare Gatto, e senza che Gerbasi, autorevole pediatra italiano, come, ho già citato in precedenza, rivendicasse il coinvolgimento del suo allievo.

I due ricercatori, dei quali ometto il nome, in quanto sono morti, e di conseguenza non mi possono controbattere, in tanti loro scritti hanno addirittura criticato il comportamento di Gatto.

Per fortuna le pubblicazioni restano e il tempo fa giustizia.

Le β -talassemie sono quattro, ma due le scoprì Ignazio Gatto

La talassemia è una malattia estremamente eterogenea dal punto di vista molecolare perché può essere determinata da circa duecento difetti genetici, differenti fra loro, che possono determinare una notevole varietà di forme cliniche, dalle più grave fino alle forme non riconoscibili nemmeno con i comuni esami del sangue.

In tal modo possiamo avere quattro forme di talassemia:

- 1) *Major*, quella conosciuta come malattia di Cooley, grave anemia trasfusione-dipendente.
- 2) *Intermedia*, una volta conosciuta come malattia di Rietti –

Greppi – Micheli: c'è un'anemia cronica che non sempre richiede la trasfusione.

- 3 *Minor*, un tempo chiamata trait talassemico o portatore sano che presenta alterazioni a livello del sangue con microcitemia.
- 4 *Minima*: totalmente silente anche studiando l'emoglobina.

Questa classificazione fu redatta cioè “inventata” dallo stesso Gatto e poté farlo grazie ai suoi studi sugli alberi genealogici che avevano fatto scoprire la presenza dei geni mutati anche in soggetti senza sintomi, cioè asintomatici.

Dopo ottant'anni; è valida ancora oggi, salvo il piccolo ritocco di aver scorporato dalla forma minor, quella intermedia. Ecco come riferisce lo stesso Ignazio Gatto.

(...) Nei miei citati lavori del 1941 e 1942 avevo individuato l'esistenza di una forma compensata di talassemia caratterizzata da lieve anemia ed aumento di volume della milza. (...)

Nello stesso lavoro del 1947 io ritenni necessario che fosse adottato un termine unico che designasse i tre stati in cui il carattere morboso può presentarsi, seguito dalla specificazione di ognuno di essi (...)

Nella specificazione delle tre forme di talassemia ritenni anche esatto differenziare il portatore sano di stigmata ematologica dall'ittero di Rietti e Greppi, che nella letteratura americana andavano entrambi sotto la denominazione di talassemia minor e definire la stigmata come talassemia minima, riservando il termine di talassemia minor per l'ittero di Rietti e Greppi, mantenendo quello di talassemia maior per la malattia di Cooley.

Il termine di talassemia minima da me per primo proposto e stato universalmente accettato.

Gatto I. *Origine della talassemia*, Atti del Simposio di genetica ematologica tenuto il 12 settembre 1957 nell'ambito del VII Congresso della Società internazionale di ematologia, Roma, 7-13 settembre 1958, Istituto di genetica medica “G.

Mendel”, pubblicati in “*Acta geneticae medicae et gemellologiae*”. Suppl. n. 2,,1958, p.70.

Le ultime due forme, *minor* e *minima*, sono state identificate, cioè scoperte da Gatto, come ricorda nelle sua esposizione riportata, infatti nel più autorevole trattato di ematologia italiano, scritto dai tre indiscussi maestri della disciplina, viene chiamata *talassemia minima di Gatto* (Adolfo Ferrata - Edoardo Storti. *Le malattie del sangue*, 2 ed., curata da Edoardo. Storti e Carlo Mauri, Vallardi, Milano 1958, pag. 1008).

Questa suddivisione e la relativa classificazione trovò il rapido riconoscimento internazionale da parte del mondo scientifico attraverso l'approvazione e l'accettazione del lavoro di Gatto che avvenne in un editoriale dal titolo: *Ereditarietà delle malattie del globulo rosso* da parte di una delle più prestigiose e severe riviste mediche del mondo “The Lancet”. (*Inherited Red-cell Anomalies* Editoriale, Volume 257, 30 June 1951, pp.1400-1401).

L'anemia non è mediterranea, ma la scienza è sul Tirreno

Effettivamente il Mediterraneo ha un primato di successo, perché la maggioranza delle scoperte e degli studi sono avvenuti nel Mediterraneo e in un quadrilatero tracciato nel Tirreno fra Palermo, Cagliari, Napoli e Roma.

Da allora si sono susseguite numerose scoperte della ricerca pediatrica italiana.

Nel 1948, a Napoli Federico Vecchio (Napoli, 1911 - Bari, 1982), allievo della scuola siculo-partenopea di Rocco Jemma, in seguito direttore della cattedra di clinica pediatrica dell'Università di Sassari e successivamente di Bari, dimostrò che l'emoglobina della malattia di Cooley ha caratteristiche analoghe a quella prodotta durante la vita fetale.



Federico Vecchio scoprì che l'emoglobina della malattia di Cooley ha caratteristiche analoghe a quella prodotta durante la vita fetale.

Un anno più tardi nel 1949, a Cagliari, Giuseppe Macciotta (Messina, 1892- Cagliari 1985), direttore della cattedra di clinica pediatrica della locale Università, descrisse una variante della β talassemia omozigote, rispetto alla malattia di Cooley.

La variante identificata da Macciotta, presentava, rispetto alla malattia di Cooley, un decorso più tumultuoso e grave, per questo la definì eritroblastosi sub-cronica chiamata anche malattia di Macciotta.

L'eritroblastosi subcronica è caratterizzata da una manifestazione a insorgenza più precoce rispetto alla malattia di Cooley, in genere all'inizio del secondo trimestre di vita, con un decorso medio della durata media compresa fra i 5 e i 10 mesi ed esito fatale. Il decorso rapido della malattia non lasciava nemmeno il tempo di danneggiare lo scheletro fa-

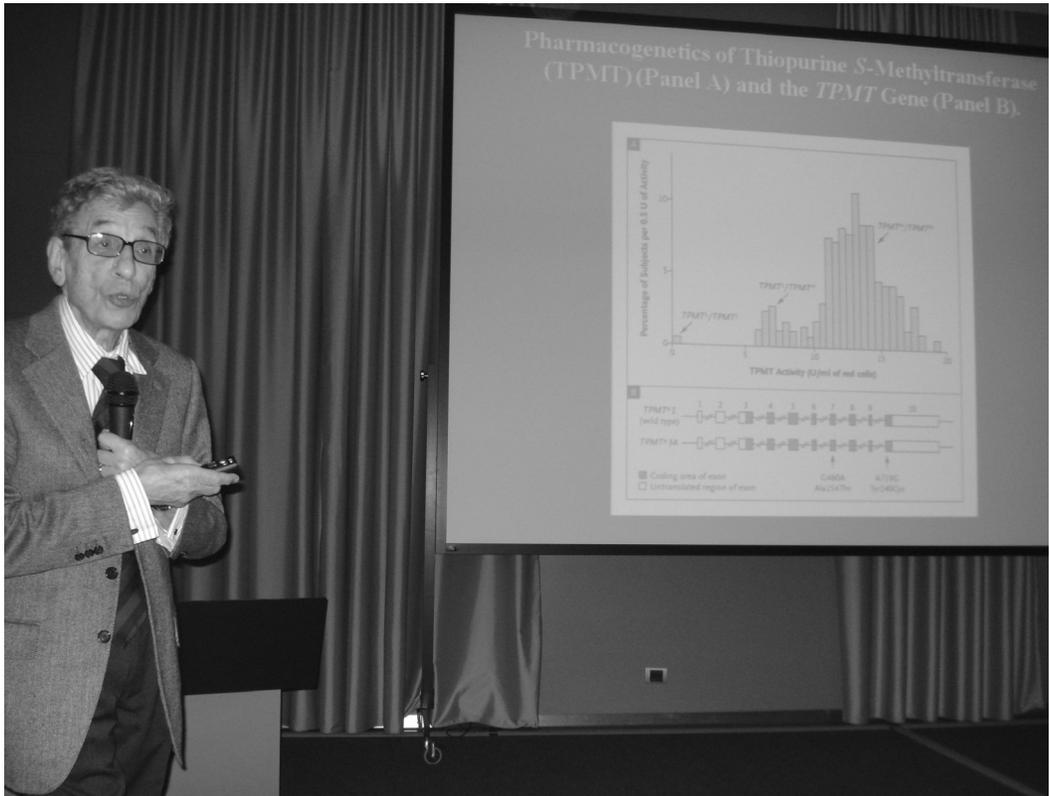
cendo formare le tipiche alterazioni scheletriche e la cardiomegalia che caratterizzano la malattia di Cooley. La malattia di Macciotta era stata osservata nel 45,21% dei casi ricoverati nella clinica di Cagliari con una lieve predominanza nei maschi rispetto alle femmine. La malattia di Cooley era stata invece riscontrata nel 51,4%.



Pisa Dal 26 al 28 maggio 1960 si svolse a il X congresso nazionale della Società italiana di nipiologia – VI Giornate nipiologiche internazionali; VII Convegno nazionale medici IPAI; IV Convegno nazionale direttori sanitari ONMI. Da destra dopo tre persone, Giuseppe Macciotta (con i baffi) che scoprì l' eritroblastosi sub-cronica chiamata anche malattia di Macciotta, che presentava, rispetto alla talassemia major, un decorso più tumultuoso e grave.

Una delle più importanti scoperte italiane nel campo delle β -talassemie fu realizzata nel 1981 a Cagliari da Antonio Cao (Cagliari, 1929 – ivi, 2012), allora direttore dell'istituto di clinica pediatrica dell'Università di Cagliari e direttore dell'istituto del Consiglio nazionale delle ricerche per le talassemie e anemie mediterranee di Cagliari.

Antonio Cao, identificò per la prima volta, l'errore genetico-molecolare della malattia.



Antonio Cao, identificò per primo l'errore genetico-molecolare della talassemia major.

La scoperta avvenne su un paziente sardo, ed era la mutazione puntiforme $\beta 039$ responsabile delle β -talassemie cui ha fatto seguito, sempre in Sardegna, la segnalazione di numerose mutazioni mai prima individuate.

Lo stesso Cao per giustificare l'alta percentuale (prevalenza), delle mutazioni genetiche in Sardegna diceva che nell'isola: "siamo tutti parenti e circondati dal mare" in effetti in certe isole come in Sardegna e a Pantelleria, la maggiore probabilità di sposarsi tra consanguineità determina il rischio di unire due persone eterozigote o comunque portatrici di mutazioni genetiche.

Questo determina la formazione di comunità chiuse. Avviene quando c'è una minore possibilità di viaggiare, soprattutto in passato, nel caso delle isole, se la navigazione era resa più difficoltosa dalla singola localizzazione geografica e questo dimostra ancora come la grande via di comunicazione rappresentata dal Mediterraneo ha permesso

la maggior diluizione delle mutazioni genetiche, che anche se si sono maggiormente diffuse nel territorio, le hanno diluite nella popolazione, impedendo la comparsa delle forme omozigote col rischio di malattia.

Il futuro è ancora della “scuola di Rocco Jemma”

La cura d'elezione per il paziente β -talassemico è il trapianto di cellule staminali emopoietiche provenienti da un donatore familiare compatibile.



Franco Locatelli attuale professore ordinario di pediatria presso l'Università La Sapienza di Roma e presidente del Consiglio Superiore di sanità. La foto è stata scattata nel 2005 anno in cui Locatelli è stato decorato con la più alta onorificenza della sanità, la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica, risultando così il più giovane pediatra a ricevere tale riconoscimento.

Per chi non può sottoporsi a questo trattamento, l'alternativa risiede nelle trasfusioni di sangue da effettuare ogni 21-28 giorni per tutta la vita.

Oggi c'è una opportunità in più che rappresenta un notevole progresso per la cura della malattia. È possibile correggere il difetto presente nel gene, contenuto nel cromosoma 11, responsabile della scarsa o assente produzione della β -globina che causa la malattia.

Si tratta della terapia genica che permette di inserire nelle cellule staminali ematopoietiche del paziente la versione corretta del gene mediante un lentivirus che, modificato con le tecniche di ingegneria genetica, trasporta la copia sana del gene correggendo così il difetto che causa la malattia.

Questa nuova terapia, che aprirà una nuova frontiera della medicina è sperimentata solo in sei centri al mondo, l'unico italiano è il dipartimento di oncoematologia dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma diretto da Franco Locatelli, che appartiene alla quarta generazione della scuola siculo-partenopea di Rocco Jemma, in quanto allievo di Giuseppe Roberto Burgio.

Un'altra eccellenza italiana che rappresenta una continuità della scuola e oggi è un forte caposaldo del quadrilatero del Tirreno.

VII

LEISHMANIOSI: SCIPPATA LA SCOPERTA ITALIANA

La leishmaniosi è una malattia planetaria che è stata scoperta a Napoli, studiata approfonditamente in alcuni zone bagnate dal Mediterraneo ed è un'eccellenza siciliana.

Esistono due forme di leishmaniosi, quella viscerale, la più grave, conosciuta anche come *kala-azàr*, e quella cutanea, più lieve, che presenta due forme simili che prendono nomi diversi secondo i continenti ove si manifestano: è chiamata comunemente bottone d'Oriente, se si presenta in Asia, Africa ed Europa, e l'altra, definita del nuovo mondo, perché diffusa in America centrale e meridionale.

Perché l'uomo possa contrarre la leishmaniosi serve un cane infetto, cioè che presenti il parassita nel sangue inoltre deve intervenire un pappatacio che prima punge l'animale, così aspirerà qualche goccia di sangue, che potrà iniettare nell'uomo, attraverso una puntura.

Il percorso pertanto è: cane infetto, pappatacio con goccia di sangue infetto, puntura all'uomo con trasmissione del sangue che contiene la *Leishmania*.

Nell'uomo, dopo un periodo di incubazione, che varia da qualche settimana ad alcuni mesi compare febbre che, pur essendo è irregolare,

è il principale motivo per cui viene consultato il medico, che alla visita potrà rilevare i tre sintomi caratteristici della malattia che sono oltre la febbre, l'anemia e l'aumento di volume di fegato e milza.

Se oggi abbiamo domato la *Leishmania*, grazie alla cura scoperta a Palermo nel 1914, prima la malattia era temuta e pericolosa, come è descritto nelle pubblicazioni del tempo, ove sta scritto:

Questo terribile morbo, il quale si presenta di tale eccezionale gravità da non avere riscontro in nessun'altra delle infezioni note, esiste presso di noi e forse più diffuso di quanto comunemente non si creda

(Jemma R., Di Cristina G. *Sull'anemia da Leishmania nei bambini*. Annali di Clinica Medica Anno 1, fasc III, 30 dicembre 1910, p 545)

Leishmaniosi viscerale o kala-azàr

È la forma più grave, in passato è stata confusa spesso con la malaria, pertanto la sua storia remota è molto incerta.

È conosciuto anche come *kala-azàr* (significa: *febbre nera*) *indiano*, *leishmaniosi interna*, *leishmaniosi indiana*, *splenomegalia dei tropici*.

Verso la metà dell'Ottocento, in India fu segnalata la *febbre dum-dum* che era considerata una delle malattie febbrili più pericolose fra quelle che potevano determinare focolai epidemici.

Si trattava delle prime segnalazioni di leishmaniosi viscerale, che però ancora non si chiamava così.

Infatti per dare un nome al parassita e alla malattia bisogna attendere solo il 1903 che il medico William Boog Leishman (Glasgow, 1865–Londra, 1926) scoprisse al microscopio il microrganismo a cui poi dette il nome.

Leishman era un ufficiale medico dell'esercito britannico, di cui divenne il comandante, che identificò il parassita nella milza di un sol-

dato britannico, che aveva presentato la *febbre dum dum* ed era morto in patria.

Nello stesso anno, sempre in India, un altro ufficiale medico dell'esercito britannico, Charles Donovan (Calcutta, 1863- Bourton-on-the-Water, 1951) identificò anche lui il microrganismo responsabile del *kala-azàr* indiano.

La leishmaniosi fu scoperta fra Ischia e Napoli

Dal 1866 Tommaso Cigliano (Forio, Napoli, 1842 - Napoli, 1913), medico condotto di Foria d'Ischia, aveva notato che alcuni bambini dell'isola, una malattia che poteva essere assimilata al *kala-azàr* che chiamò *leucemia lienale*.

In dieci anni osservò la stessa malattia in quaranta bambini ischitani e nel 1876 pubblicò lo studio, ma in una rivista di medicina omeopatica che passò inosservata e dimenticata fino al 1930.

Non deve stupire l'uso della parola leucemia per una malattia infettiva, infatti, fino allo sviluppo della medicina di laboratorio, con tale termine si indicavano specificamente un gran numero di malattie del sangue o con alterazioni ematologiche.

Nel 1880 Antonio Cardarelli (Civitanova del Sannio, allora provincia di Campobasso, oggi di Isernia, 1831 - Napoli, 1927) professore ordinario di clinica medica dell'Università di Napoli, dal 1896 anche senatore del Regno, compì approfonditi studi sulla malattia.

Studiando i bambini malati che presentavano un ingrossamento della milza (in medicina si dice: splenomegalia) individuò una forma, che indicò col nome di *anemia splenica infantile* o *pseudoleucemia splenica dei bambini*, della quale ipotizzò l'origine infettiva.

I più importanti risultati nello studio della leishmaniosi furono ottenuti dal nipote di Cardarelli, Giuseppe Pianese (Civitanova del Sannio, allora provincia di Campobasso, oggi di Isernia, 1864-Napoli, 1933), figlio della sorella Maddalena, che fu il primo al mondo a scoprire e

riconoscere il microrganismo che determina la malattia.

Pianese fu professore ordinario di istologia patologica e anatomia patologica nell'Università di Napoli e deputato alla Camera.

La vera scoperta fu a Napoli, ma se la presero gli inglesi

Nel 1892, Giuseppe Pianese fu il primo al mondo a descrivere i corpuscoli, presenti all'interno delle cellule gli stessi che saranno individuati undici anni più tardi da Leishman che poi, in suo onore, verranno chiamati Leishmania.

Pianese scoprì che alcune cellule di fegato, milza, midollo osseo, osservate al microscopio, dopo essere state trattate e colorate con reattivi da laboratorio, contenevano corpuscoli che si tingevano con colori basici.

Sulla base di tali importanti risultati stabili, e aveva ragione, che si trattava di microrganismi e, tre anni più tardi, nel 1895 ottenne un altro grande risultato scientifico perché, attraverso raffinate ricerche e metodiche di laboratorio, riuscì a stabilire che si trattava di un protozoo.

La scoperta era fatta e perfezionata e la causa della grave malattia accertata. Ma c'è di più. Il protozoo scoperto da Pianese nel 1895 era identico a quello riscoperto da Leishman nel 1904 che chiamò *Leishmania donovani*.

Purtroppo Pianese pubblicò la sua ricerca sulla rivista "Gazzetta delle Cliniche" (anno III, 1894) che era un periodico scientifico poco diffuso all'estero, per cui questa grande scoperta passò probabilmente inosservata, oppure fu facilmente ignorata dagli altri ricercatori.

Già il titolo era molto chiaro e inequivocabile: *ricerche batteriologiche, sperimentali ed istologiche in un caso di pseudo leucemia infantile infettiva o anemia splenica*.

Per correttezza scientifica, si sarebbe dovuto chiamare "Pianesia". Ma non fu così e il potente medico inglese si autoassegnò la scoperta.

Nel 1905 Pianese presentò, al secondo congresso italiano dei pa-

tologi, che si tenne a Roma, una comunicazione dal titolo: *L'anemia splenica infantile (anemia infantum a Leishmania)*.



Giuseppe Pianese

Si noti la generosità di Pianese. Senza ripiegarsi su stesso, reclamando la sua priorità della scoperta dell'agente infettivo della malattia, al contrario continuò a studiare la malattia da vero devoto della scienza e servitore della vita umana.

A ulteriore conferma della sua statura morale, basta osservare che per indicare il parassita della malattia, pur avendolo scoperto lui stesso, usa il nuovo nome della tassonomia microbiologica, *Leishmania*, coniato per onorare William Boog Leishman, al quale era stata riconosciuta la priorità del riconoscimento.

Continuò le ricerche che presentò, nel 1907 all'Accademia reale delle scienze mediche e chirurgiche di Napoli (*Ulteriori ricerche su l'anemia infantum a Leishmania*).

Presso la stessa Accademia, di cui era socio ordinario, presentò, nel 1909, presentò un'importante studio su: *Le alterazioni che il tartaro stibiato produce nella struttura della Leishmania*. che fornì un importante contributo alla realizzazione della cura della leishmaniosi, avvenuta, come illustreremo in seguito, a Palermo nel 1914.

Quando nel 1930, sempre all'Accademia di Napoli, ricostruì la storia della leishmaniosi, con una comunicazione intitolata: *La scuola medica napoletana nella vera storia delle nostre conoscenze sull'anemia splenica infettiva dell'infanzia ed il kala-azar delle Indie*.

La ricerca, compiuta con un lucido rigore scientifico, senza mai cadere nell'autoreferenzialità, permise di individuare numerosi contributi che altrimenti sarebbero stati dimenticati, come il ritrovamento dell'ormai dimenticata pubblicazione di Tommaso Cigliano, sull'importante ricerca sulla leishmaniosi nell'isola d'Ischia.

Accademico d'Italia: il premio alla carriera

Il 21 marzo 1932, esattamente un anno e un giorno prima della prematura scomparsa, Pianese fu nominato accademico d'Italia e fu uno dei pochi medici a ottenere tale ambito riconoscimento.

La Reale Accademia d'Italia era allora la più importante e influente organizzazione culturale e scientifica, basta dire che il presidente era il Premio Nobel Guglielmo Marconi (Bologna, 1874 – Roma, 1937) e il segretario della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, di cui faceva parte Pianese, composta da solo 13 membri, era un altro Premio Nobel, Enrico Fermi (Roma, 1901 – Chicago, USA, 1954).

Gli accademici d'Italia ricoprivano un importante ruolo nella società, codificato anche nelle precedenze previste dal cerimoniale di Corte, avevano diritto al titolo di “eccellenza” e ricevevano una cospicua indennità economica.

Fu per Pianese il giusto “premio alla carriera” di un grande scienziato italiano, caratterizzata da grande, scoperta, attribuita ad altri, ma anche da un determinante contributo all'istologia patologica con la creazione di nuove metodiche di laboratorio, che portano il suo nome, per vedere al microscopio il nucleo delle cellule e le terminazioni nervose.

La svolta fu a Trapani col congresso internazionale

Abbiamo appena detto che gli ultimi anni del XIX secolo e i primi del XX furono ricchi di scoperte e nuove acquisizioni nel campo della leishmaniosi, che videro la medicina siciliana collocata in un ruolo da protagonista, per questo motivo si tenne a Trapani, dal 28 maggio al 1 giugno 1910, un importante congresso internazionale sul *kala-azàr* che ebbe il pregio di riunire i massimi esperti del settore per fare il punto e attuare un confronto sulle varie ricerche, pertanto il congresso di Trapani rappresentò una svolta importante e dette nuovo impulso alle ricerche allo studio della malattia. Ma ecco come, a distanza di un anno, il futuro Premio Nobel Nicolle, ricordò e ribadì l'importanza del congresso di Trapani e il fondamentale ruolo della scuola medica siciliana.

Il celebre batteriologo Nicolle iniziò con queste parole, il suo intervento, che tenne in francese, al VII Congresso pediatrico italiano che si svolse a Palermo, presso l'aula magna dell'Università, dal 20 al 23 aprile 1911.

Dopo il congresso di Trapani, lo studio della leishmaniosi si è sviluppato notevolmente nei paesi del Mediterraneo. Fra le scoperte recenti, le migliori sono state realizzate in Italia, pertanto i miei colleghi presenti a questo Congresso, troveranno strano che io mi accinga a ricordare davanti a loro quei lavori che essi stessi hanno realizzato.

Dal tempo del congresso di Trapani l'area geografica in cui si presenta la malattia si è notevolmente estesa e la sua frequenza, nei Paesi in cui è stata riscontrata, è aumentata sensibilmente.

Al di fuori dell'Italia meridionale, della Sicilia, di Malta e della reggenza di Tunisi, la malattia è stata segnalata a Roma e dintorni, a Lisbona (due casi), in Grecia continentale e insulare.(...)

La corrispondenza fra kala-azar e *ponos*, già ipotizzata da me e da F. Mesnil [professore dell'istituto Pasteur di Parigi], è stata dimostrata da Gabbi. [si consulti il paragrafo: *La leishmaniosi c'era, ma sotto falso nome* a pag.00].

Se, negli ultimi tempi, le nostre conoscenze nei nostri paesi hanno fatto così importanti progressi sembra che nelle Indie lo studio sia rimasto fermo.

Una così deplorabile è inaccettabile lacuna che io avevo segnalato durante il congresso di Trapani non è stata colmata, pertanto non sappiamo ancora se il kala-azar delle Indie è trasmesso dal cane come quello dei nostri paesi.

(*Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Giannitrapani; 1912, pp. 623-629*) Il testo originale, che è in francese, è stato tradotto dall'Autore

La pediatria accademica palermitana leader nella ricerca

Per comprendere integralmente il significato delle parole di Nicolle, bisogna spiegare a chi e a che cosa si riferisse.

Molti riferimenti sono alle ricerche e alle iniziative condotte dalla clinica pediatrica di Palermo e gli elogi che Nicolle rivolge sono ancora

più significativi perché fatti da uno dei grandi medici mondiali, non a caso vincitore del Nobel.

In effetti per Jemma e la sua scuola la leishmaniosi era il principale argomento di studio e di ricerca, ottenendo brillanti risultati ed eseguendo pregevoli ricerche pubblicate in importanti riviste scientifiche internazionali.



Il 29 gennaio 1910, cioè più di un anno prima del congresso, Rocco Jemma tenne una relazione presso la Reale Accademia delle Scienze mediche di Palermo intitolata: *Sull'anemia splenica infantile da parassiti di Leishman (kala Azar?)*, dimostrando in tal modo la sensibilità dell'intera classe medica palermitana alla studio di questa malattia emergente.

Dice Nicolle: « Fra le scoperte recenti, le migliori sono state re-

alizzate in Italia». Di quali parlava? Di quelle condotte in Sicilia, da Umberto Gabbi a Messina, già prima del terremoto, di cui parlerò nei paragrafi successivi e quelle di Rocco Jemma e della sua scuola che confluirono in due approfondite pubblicazioni, la prima nel 1911 e l'altra nel 1912, su importanti riviste mediche internazionali, ambedue in tedesco che, allora, era la lingua della comunicazione scientifica internazionale come oggi è l'inglese.

Altre due importanti pubblicazioni furono redatte in italiano perché avevano principalmente un campo di studio nazionale.

Questa sapiente e appropriata scelta è interessante perché anche oggi, per la comunicazione scientifica, si consiglia la lingua nazionale quando i destinatari del messaggio si trovano in un ambito locale, l'inglese quando il consesso è internazionale, e in questo caso Jemma ha scelto in modo opportuno la lingua da usare. Ancora più interessante è scoprire che Jemma e la sua scuola palermitana pubblicavano i risultati delle ricerche su riviste internazionali, al tempo, in tedesco, in modo che tutti potessero conoscerle. Al contrario la maggioranza delle scoperte italiane è rimasta sconosciuta perché pubblicate su riviste nazionali, in italiano, perciò poco diffuse all'estero.

Alcune pubblicazioni sono importanti perché indicative dello stato di ricerca della clinica pediatrica palermitana in quel periodo e forniscono anche notizie sull'andamento epidemiologico e assistenziale della Sicilia dell'inizio del XX secolo.

La prima apparsa su: *Riforma medica* (anno XXVIII, n. 34) è intitolata: *Considerazioni sopra sessantatre casi di anemia da leishmania osservati nella Clinica Pediatrica di Palermo*.

Questa ricerca fu fondamentale per l'alto numero di casi raccolti e studio approfondito di ognuno, a dimostrazione dell'impegno esercitato dai pediatri siciliani per conoscere questa malattia e dare un contributo a combatterla, come in effetti avvenne due anni dopo, quando la scuola palermitana scoprì la cura della leishmaniosi e salvando così molte vite umane.

Un'altra ricerca apparsa sul numero 90 della rivista *Pathologica*

dal titolo: *Sulla Leishmaniosi del cane nei dintorni di Palermo* dette un contributo importante per studio della via di trasmissione della malattia, come è stato confermato in seguito e valido ancora oggi, dal cane all'uomo con il parassita trasportato dai pappataci. Nello stesso tempo si nota come le ricerche della scuola palermitana fossero all'avanguardia inserendosi nel percorso di studio che stava coinvolgendo i migliori scienziati del momento.

Anzi lo studio della via di trasmissione della leishmaniosi era stata la carenza dei ricercatori britannici che il futuro Premio Nobel, Nicole aveva segnalato dicendo: «Se, negli ultimi tempi, le nostre conoscenze nei nostri paesi hanno fatto così importanti progressi sembra che nelle Indie lo studio sia rimasto fermo (...) pertanto non sappiamo ancora se il kala-azar delle Indie è trasmesso dal cane come quello dei nostri paesi».

Il Mediterraneo studia, ma non è malato

Chiaro il quadro che emerge. Solo nei paesi mediterranei si studiava, in modo approfondito; questa grave e mortale malattia.

Lo stesso Iemma, uno dei massimi esperti mondiali della leishmaniosi, illustrò da storia della diffusione di questa malattia, nella relazione che tenne al congresso internazionale di medicina e igiene coloniale si svolse nel dicembre 1928 a Il Cairo, definendo in tal modo il ruolo delle varie aree geografiche, in modo che risulta evidente che i paesi mediterranei furono coinvolti come tappa intermedia, nelle progressiva invasione del mondo.

Proprio all'inizio del suo intervento affermò:

Il tema della mia relazione: "Sulla endemia di Leishmaniosi infantile esistente in Italia si riferisce ad un morbo che fu scoperto in Oriente e dall'Oriente si diffuse e poi nelle religioni occidentali e prima lungo le coste del Mediterraneo. Successivamente l'infezione si è estesa a tutta l'Europa Europa, con un progressivo aumento di casi, più sensibile in questi ultimi

anni, E tale da dover richiamare l'attenzione dei medici, delle autorità sanitarie e dei governi.

(testo pubblicato su: *La Pediatria* vol. 37, 1 febbraio 1929, n°3).

In effetti in quel periodo nelle isole e nei paesi costieri fervevano studi e ricerche tanto da poter affermare che il mediterraneo era un immenso laboratorio di ricerca. Ecco i principali studi condotti leishmaniosi.

Nel 1907 Archer descrisse la malattia a Cipro, l'anno successivo si ebbe una fondamentale scoperta effettuata da Nicole, a Tunisi, ove dirigeva il locale Istituto Pasteur, perché dimostrò che leishmaniosi, presente nel Mediterraneo, era provocata da un parassita, esattamente un protozoo, che denominò *leishmania infantum* riuscendo, per primo a coltivarlo, a capire e dimostrare che il cane era il serbatoio, e riuscì anche a trasmettere la malattia dall'uomo al cane.

Nello stesso anno Gabbi e i suoi allievi descrissero i primi casi a Messina e successivamente in Calabria.

Ecco come i contemporanei valutavano le ricerche del tempo.

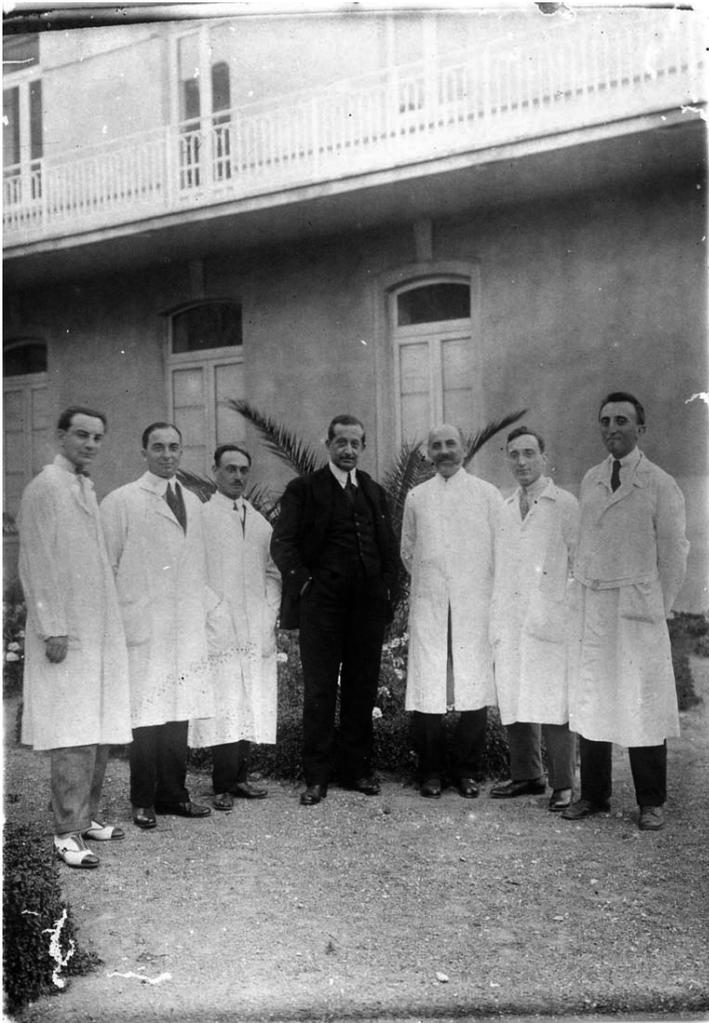
Se tutti dobbiamo riconoscere ch'è merito del Pianese di avere, colle sue geniali e pazienti ricerche, distaccato dal confuso capitolo delle anemie spleniche, quella dovuta al parassita di, non possiamo d'altra parte trascurare che si deve principalmente all'impulso fecondo dato dal Gabbi se lo studio di questa forma morbosa in Italia ha fatto progressi notevoli nel volgere di appena due anni.

(Jemma R., Di Cristina G. *Sull'anemia da Leishmania nei bambini. Annali di Clinica Medica* Anno 1, fasc III, 30 dicembre 1910, pp. 544 - 545).

Anche le altre due Università siciliane si dedicarono allo studio della leishmaniosi, infatti furono riscontrati i primi casi a Catania, da Raimondo Feletti (Comacchio, Ferrara, 1851-Catania, 1928), direttore della clinica medica pedepedeutica, unitamente ai suoi allievi.

Anche l'ateneo partenopeo era coinvolto nella ricerca: i primi casi furono diagnosticati a Napoli, da Giuseppe Antonio Petrone (Montagano, Campobasso, 1873-Napoli, 1918), aiuto della clinica pediatrica, che inquadrò magistralmente la leishmaniosi nell'ambito delle altre malattie caratterizzate da anemie con splenomegalia realizzando una classificazione definita geniale che presentò nel novembre 1909 all'Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Furono segnalati altri casi a Roma, in Puglia e a Trieste.



Antonino Longo, (Nicolosi, Catania, 1874 - Catania, 1943), direttore della clinica pediatrica dell'Università di Catania, istituì gli ambulatori-dispensari per la leishmaniosi viscerale e per la profilassi e la cura della tubercolosi.

Nel bacino del Mediterraneo si moltiplicarono le segnalazioni frutto di un diffuso fervore di ricerche. Nel 1910 furono identificati i primi casi di *kala-azàr* a Tripoli, mentre un altro ricercatore, Alvares, li scoprì in Portogallo, proprio nella capitale, Lisbona.

Un anno particolarmente fecondo per lo studio del *kala-azàr* fu il 1911. Gabbi diagnosticò casi di leishmaniosi in Grecia e nelle isole dell'Egeo, mentre Christomanos li identificò nella penisola ellenica.

Numerosi ricercatori, fra i quali il più noto era Pittalgua, scoprirono la presenza della malattia in Spagna.

Nello stesso anno, Attilio Critien (La Valletta, 1872 – ivi, 1955), in collaborazione con Babington, accertò che il *kala-azàr*, era presente nell'isola di Malta, sia fra i bambini, sia fra i cani, confermando perciò la trasmissione dall'animale all'uomo. Pubblicò una ricerca in cui descrisse quindici casi di *kala-azàr* infantile e trenta casi di leishmaniosi presente fra i cani. (*Infantile leishmaniasis (marda tal biccia) in Malta, Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, Vol. V, April, 1911).

L'analisi dell'evoluzione degli studi sul *kala-azàr*, rappresenta uno strumento per capire il rapporto scientifico fra il bacino del Mediterraneo e le varie malattie.

Il *kala-azàr* era presente in tutto il mondo, ma i principali studi avvennero sulle coste o le isole del Mediterraneo, da dove, fatte conoscere a livello internazionale, favorirono le conoscenze aiutando così i medici a saperlo diagnosticare. Come è evidente dalle pubblicazioni citate in precedenza.

Gabbi da Messina ha la meglio anche su un Premio Nobel

Il Mediterraneo fu anche il palcoscenico di un dibattito, vivace, allora definito *polemica*, che divise gli scienziati che stavamo studiando e ricercando lungo le varie sponde.

Le due fazioni erano rappresentate dal futuro Premio Nobel la medicina, Charles Jules Henri Nicolle, che dirigeva l'Istituto Pasteur di

Tunisi e da Umberto Gabbi, direttore della clinica medica dell'Università di Messina.

L'entusiasmo di Nicolle per la scoperta di un nuovo parassita, la *Leishmania infantum*, che aveva identificato nel 1908, lo portò ad affermare che era presente solo nell'area del bacino del Mediterraneo ove era l'unico parassita responsabile del *kala-azàr del Mediterraneo* (questa forma era chiamata più spesso col sinonimo di anemia da *Leishmania* e oggi leishmaniosi), ma non del *kala-azàr indiano* che, secondo lui, era provocato esclusivamente dalla *Leishmania donovani*, quella descritta da Leishman nel 1904.

Nicolle, avendo trovato il parassita della malattia del Mediterraneo, presente, secondo lui, solo in questa area, totalmente diverso al microscopio e in laboratorio dalle altre Leishmanie, poteva affermare che il *kala-azàr del Mediterraneo* era una malattia nuova e diversa dalle altre, che, non dimentichiamo, l'aveva scoperta proprio lui.

Negli anni successivi Nicolle portò un'ulteriore prova: la *Leishmania infantum*, quello del Mediterraneo, poteva essere trasmesso al cane, ma non quello indiano.

Se fosse stato così Nicolle avrebbe avuto l'onore della scoperta di una nuova malattia.

Con lui non fu d'accordo Umberto Gabbi, ordinario e direttore della clinica medica dell'Università di Messina, perché sosteneva che non ci fossero differenze fra *kala-azàr indiano* e *kala-azàr mediterraneo* (anemia da *Leishmania*), in quanto le due malattie presentavano identici i sintomi tipici, soprattutto per l'andamento e la durata della febbre e l'ingrossamento della milza.

Umberto Gabbi documentò con decisione le sue convinzioni che raccolse in numerose pubblicazioni dal titolo assolutamente eloquente: *Il kala-azàr indiano e mediterraneo sono identici*, pubblicato sulla rivista medica, *Pathologica*, (annata VI [1913-14], pp. 69-74); *Il kala-azàr indiano e mediterraneo sono identici; nuove indagini sperimentali*, apparso su *Malaria e malattie dei paesi caldi*, (annata V [1914], pp. 14-22).

Nacque fra loro una vivace polemica basata su scambi di dati scientifici, differenti risultati di ricerche che rimbalzavano fra le due sponde del Mediterraneo.

Tre anni più tardi, sulla stessa rivista, *Malaria e malattie dei paesi caldi*, Gabbi ribadì con forza le proprie argomentazioni in una pubblicazione intitolata: *Sulla unità etiologica delle varie leishmaniosi*, (annata VIII [1917], pp. 10-20).

Questo dibattito, che appassionò e coinvolse gli scienziati di mezzo mondo, si svolse con dibattiti ai congressi e pubblicazioni contenenti le argomentazioni a sostegno delle proprie teorie e contestazioni reciproche.

La Sicilia neoippocratica sconfigge la Francia per 2 a 0

Lo scontro, intellettuale e scientifico, che si consumò fra le due sponde del canale di Sicilia rappresenta un importante esempio, anche didattico, legata ai progressi della scienza e un'ulteriore dimostrazione dell'importanza della scuola ippocratica, perciò, ancora una volta, ritorna la centralità della cultura medica del Mediterraneo, inossidabile attraverso secoli e millenni.

Nonostante che il confronto avvenisse sugli argomenti scientifici più moderni e avanzati del tempo e i protagonisti fossero i migliori medici dell'epoca, ebbe ragione chi si basò sugli insegnamenti di Ippocrate.

Uno dei protagonisti, Charles Nicolle era già allora uno dei grandi scienziati internazionali, autore di importanti ricerche nei vari settori delle malattie infettive tanto da ricevere nel 1926 il Premio Nobel per la medicina e la fisiologia per gli studi fondamentali sul tifo petecchiale.

Nel 1908 però compì un errore che, come ho descritto nel capitolo precedente, si è ripetuto più volte nella storia della medicina, legato ai progressi della scienza che fanno credere di poter abbandonare tutte le acquisizioni del passato. È successo dopo Galileo e, nell'Ottocento e

Novecento, come nel caso di Nicolle, dopo le grandi scoperte legate all'uso del microscopio e al successivo sviluppo della microbiologia. In quegli anni si pensava che, con la possibilità di riconoscere gli agenti infettivi e poterli esaminare in laboratorio si potesse riuscire a capire l'origine delle malattie.

Nicolle fece lo stesso errore: in base alle sue raffinate e pregevoli ricerche, scoprì un nuovo parassita, che chiamò *Leishmania infantum*, che era diverso dalla *Leishmania donovani*.

A trarlo in inganno fu la netta differente localizzazione geografica dei due parassiti, infatti aveva riscontrato la *Leishmania infantum* solo nell'area del bacino del Mediterraneo. Al contrario non aveva mai trovato *Leishmania donovani*, che era presente solo in India.

Pensò così di poter spiegare tutto: c'erano due diversi parassiti, con comportamento in laboratorio, presenti in aree geografiche diverse, lontane e ben definite.

La conferma avveniva anche dall'analisi epidemiologica: la *Leishmania infantum* veniva trasmessa all'uomo dal cane, in cui poteva anche essere iniettata e infettare l'animale, mentre tutto ciò era impossibile farlo con la *Leishmania donovani*, quella indiana. In base a tutte queste differenti caratteristiche Nicolle concluse che dovevano esserci due diverse forme morbose e così proclamò la scoperta di una nuova malattia. L'eccessiva fiducia nelle tecnologie del momento fu la causa di un così grave errore perché Nicolle sottovalutò che i malati sia in Europa, sia in India presentavano sintomi identici, perché riteneva ormai superata la visita medica, in quanto riteneva che i progressi della medicina di laboratorio rappresentassero il criterio scientifico su cui basarsi.

Per questo Nicolle voleva la conferma dagli esami di laboratorio, come ribadì nella sua relazione al Congresso di Trapani: ecco un passaggio.

Dobbiamo ora affrontare l'argomento se si debba identificare la malattia mediterranea di cui abbiamo parlato con il kala-azar indiano. A priori la domanda non sembra ammissibile, i sintomi delle due infezioni sono simili il parassita, anche se

poco studiato nelle Indie sembra lo stesso (...) Noi non abbiamo personalmente alcuna prevenzione contro la possibilità di identificare le due malattie (...) Concludo dicendo che, prima di trarre una conclusione, attendo i risultati di nuovi esperimenti di cui non capisco il ritardo perché niente è più semplice che coltivare una *Leishmania* e di ripetere le inoculazioni del virus nel cane...

(*État actuel de la question du kala-azar infantile. Communication présentée au Congrès de Médecine de Trapani, Archives de l’Institut Pasteur de Tunis*, Fasc III, 1910, pp. 109-114. Testo originale in francese tradotto dal Italo Farnetani).

Vista l’autorevolezza dello scienziato la maggioranza dei medici del momento appoggiò la tesi di Nicolle, ad eccezione di due autorevoli accademici siciliani, Umberto Gabbi e Raimondo Feletti, rispettivamente direttore della clinica medica di Messina e di Catania. Gabbi contestò subito e duramente la teoria di Nicolle sostenendo che anche se i parassiti erano diversi la malattia era conosciuta già da tempo nel bacino del Mediterraneo, presentando gli stessi sintomi di quella diffusa in India pertanto si trattava della stessa malattia provocata da due agenti infettivi diversi, ma “parenti fra loro”.

Aveva perfettamente ragione Gabbi: oggi, esami eseguiti con sofisticate metodiche di elettroforesi, hanno dimostrato che all’interno del genere *Leishmania* ci sono tantissime specie diverse, per esempio *infantum* o *donovani*, tutte in grado di provocare la leishmaniosi.

Altra voce di dissenso fu quella di Feletti che, con un ragionamento estremamente scientifico disse che era sbagliato tirare delle conclusioni affrettate e che, appena raccolta casistica sufficienti avrebbe espresso il suo parere. Feletti e i suoi allievi scoprirono che alla periferia di Catania c’era la più alta concentrazione di casi di leishmaniosi dell’intera isola, pertanto, con una così alta casistica, poterono ben presto allinearsi e sostenere la posizione di Gabbi, così la scuola medica della Sicilia orientale si trovò unita nel contestare le teorie che venivano da Tunisi, cioè dall’altra parte del Mediterraneo.

E presto anche la scuola palermitana, che in un primo tempo aveva

appoggiato la visione scientifica di Nicolle, dopo poco ammise pubblicamente di aver sbagliato e appoggiò le impostazioni di Umberto Gabbi e Raimondo Feletti, anzi Rocco Jemma, ammettendo l'errore, spiegò in un modo magistrale i rapporti fra laboratorio e clinica, fra importanza degli esami e della visita al paziente emettendo la sentenza conclusiva del dibattito e nello stesso tempo scrivendo il manifesto del neoippocratismo.

E certo che i sintomi più importanti e patognomonicamente si presentano identici nelle due forme morbose. Soprattutto quella che più ci ha colpito è lo studio della curva termica, la quale ha qualcosa di caratteristico che non si riscontra in nessun'altra forma febbrile e che identica alla curva descritta negli ammalati di kala-azàr in India. Un altro fatto, che pure ha richiamato la nostra attenzione, è la modificazione del volume del tumore splenico..... l'ingrossamento del fegato, in quasi tutti i nostri 26 casi è stato costante, come costante si mostra nel kala-azàr indiano (...)

In quanto alla morfologia ed alla localizzazione del parassita isolato presso di noi (...) non vi è alcuna differenza col parassita descritto da Leishman e Donovan negli ammalati di kala-azàr, ma esiste differenze sul modo di comportarsi di esso nei mezzi nutritivi e negli animali da esperimento.

(Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Gianni trapani; 1912, pp. 223- 225)

La storia ha dato ragione agli scienziati siciliani

La *Leishmania infantum*, quella scoperta da Nicolle, che fu il motivo dello scontro, è vero che si trova nel bacino del Mediterraneo, nei Balcani, nel Medio Oriente, ma anche nell'Africa subsahariana, nell'Asia Occidentale e Centrale, e in Cina. È vero che la *Leishmania donovani* si trova nel sub continente indiano e in Cina, ma anche nell'Africa Orientale, nella penisola Arabica.

Anche l'osservazione di Nicolle che la *Leishmania* non attecchiva

nei cani dell'India, ed è vero, si è dimostrata fallace.

I cani possono essere il serbatoio, cioè il “magazzino” ove le leishmanie si “accampano”. aspettando che un insetto le prelevi, attraverso una puntura e le trasporti in un altro mammifero.

In realtà i cani sono il serbatoio solo in alcune aree geografiche: bacino del Mediterraneo, Cina, Sudamerica ma altrove possono entrare in gioco altri animali: in Brasile possono esserlo anche le volpi; nell'Africa orientale sono i ratti i gerbilli, gli scoiattoli, gli altri roditori e i piccoli carnivori, ma non il cane; in India invece non esiste nessun serbatoio animale e la trasmissione avviene da uomo a uomo. Cambiano gli animali, in alcuni casi sono assenti, ma si tratta sempre di leishmaniosi. Anche in questo caso ebbe ragione Gabbi che per i suoi fondamentali studi sul *kala-azàr* ricevette il premio Santoro dell'Accademia dei Lincei.

La leishmaniosi c'era già, ma sotto falso nome

Nel 1911 Gabbi effettuò una missione scientifica in Grecia, esattamente in alcune isole dell'Egeo, in cui condusse importanti studi sulle principali malattie infettive.

In particolare accertò che la malattia denominata, *ponos*, nell'isola di Spetza, e *tanaxi* nell'isola di Idra (entrambe poste sulla costa orientale della Grecia), era leishmaniosi.

Era già stata avanzata l'ipotesi che *ponos* e leishmaniosi fossero la stessa malattia, ma, come ricordò, nell'intervento appena riportato, dal futuro Premio Nobel Charles Jules Henri Nicolle, molte ricerche di studiosi inglesi e francesi, erano rimaste senza esito.

L'importanza della scoperta di Gabbi risiedeva nella dimostrazione dell'esistenza in Grecia, già da molto tempo del *kala-azàr*, cioè della leishmaniosi viscerale. Ulteriori ricerche rilevarono che la malattia era già presente anche in Sicilia ove era denominata a Palermo e dintorni, *balatedda* dal notevole aumento del volume della milza che ricorda una

piccola lastra di pietra, mentre in altre parti dell'isola e in Calabria, *malattia della milza*.

L'ingrossamento della milza è l'elemento guida, messo in evidenza dai medici siciliani e calabresi, per la definizione del nome.

Visita del paziente fondamento dell'azione medica

Per valutare l'acume clinico dei medici del passato, si valuti che spesso tanti sinonimi di leishmaniosi sono associati o composti al termine scientifico specifico di splenomegalia, che in medicina significa, milza ingrossata. Inoltre, ancora oggi, l'ingrossamento della milza è uno dei tre sintomi caratteristici della malattia. Come si vede la visita del paziente era, è e sarà il fondamento dell'azione medica, come diceva Ippocrate dalla sua isoletta greca.

Un'attenta visita clinica aveva permesso a questi sanitari di rilevare gli aspetti caratteristici della malattia.

Senza gli esami di laboratorio i sanitari non potevano risalire all'agente patogeno e la cura specifica, ma potevano capire i sintomi e ipotizzare una diagnosi. L'azione dei medici è anche una prova della loro professionalità infatti la medicina del Settecento fu caratterizzata dagli studi di anatomia patologica, cioè studiare gli organi e gli apparati ammalati attraverso le autopsie, ed ecco che viene data centralità al volume della milza che sembra una lastra di pietra.

Nell'Ottocento si iniziarono a studiare le malattie soprattutto sui vivi ed ecco la maggiore attenzione ai sintomi e alla raccolta dell'anamnesi, cioè la storia del paziente e della malattia.

Tanta buona volontà e professionalità per le conoscenze scientifiche del tempo, ma la differenza la fecero gli studi e gli strumenti per lo studio dei microrganismi, la disciplina chiamata microbiologia. Per questi limiti, fino ad allora la leishmaniosi viscerale era stata confusa con altre malattie, ma la possibilità di riconoscere il parassita al microscopio permise una diagnosi certa, a la possibilità di attuare una cura

efficace salvavita. Un trionfo della medicina, in particolare di quella di laboratorio.

Finalmente la cura: arriva da Palermo

Dopo avere individuato il microrganismo si trattava di trovare la cura della leishmaniosi viscerale, malattia che se non curata poteva determinare la morte del paziente.

Giovanni Di Cristina e Giuseppe Caronia della scuola palermitana di Rocco Jemma, nel 1914 scoprirono la cura della leishmaniosi viscerale attuata con la somministrazione, per via endovenosa, di antimonio sotto forma di tartaro stibiato. Ancora oggi la terapia della leishmaniosi, viene effettuata con i derivati antimoniali.



“Università di Napoli: corso ufficiale di perfezionamento per la specializzazione in clinica pediatrica anno scolastico 1935 -36. Al centro Rocco Jemma: la leishmaniosi fu il principale argomento di studio e ricerca di tutta la sua scuola.

Scrive Mario Monacelli (Fabriano, Ancona, 1900 - Roma, 1981), direttore della clinica dermosifilopatica dell'Università di Roma. La Sapienza, nel monumentale *Trattato italiano di medicina interna*, di Paolo Introzzi (Como, 1898-Pavia, 1990), il più approfondito pubblicato in Italia:

... fino a che si pervenne alla scoperta della terapia specifica (antimoniale) da parte di Caronia e di Cristina nel 1914 che segnò una tappa fondamentale anche oggi non superata nella storia della malattia

(*Trattato italiano di medicina interna*, a cura di Paolo Introzzi, Parte quarta *Malattie infettive e parassitarie*, Istituto per la collaborazione culturale, Venezia - Roma [vol. 2] 1965, p.1033)

Secondo Giuseppe Roberto Burgio questa scoperta è stata la più importante di tutta la ricerca pediatrica italiana, in quanto è quella che ha permesso di salvare più vite umane.

La Leishmaniosi cutanea

Di leishmaniosi cutanea esistono due tipi: quella del vecchio mondo, chiamata *bottone d'oriente*, che è presente nel Mediterraneo, Oceano Indiano, Africa, India, Cina. La seconda è definita del *nuovo mondo* ed è diffusa in America centrale e America meridionale.

Si chiama bottone perché la lesione cutanea appare, anche dopo alcuni mesi, nella zona dove è avvenuta la puntura dell'insetto, cioè il punto esatto ove è stato inoculato, cioè penetrato, il sangue infetto nell'organismo.

La forma cutanea della leishmaniosi si se la leishmania introdotta appartiene alle specie dermatotrope cioè che hanno la tendenza a fermarsi sulla pelle, se invece sono viscerotrope, entreranno nell'organismo dando la forma a carico dell'intero organismo, che ho appena descritto.

Se il parassita si ferma sulla pelle, determinerà, all'inizio, una macchia che progressivamente si trasformerà in una papula, cioè in un piccolo nodulo di consistenza dura e compatta, ricoperto da pelle scusa con al centro una crosta.

Se non compare un'infezione della pelle circostante la lesione guarisce spontaneamente in un periodo che varia da sei a dodici mesi.

La leishmaniosi cutanea è chiamata comunemente *bottone d'Oriente*, ma viene indicata anche con numerosi altri sinonimi che cambiano secondo le regioni ove è presente a dimostrazione dell'estrema diffusione della malattia in tutte le parti del mondo rendendo ingiustificato l'accostamento con un'area geografica, Mediterraneo compreso.

In alcuni testi e pubblicazioni la leishmaniosi cutanea veniva anche chiamata *bottone d'Aleppo*, dal nome della città della Siria settentrionale ove nel 1756 la malattia fu scoperta e descritta per la prima volta al mondo da Alexander Russel.

In Persia si usava la locuzione di *chiodo di Biskra*, riferendosi così alla città dell'Algeria, mentre in Grecia *muro*, a Creta *lupini*, in Spagna *Liuma*. In Italia, come è da attendersi, in base al carattere della popolazione, la malattia veniva chiamata in modo diverso in ogni zona: in Sicilia e in Calabria con i termini di *coccio duro* o *coccio calloso*, in Abruzzo *censo* e *falso Lupino*.

Anche in questo caso la colonizzazione francese del nord Africa, con l'attivazione di servizi sanitari provenienti dalla madrepatria dette un impulso notevole agli studi della malattia.

La svolta nello studio e conoscenza della leishmaniosi cutanea avvenne nel 1903 quando Wright scoprì e descrisse in modo dettagliato, il parassita responsabile della malattia che aprì la strada a Nicolle e Sicre, che riuscirono a coltivare la *Leishmania* presso l'Istituto Pasteur di Tunisi.

Intanto, nell'altra sponda del Mediterraneo, in Italia, il primo caso di *bottone d'oriente* fu identificato nel 1910, in Calabria, da Umberto Gabbi e da Francesco La Cava (Careri, Reggio di Calabria, 1877–Roma, 1958).

Gabbi era allora direttore della sezione per le malattie tropicali aggregata all'Istituto di clinica medica dell'Università di Roma, ove si era dovuto trasferire dopo la distruzione, a causa del sisma calabro siculo del 1908, della clinica medica dell'Università di Messina, di cui era direttore.

La Cava era invece medico condotto di Bovalino marina (Reggio Calabria), studioso di malattie tropicali, ed era entrato in contatto con Gabbi negli anni in cui era a Messina.

La collaborazione fra i due medici era continuata anche dopo il sisma infatti presentarono insieme questa scoperta a Roma alla Classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, dell'Accademia dei Lincei (La relazione è pubblicata in *Rendiconti della R. Accademia dei Lincei*, vol. XIX, ser. 5, 6 marzo 1910).

Da allora la leishmaniosi cutanea fu riscontrata in un'infinità di luoghi, ma la scoperta più importante fu effettuata da Monacelli negli anni 1933 e 1934 che descrisse in modo particolareggiato che la malattia era presente in modo costante e continuativo per l'intero anno.

La scoperta fu importante perché ribaltò completamente la conoscenza della malattia, con radicali ricadute sulla prevenzione e l'assistenza della leishmaniosi cutanea che era una malattia endemica cioè presente durante tutto l'anno perciò da fronteggiare in modo stabile e permanente.

È la situazione contraria rispetto alle epidemie che sono presenti in periodi di tempo limitati e assenti in altri.

I primi casi furono riscontrati in una zona della fascia costiera dell'Abruzzo e del Molise successivamente furono rilevati nelle Marche, in Romagna, Toscana e Lazio.

Ancora oggi la leishmaniosi è endemica in molte zone.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI PALERMO
DIRETTO DAL PROF. R. JEMMA

**XXV. CASO DI ANEMIA DA LEISHMANIA
OSSERVATO A PALERMO**

per il

Dottor FRANCESCO LUNA
assistente

Cannizzaro Luigi di anni due da Solunto (Palermo) visitato in ambulatorio il 21-12-1910.

Nulla degno di nota nel gentilizio ascendente e collaterale. I genitori sono viventi e sono stati sempre bene.

Il bambino nacque da gravidanza e parto fisiologici. Fu allattato dalla madre fino all'età di 18 mesi in modo incongruo e pur tuttavia non soffersse disturbi degni di nota da parte dell'apparecchio digerente. Mise i primi denti a 14 mesi e diede i primi passi a 16 mesi. A 6 mesi soffersse di bronchite dei grossi e medi bronchi della durata di 15 giorni e di essa guarì completamente. Da allora, fino all'insorgere dell'attuale malattia, è stato sempre bene.

I genitori dicono che da circa 12 giorni il bambino ha avuto febbre alta, ma solo durante la notte, senza brividi di freddo, e qualche colpo di tosse secca. Chiamato un medico fu da questi messo in rilievo un grosso tumore di milza. Le funzioni intestinali si sono mantenute buone.

Esame obiettivo. — Costituzione buona. Nutrizione lodevole. Sistema scheletrico normale. Muscoli ben sviluppati e tonici. Pannicolo adiposo abbondante. Cute e mucose visibili rosee. Edemi assenti. Micropoliadenia periferica. Temp. 37.6. P. 124. R. 32.

Nulla degno di nota al capo e al torace. L'addome è globoso; la cicatrice ombelicale è prominente e spostata in basso. Lieve mazzamento venoso all'epigastrio. Il fegato è nei limiti normali. Il limite inferiore della milza è a 2 cm. sopra l'arcata pubica: verso destra arriva all'emiclaveare prolungata; in alto al 9° spazio intercostale lungo l'ascellare media. La consistenza è duro-elastica, la superficie liscia, i margini arrotondati. È mobile cogli atti del respiro e colle manovre manuali.

L'esame del sangue dà i seguenti risultati: Emoglobina (Sahli) 45 %. Corp. rossi 2.650.000. Corp. bianchi 11.562. Rapp. globulare 1:229. Val. globulare 0,84. Formula leucocitaria: Polin. neutrofilo 34,7 %; Linf. 41,5 %; Monon. 20,7 %; Forme di pass. 3 %.

Nei preparati, allestiti con succo splenico tratto per mezzo della puntura, si sono messi in evidenza numerosissimi corpuscoli di LEISHMAN.

La descrizione di uno dei primi casi di Leishmaniosi, pubblicata sulla prestigiosa rivista nazionale "La pediatria" nel 1911, è una testimonianza sia della vita quotidiana delle famiglie sia del livello scientifico dei medici del tempo.

*
**

Il presente caso, quantunque per la sintomatologia non si discosti molto dagli altri fin qui descritti, pure presenta qualche particolarità che merita di esser chiarito. Nell'anemia da LEISHMANIA è stato descritto un colorito della cute che per vari autori (PIANESE, NICOLLE, GABBI, FELETTI etc.) è caratteristico di questa forma morbosa, ed è la tinta terrea: ma dal prof. JEMMA questa tinta è stata osservata solo qualche volta, perchè il maggior numero dei bambini da lui osservati avevano una tinta che dal pallido cereo andava al leggermente pallido; anzi in un bambino, per un periodo piuttosto lungo di apparente miglioramento, fu osservata una tinta nettamente rosea. Nel caso in esame ci è dato notare un colorito roseo della pelle e delle mucose visibili, in evidente contrasto con l'enorme tumore di milza, il che fa rilevare che la malattia consente che le condizioni si possano mantenere buone per molto tempo. È però incredibile come, in un periodo così breve, cioè in 12 giorni, come hanno asserito i genitori, abbia potuto stabilirsi un così rilevante ingrandimento della milza.

Questo fatto dà ragione a ciò che asserisce il prof. JEMMA, che cioè si abbia un periodo di latenza insidiosa del morbo, del quale non è mai possibile dire quando si inizia. L'attenzione dei parenti è richiamata solo quando si sono presentati sintomi allarmananti o che disturbino le varie funzioni del bambino. E a questo proposito è interessante dire che dei sintomi che più richiamano l'attenzione sono la febbre e i disturbi dell'apparecchio digerente: questi ultimi nell'80 % circa dei casi (JEMMA e DI CRISTINA), sono i primi a manifestarsi. Nel presente caso la febbre è stato il primo sintoma che ha portato alla scoperta della malattia, perchè il bambino non aveva mai sofferto disturbi dell'apparecchio digerente, nè di altre affezioni. È da ammettersi quindi che la milza si sia ingrossata in modo subdolo, senza risentimento delle condizioni generali, e quando il bambino è stato assalito dalla febbre, il medico è messo in evidenza quel rilevante tumore di milza.

A parte queste brevi considerazioni, è interessante rilevare che anche in questo caso si è riscontrato un numero di leucociti che oltrepassa un po' la norma, avendosi una leucocitosi di modico grado. Ciò naturalmente dà ragione al prof.

JEMMA e al dottor CANNATA i quali sostengono che il numero dei globuli bianchi e la formola leucocitaria varia nei diversi casi per ragioni spesso indipendenti dall'anemia di LEISHMAN.

È interessante altresì rilevare che con la puntura della milza si è messa in evidenza una quantità addirittura enorme di parassiti. Il prof. JEMMA è d'avviso che negli stadi iniziali della malattia, e quindi con milza non troppo grossa, è possibile avere dei preparati molto ricchi in parassiti: nei periodi inoltrati, e quindi con rilevante tumore di milza, i parassiti sono meno numerosi.

Oltre a questi rilievi, diremo così, d'ordine clinico, debbo dire che questo caso appartiene a quel centro di infezione messo in evidenza dai prof. JEMMA e DI CRISTINA, che si estende a levante di Palermo, sulla costa settentrionale della Sicilia e che abbraccia i paeselli di S. Flavia, Porticello, S. Elia e Solunto. Questi piccoli paesi, distanti l'un dall'altro per centinaia di metri, forniscono un contingente straordinario di ammalati di questa forma morbosa. Il bambino del quale è riferito brevemente la storia, abitava in casa campestre, e nel luogo di sua abitazione non si tenevano cani. Ciò però non toglie che il paesello fosse infestato da un numero rilevante di cani randagi. Altro particolare degno di nota è che la malattia del bambino esordì senza che altri ammalati della stessa forma morbosa fossero venuti in suo contatto. È vero che altri bambini affetti dalla stessa malattia erano allora viventi in quelle contrade, ma essi abitavano nelle borgate di S. Elia, S. Flavia e Porticello, distanti da Solunto per circa un chilometro. La malattia del nostro infermo devesi perciò ritenere indipendente dal contagio diretto con cani o con altri infermi.

VIII

ALLA DIETA MEDITERRANEA SERVE IL PESCE

Fin qui abbiamo illustrato e motivato le prove per “assolvere” il Mediterraneo dall’accusa di essere causa di malattie abbiamo potuto escludere ogni responsabilità .

Resta un ultimo aspetto, il ruolo attivo di questo mare nella promozione della salute, agendo in modo importante su quella dieta che, a motivo, porta il suo nome: senza il pesce, oggi e in passato, non sarebbe così salutare come si possa pensare.

La dieta mediterranea, rappresenta una forma di salute, sia per la prevenzione delle malattie, sia per una miglior difesa dell’organismo, sia come garanzia di benessere dell’organismo. Presenta in rischio di indurre sovrappeso e obesità, ma una corretta educazione nutrizionale associata alla promozione dell’attività motoria e sportiva, è in grado di allontanare questo effetto negativo.

Anche seguendo in modo corretto la dieta mediterranea, è sempre presente il rischio di assumere un eccesso di vegetali che può determinare una carenza in proteine animali. In passato questo rischio era molto diffuso perché le popolazioni, a causa della povertà, avevano, fino a

pochi decenni fa, un'alimentazione essenzialmente a base di cereali e vegetali, infatti anche chi produceva la carne, la destinava, per necessità, alla vendita. È una situazione simile all'odierna dieta vegana. Chi abitava nelle zone costiere, o comunque vicino al mare, le proteine animali, e di ottima qualità, le poteva introdurre mangiando il pesce, che, a differenza degli animali da allevamento era sempre reperibile e a basso costo, indispensabile anche per l'apporto di acidi grassi essenziali, fra cui gli Omega 3, fondamentali in passato come oggi.

Insomma il pesce è un ulteriore elemento di salute fornito dal mare, che integra e completa i prodotti della terra.

I pescatori eroi la dieta mediterranea

La pesca ha sempre integrato la dieta mediterranea che era carente di proteine animali e ancora oggi la integra con nutrienti indispensabili fra cui gli Omega 3 e gli acidi grassi essenziali. Il pesce è così importante che, nelle attuali diete, è consigliata l'assunzione tre volte alla settimana. Il ruolo dei pescatori è pertanto fondamentale, come lo era in passato, per garantire l'approvvigionamento del pesce, prodotto indispensabile per la salute e la crescita, ma lo fanno, a differenza degli altri lavoratori del settore agro-alimentare con un alto rischio della loro vita.

Il contributo e il sacrificio dei pescatori però non è mai stato riconosciuto e apprezzato, nemmeno in passato, quando la malnutrizione, anche grave, era un fenomeno assai diffuso. Eppure la criticità delle condizioni di lavoro dei pescatori erano note come dimostrano gli studi di Bernardino Ramazzini (Carpi, Modena, 1633 – Padova, 1714), noto per essere il fondatore della medicina del lavoro. Nel suo libro *De morbis artificum diatriba*, pubblicato alla fine del Seicento, traccia un'accurata descrizione delle malattie legate alle varie attività.

Fra tutte le categorie di lavoratori, dice chiaramente Ramazzini, le condizioni di vita peggiori erano quelle dei pescatori, che avevano una vita ancora più stressante dei contadini, perché lavoravano anche la notte, senza perciò poter avere un sonno ristoratore e avevano anche uni

alimentazione ancora più squilibrata degli altri, perché caratterizzata da una carenza di vegetali, basata solo sul pesce, ma di pessima qualità perché il migliore veniva venduto. In molti casi abitavano all'interno delle barche, pertanto in caso di malattia non potevano avere un ambiente domestico e in caso di aggravamento venivano ricoverati anticipatamente in ospedale con disagi, stress e rischi.

A Palermo si svelò la carenza della dieta mediterranea

Una dimostrazione della necessità di integrazione è dimostrata dall'«anemia di Gerbasi», dal nome dello scopritore, Michele Gerbasi), direttore della clinica pediatrica; e rettore dell'Università di Palermo dal 1963 al 1969 che la identificò nel 1925.



Michele Gerbasi

L'«anemia di Gerbasi», scientificamente è classificata come anemia perniciosiforme megaloblastica del lattante.

Oltre all'anemia sono presenti sintomi espressione di una sofferenza del sistema nervoso, esattamente del settore extrapiramidale con manifestazioni simili a quelli determinati dalla malattia di Parkinson, perciò tremori a piccole onde degli arti e del capo e ipomimia al volto.

Gerbasi interpretò la malattia di questi piccoli bambini come dovuta ad alimentazione esclusiva con latte di nutrici che, per povertà, erano ad alimentazione vegetariana, pertanto, con carenza in proteine animali, perciò con deficit di vitamina B12.

L'«anemia di Gerbasi» non si presentava nelle zone costiere ove le nutrici potevano mangiare il pesce.



Stresa 4-6 ottobre 1948: XVIII Congresso italiano di pediatria. In primo piano si vede Michele Gerbasi a sinistra nella foto con Gino Frontali (Alessandria d'Egitto, 1889 – Roma, 1963). a destra. In seconda fila, a sinistra nella foto :Giuseppe Roberto Burgio e, parzialmente coperto da Gerbasi, Ignazio Gatto (con i baffi).

Il pesce nella storia dell'alimentazione

Per capire il percorso della nutrizione dei popoli bisogna riferirsi anche all'evoluzione dell'alimentazione in generale perché permette di capire il tipo, le qualità e le varietà dei cibi a disposizione.

L'uomo usa il fuoco da 500 mila anni ed è possibile che da tale età risalga la cottura dei cibi.

L'uomo, come gli altri carnivori, ha iniziato ad apprezzare la carne cotta dopo gli incendi naturali.

Mesolitico dal 7700 a.C. l'uomo è cacciatore e pescatore

Con lo sciogliersi dei ghiacci, che arretrano a partire dagli 8000 anni a.C., nelle medie latitudini si instaura un clima temperato umido per cui le praterie si ricoprono di boschi e i grandi greggi di erbivori scompaiono o si sviluppano a nord e così si sviluppa la fauna attuale, pertanto le fonti di alimentazione carnea si assottigliano con animali di taglia sempre più piccola, sparsi nel folto della boscaglia e così più difficili da cacciare.

Per questo si creano nuove risorse sia d'origine vegetale, ma si iniziano a usare anche pesce, molluschi e uccelli e frutti.

Gli strumenti di cui l'uomo disponeva erano estremamente rudimentali: bastoni con punta d'osso o di pietra o lenza con amo d'osso, selce o corno, a cui era attaccata un'esca, costituita solitamente da insetti.

Neolitico: l'uomo diventa allevatore e agricoltore

Vengono impiantate le coltivazioni di cereali, soprattutto di grano e di segale, inizia l'allevamento di pecore, capre, buoi e suini. Il grano iniziò a essere usato per la preparazione di pane lievitato e di gallette.

Nel Neolitico, l'aumento della popolazione impose la ricerca di nuovi metodi per incrementare la quantità del pesce. Le prime reti, fatte di rametti, foglie e radici, venivano collocate nell'acqua in luoghi stretti e poco profondi per sbarrare la via di fuga ai pesci e poterli catturare più facilmente.

Seguirono poi le reti da lancio e i cesti, sempre fatti di erbe intrecciate. Nel frattempo, la lavorazione dei metalli permise di costruire ami più resistenti e frecce con la punta più affilata.

Nasce la dieta mediterranea

Dal 4000 a.C. si fa un grande uso di orzo, inoltre grano e farro. I più poveri si alimentano con pane di farro.

Gli egiziani usavano il latte degli animali di allevamento e da macellazione, dai quali ricavano burro e formaggio e conoscevano l'impiego dell'albume per far cagliare il latte. Veniva usato molto miele perché nel delta del Nilo c'era un ambiente adatto all'apicoltura: L'alimentazione era simile per fenici e cartaginesi.

Anche per i Romani e l'Europa mediterranea la base dell'alimentazione era costituita dai cereali integrati da prodotti ortofrutticoli, pesci e poca carne.

Medio Evo: incremento di popolazione e cereali

L'olivo inizia a diffondersi nell'Europa mediterranea a partire dai secoli XII e XIII.

Dal VII al IX secolo ci fu un'ampia disponibilità di carni, ma dal X secolo, per tutto il pieno e tardo medioevo ci fu una progressiva e notevole riduzione delle aree boschive.

L'arretramento delle aree incolte e delle foreste fece ridurre l'allevamento, riducendo i proventi e la produzione dell'economia silvo-pa-

storale e aumentando i terreni seminativi. Iniziò a essere allevato il maiale in stalla in modo da poter consumare il suino fresco e salare la carne per i mesi invernali.

Il lardo, stante ancora la modesta diffusione dell'olivo, rappresentava in tutta Europa il principale grasso di condimento.

In Europa si ebbe un incremento demografico progressivo che andò dal XI secolo al XIX che si interruppe a causa della peste nera, dal XIV al XVI.

Tale aumento della popolazione creò la necessità di dissodamenti dei terreni e l'incremento della produzione di cereali a scapito dell'allevamento.

Già dall'anno mille infatti il pane acquisì una centralità nell'alimentazione. Il pane viene mangiato a tutti i pasti.

Nelle città si diffuse il consumo di pane duro, mentre fra i contadini delle campagne era usata la pagnotta, scura, fatta di cereali meno pregiati come l'orzo, la segale.

La carne era fornita da galline, oche, capponi, pecora, maiale, fresco o salato, agnello.

Le carni venivano condite con aglio e cipolla. Iniziò a crearsi il bollito per rendere tenere le carni più dure.

Dal medioevo iniziarono a esser macellati anche i bovini, fino ad allora riservati al lavoro dei campi.

Nell'alimentazione iniziano a essere presenti anche uova, formaggio, che era utilizzato soprattutto nelle zone di montagna.

L'avanzata delle terre coltivate incrementa l'uso di verdure e legumi: fave, lenticchie, ceci, ma anche legumi scomparsi ormai dalle mense come ervi, vecce, cicerchie.

Negli orti si coltivano: cavoli, cipolle, aglio, porri, rape, spinaci e zucche. Nei prati si raccolgono asparagi, crescione, funghi e piante aromatiche come timo, maggiorana, basilico, alloro, finocchio o salvia.

Si preparano con tali prodotti minestre e stufati fatti con legumi,

verdure, piccole quantità di carne fresca o salata, grasso, olio, pezzi di pane duro o farine.

Da una ricerca effettuata su scheletri di persone vissute nel medio-evo, che abitavano in prossimità del Lago Maggiore sono emerse interessanti informazioni sul tipo di alimentazione seguita nei primi secoli dello scorso millennio. È stato prelevato e analizzato il tartaro dentale perché si mantiene immutato nel tempo.

L'esame del materiale ha documentato che la popolazione aveva, com'era noto e prevedibile, un'alimentazione a base di cereali e vegetali infatti sono state trovate nel tartaro piccole parti di tali alimenti, in particolare fagioli.



Mercato ittico di Mazara del Vallo.

È risultato anche che veniva fatto grande uso di ortica, un vegetale presente tutto l'anno, che cresceva intorno alle abitazioni. Il dato più sorprendente è che nel tartaro prelevato sono state riscontrate piccole parti di lisce, dimostrazione che il pesce, alimento povero, era facilmente disponibile, grazie alla vicinanza del lago, e per questo costituiva un importante componente dell'alimentazione.



Tramonto dal lungomare di Mazara del Vallo.

Purtroppo il pesce non veniva considerato un alimento importante, certamente non conoscevano ancora gli acidi grassi essenziali, ma certo era considerato un cibo povero anche da chi, abitando in mezzo al mare poteva reperirlo fresco e di alto livello qualitativo, come per gli abitanti di Malta. Una documentazione si ha dal cibo preparato per i malati ricoverati presso la «*Sacra Infermeria*» che era il grande Ospedale di Malta che apparteneva ai cavalieri, che allora governavano l'isola, predecessori di quelli che attualmente sono i membri del Sovrano Militare Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Gerusalemme di Rodi e di Malta.

La costruzione dell'ospedale iniziò il 1° novembre del 1532 quando una solenne processione si recò sul posto ove doveva essere edificato un grande edificio, moderno ed efficiente, che divenne la «*Sacra Infermeria*» del Borgo di Castello di Malta. Nel 1560 fu ulteriormente ampliata. Venne istituita una scuola di anatomia, e in seguito la facoltà di medicina.



Malta: infermeria dei Cavalieri dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Gerusalemme, oggi Sovrano Militare Ordine di Malta. (dagli Statuti dell'Ordine stampati nel 1586).

All'interno l'alimentazione veniva particolarmente curata perché assumeva un ruolo anche curativo.

Le scelte sono importanti sono interessanti perché la «Sacra Infermeria» riceveva cospicui finanziamenti dai cavalieri europei attraverso i Gran Priorati, pertanto i cibi che venivano preparati, non erano scelti per necessità economica, ma per valutazione nutrizionale. Anche in questo caso veniva privilegiata la carne a scapito del pesce anche se l'ospedale era in un'isola in mezzo al mare. Se si interpreta il tipo di alimentazione che si evince dai documenti disponibili, si conclude

che la qualità del cibo distribuito negli ospedali giovaniti era nutrizionalmente appropriato e garantiva anche sicurezza alimentare pertanto l'assenza del pesce dimostra la scarsa considerazione di questo cibo che risultava un piatto povero.



Mercato ittico di Mazara del Vallo.

Nello Statuto del 1603 si legge che veniva distribuita la carne, e di buona qualità.

I cibi per i corpi umani quanto sono più sinceri e migliori, tanto più giovano al nutrimento, e perciò commandino all'infermiere che provenga sempre de' migliori e più eccellenti cibi, di polli, galline, pane e vino: nel che l'hospitaliere et i prodomi diligentemente procurino che d'essi se ne sovvenga gli Infermi. Nel XIX e nella prima metà del XX secolo, l'alimentazione era caratterizzata principalmente da un monofagismo a base di cereali e legumi che, associato alle abitudini frugali della popolazione in generale faceva creare una dieta monotona e senza un apporto nutrizionale soddisfacente. La base dell'alimentazione era la minestra di verdura e pane in abbondanza.

Un documento conservato nell'Archivio di Stato di Napoli, che risale al 1811, svela il tipo di alimentazione di una famiglia, composta dai genitori e tre figli, che viveva nella città campana.

Agli inizi dell'Ottocento, una famiglia composta dai genitori con tre figli, consumava due chili di pane al giorno, un litro e mezzo di vino, ma la base dell'alimentazione era minestra di verdura e frutta, talvolta il pesce per chi abitava vicino al mare. Infatti verdura frutta e pesce erano più accessibili.

E' interessante e inaspettata notizia che che l'olio di oliva non fosse usato per l'alimentazione perché era impiegato per la tessitura per ungere i fusi e i telai e per l'illuminazione, mentre il condimento era effettuato con il lardo, quando era disponibile.

Si ha così un'ulteriore conferma del ruolo fondamentale ed essenziale del pesce nel contesto della dieta mediterranea, anche durante il governo di Gioacchino Murat (Labastide-Fortunière, Francia, 1767 – Pizzo Calabro, oggi, Vibo Valentia, 1815) re di Napoli, ma si dimostra anche che l'assunzione di proteine animali, necessaria integrazione di una dieta sbilanciata verso cereali e verdure, poteva avvenire solo nelle zone costiere, anche nelle grandi città, come Napoli, capitale di un Regno, ma non nelle zone interne, lontano da fiumi o laghi, cioè ove il pesce non poteva essere trasportato.

CONCLUSIONI

ECCO PERCHÉ IL MEDITERRANEO FA BENE

Come nei capitoli precedenti, non ci sono prove che dimostrino che dal Mediterraneo si originino malattie specifiche, legate a particolari condizioni e rischi ambientali, presenti solo in questa area.

È sbagliato parlare di malattie del Mediterraneo perché, anche quelle definite tali, sono presente in tutto il mondo.

I benefici dell'ambiente

Al contrario il Mediterraneo fa bene alla salute per innumerevoli ragioni. La prima è l'ambiente e il clima.

È un fattore essenziale ancora oggi, ma lo era di più in passato, quando la mancanza di farmaci efficaci, si doveva basare la cura sulla salubrità dell'ambiente, l'aria aperta e un'ideale alimentazione.

Il grande Rocco Jemma, da due anni direttore della clinica pediatrica dell'Università di Palermo, in una relazione dall'eloquente titolo: *Cura delle anemie infantili* tenuta al quinto congresso pediatrico italiano, che si svolse a Roma dal 27 aprile al primo maggio 1905, affermò,

all'inizio dell'esposizione, ma ribadendo questo concetto anche nella conclusione:

... la maggior parte delle anemie nell'età infantile sono secondarie; il medico quindi deve dirigere le armi contro la malattia primitiva che ha causato l'anemia (...) molte volte il solo trattamento causale corroborato da una rigorosa cura igienico – alimentare e quando si può anche climatica, è sufficiente a vincere il morbo; Ma quanto con questo trattamento non si riesce a debellare l'anemia Allora è necessario ricorrere ai rimedi farmaceutici.

(*Atti...*a cura di Luigi Concetti e Francesco Valagussa.Roma:F.Centenari&c Tipografi;Roma; pp.155-170)

L'ambiente e il clima marino hanno sempre avuto un'influenza positiva sulla salute e sulla crescita, ma anche un effetto terapeutico in grado di indurre la guarigione effettiva di numerose malattie. Per questo dall'Ottocento si iniziò a usare le spiagge come ospedali per la cura della tubercolosi e del rachitismo.

Un altro elemento di valutazione per spiegare gli effetti positivi e terapeutici del bacino del Mediterraneo è quello legato alla luminosità.

È noto che più si scende dal nord del mondo verso l'equatore si ha una diminuzione costante progressiva del numero dei suicidi, infatti la luce ha una netta funzione antidepressiva ma ancora oggi si vede come l'influenza positiva delle fotoperiodismo, cioè l'alternanza fra luce e buio, accentuato dal grado di luminosità legato alla latitudine e dalla diversa durata stagionale di giorno e notte, è in grado di modificare i comportamenti e le funzioni dell'organismo, perché ancora oggi è il principale sincronizzatore dell'organismo.

La luce infatti stimola una piccola struttura del cervello, l'epifisi, che, quando viene stimolata dalla luce, attiva, organi e apparati, cioè "accende" e fa partire l'intero organismo.

Anche in Italia questo fenomeno si accentua seguendo il percorso nord-sud, proprio perché legato all'intensità della luce: seguendo il corso della penisola raggiunge il massimo in Sicilia e nel Mediterraneo.

Un'ulteriore fonte di prevenzione e salute è stata la presenza dei prodotti della pesca e della terra del bacino del Mediterraneo, che oggi sono ben conosciuti e racchiusi nella dieta mediterranea.

In particolare, i prodotti della pesca hanno permesso l'introduzione di principi nutritivi validi, in periodi di particolare povertà per le popolazioni.

In tal modo, il bacino del Mediterraneo, rappresenta non solo una comune radice socioculturale ma anche una inesauribile fonte di vita.

I vantaggi per la salute della grande via di comunicazione

Un esempio per tutti, che descrive l'importanza della via di comunicazione marittima è rappresentata dalla possibilità di viaggiare, fin dall'antichità su grandi distanze, è quello fornito da Ippocrate, che dalla sua piccola isola poté raggiungere mete lontane in Asia, Africa, Europa e confrontarsi con gli altri grandi medici del tempo.

Una simile opportunità non poteva essere offerta nemmeno dalle grandi vie di comunicazione terrestre, che fin dall'antichità erano state tracciate su percorsi ben definiti, favorendo lo sviluppo delle attività e gli scambi solo intorno al tracciato delle strade, ma anche in questo caso quando era possibile veniva preferita e sfruttata la via fluviale, come avveniva lungo il percorso del Po.

Figuriamoci quando a disposizione c'è un intero mare. Per questo il contributo del Mediterraneo si riflette nell'intera Europa.

Il vecchio continente, che per millenni è stato un faro è una fucina di civiltà, ha sempre attinto copiosamente dal bacino del Mediterraneo, che non è stato il mare solo per il sud Europa, ma è stato il più grande e con il clima più salubre dell'intero continente, pertanto il suo contributo è stato determinante per i progressi della civiltà.

La grande via di comunicazione costituita dal mare ha permesso, oltre agli scambi culturali, anche la comunicazione scientifica, contribuendo allo studio e alla conoscenza delle singole malattie, basta pen-

sare che delle dodici più importanti scoperte della pediatria italiana, tre sono state effettuate a Palermo tutte riguardanti le cosiddette “malattie del Mediterraneo”.

Altri luoghi del Mediterraneo, per esempio la città di Tunisi con l'istituto Pasteur sono stati importanti punti di riferimento, ma legati a contingenze positive fortunate, come in questo caso la succursale di una delle più importanti strutture scientifiche del mondo, ma legate più alla singola persona che al tessuto sociale del luogo.

Ma i benefici prodotti dalla grande via di comunicazione del Mediterraneo hanno anche permesso lo scambio del patrimonio genetico tra le persone riducendo la prevalenza delle malattie genetiche.

Semplifico al massimo i concetti. Ognuno di noi è portatore di qualche anomalia genetica, infatti ci vorrebbero cinquecento anni per selezionare un esser umano che non presentare nessuna anomalia.

Nel caso delle malattie autosomiche recessive il portatore è sano, ma se incontra un altro portatore della stessa malattia e concepiscono un figlio al quale trasmettono la stessa genetica, concepiranno un soggetto malato.

Con questa premessa si capisce, in base al calcolo della probabilità, che più le comunità sono chiuse -come le valli alpine- più c'è il rischio di incontrare una persona portatore della stessa malattia, come a sposarsi fra parenti, più ci si allontana, più persone si incontrano, meno rischi ci sono di incontrare soggetti simili.

L'eccellenza è in Sicilia e a Malta

Facendo un bilancio complessivo sul contributo dato dalle genti e dai luoghi del bacino del Mediterraneo per i progressi della scienza si vede che le isole hanno giocato un ruolo preponderante.

Nell'antichità ci fu Coos, ove nacque Ippocrate. Ma se si valutano le scoperte effettuate nell'Ottocento e nel Novecento, cioè in coincidenza con la nascita della medicina moderna e scientifica si vede che in modo continuativo, consolidato e ramificato nel territorio, sono avve-

nute soprattutto in Sicilia e a Malta, nella prima per la presenza dei Florio, nella seconda per l'importanza strategica dell'isola che imponeva la presenza di una guarnigione britannica molto ben organizzata.

Una caratteristica che unisce Le due Isole e che si è sviluppato allora intorno a una classe scientifica di alto livello autoctona in Sicilia abbiamo nelle tre Università una classe accademica Sicula, basta pensare a Giuseppe Caronia, Giovanni Di Cristina, Ignazio Gatto o Michele Gerbasi.

A Malta, la pur autorevole classe medica britannica, dovette sempre confrontarsi con gli scienziati maltesi autori di pregevoli e fondamentali scoperte, basta citarne due.

Un contributo fondamentale alla conoscenza della brucellosi fu dato da Themistocles (Temi) Zammit, professore dell'Università di Malta, nato e vissuto sempre nella capitale, La Valletta.

Nel 1905 riuscì a identificare nelle capre infette presenti a Malta, il batterio responsabile della malattia, il *Micrococcus melitensis*.

Inventò anche un esame di laboratorio, la lattoreazione o *Milk test*, con cui era possibile rilevare la presenza o l'assenza della Brucella nel latte di capra, rilevazione fondamentale sia per la diagnosi, la prevenzione della malattia sia per il tracciamento dei contatti.

Attilio Critien: leadership medica e passione storica

Ugualmente importante furono le ricerche effettuate da un altro maltese, Attilio Critien, in collaborazione con Babington, nel 1911. Per primo al mondo individuò, in una zona ristretta, la contemporanea presenza di cani e bambini che erano infettati dalla Leishmania confermando perciò la trasmissione della malattia dall'animale all'uomo.

Queste ricerche lo portarono alla ribalta scientifica internazionale, perché dette un contributo fondamentale riuscendo a dimostrare la trasmissione della Leishmaniosi dal cane all'uomo, in particolare ai bambini, un'acquisizione fondamentale perché permise di ricostruire

la storia naturale della malattia potendo andare a ricercare la fonte del contagio, sapendo che si trovava nell'animale, ma nello stesso tempo facendo prevenzione direttamente sui cani.

Attilio Critien nacque a La Valletta nel 1872. Completati gli studi secondari a La Valletta, presso il *Lyceum* e il *Flores College*, iniziò lo studio della medicina presso l'Università di Malta a School of Imperial Liverpool University, ove nel 1904 si specializzò in sanità pubblica e in malattie tropicali.

Integrò la sua formazione con esperienze professionali condotte presso la scuola anatomica dell'Università di Malta, nelle strutture sanitarie di Creta e al *Netherfield Road Hospital* di Liverpool.

Rientrato a Malta e si dedicò alla sanità pubblica con il ruolo di ufficiale medico, iniziando una brillante carriera che si coronò nel 1917 quando raggiunse l'apice essendo stato nominato direttore della sanità pubblica, incarico che mantenne a lungo, fino al 1935 quando lo lasciò per raggiunti limiti di età.

Per molti anni, fino alla morte, fu presidente del *Malta War Memorial Hospital For Children*.

Durante la Seconda guerra mondiale si impegnò a favore della popolazione civile e della guarnigione militare, ma il suo impegno non si limitò all'aspetto prettamente sanitario perché affrontò anche quello dell'alimentazione e delle condizioni di vita in generale.

Appena nominato gestì l'epidemia di spagnola in un modo magistrale adottando scelte rapide e decise, motivate da esatte valutazioni scientifiche, dimostrando, anche in questo caso, grande competenza sanitaria unita a un'alta capacità di gestione anche nelle situazioni l'emergenza, infatti adottò prima degli altri stati interventi di prevenzione che si dimostrano vincenti, tanto da essere ricordati, anche a livello scientifico, durante la pandemia da covid-19.

La sua scelta fu di allontanare le fonti di contagio e di ridurre al massimo i contatti fra le persone per impedire la trasmissione dei virus.

Chiuse precocemente tutte le scuole già nel ottobre del 1918 e realizzò un confinamento (*lockdown*) invitando tutti le persone a restare

a casa, evitare gli assembramenti e non frequentare lontano da luoghi affollati.

Per stroncare ulteriormente la trasmissione dei virus aveva ordinato la disinfezione quotidiana dei mezzi pubblici. Per la quarantena aveva scelto la piccola isola di Manuel, che garantiva l'assoluto isolamento dei soggetti a rischio di contagiosità. Per far rispettare le ordinanze sanitarie inviava gli agenti di polizia a controllare, persino nei teatri, che non ci fossero assembramenti.

In tal modo riuscì a tenere sotto controllo la pandemia di spagnola nell'isola di Malta e nelle altre circostanti.

Come si vede sono le stesse indicazioni adottate dopo cent'anni per la pandemia da Covid -19.

L'unica indicazione non replicata è stata l'indicazione di non sputare per terra o per strada. Si tratta di un'interessante notizia che i progressi della medicina hanno reso obsoleto.

Giustamente Critien aveva individuato che l'espettorato poteva rappresentare un veicolo di trasmissione e l'abitudine di sputare era una pratica diffusa legata al gran numero di pazienti con tubercolosi o altre malattie respiratorie.

L'opinione corrente della popolazione era quella di non deglutire il catarro e le altre secrezioni respiratorie, ma di allontanarle dall'organismo. La raccomandazione di Critien, contro l'opinione comune, ma valida scientificamente, dimostra la sua lungimiranza scientifica.

Fu anche un grande appassionato di storia e realizzò pregevoli studi di storia maltese che dettero un determinante contributo alla conoscenza e all'analisi della materia. Alcuni studi sono interessanti anche per la storia della medicina come quelli che riguardano gli ospedali presenti a Malta nei secoli passati o le condizioni sanitarie e di alimentazione della popolazioni durante vari periodi di guerra.

Numerose pubblicazioni approfondiscono in modo documentato e approfondito il periodo della rivolta contro i francesi. Critien morì a La Valletta il 21 dicembre 1955.

Tre esempi di qualità siciliana

Ci avviamo alla conclusione di questo viaggio attraverso il Mediterraneo. Abbiamo incontrato nell'arco di otto millenni, tante storie, tante eccellenze, tanti primati.

Voglio aggiungere tre documenti che per poco non appartengono ancora alla storia (perché non sono trascorsi trent'anni) che dimostrano come la Sicilia e il Mediterraneo, hanno mantenuto un primato di qualità anche nell'età contemporanea.



Genova 28-29 maggio 1964, convegno nazionale di auxologia, da destra Cataldo Zumo, fisiologo e rettore dell'Università di Palermo dal 1951 al 1952, il secondo da destra, Michele Gerbasi, direttore della clinica pediatrica dell'Università di Palermo e rettore dell'Ateneo dal 1960 al 1966. In seconda fila da destra, Enrico Sartori, in seguito direttore della clinica pediatrica dell'Università di Padova, Andrea Pagani-Cesa, primario pediatra a Brescia, ed Enrico Cheli, in seguito direttore della clinica pediatrica di Modena. In terza fila, dietro Cheli, Marino Ortolani (col vestito scuro e gli occhiali in mano), primario pediatra di Ferrara. In quarta fila, nella foto a destra dell'Ortolani, Vito Saggese (di profilo con le mani all'orecchio), primario pediatra di Livorno.

Dalla Venezia Giulia, Franco Panizon (Trieste, 1925 - ivi, 2012), allora direttore della clinica pediatrica dell'Università di Trieste, scrisse:

«Quando mi sono affacciato al mondo della pediatria [nel 1949] nessuno [dei professori di pediatria] brillava di luce propria ad eccezione di Gerbasi, ma era un lumicino lontano nell'isola». (Rivista Italiana di Pediatria 19/S1- 1993, p.22).

Aggiungo che Gerbasi era così autorevole che in qualunque momento avrebbe avuto la possibilità di lasciare la Sicilia per trasferirsi in altra sede italiana o straniera.

La scelta di restare nella sua città natale è un segno dell'esistenza della condizioni accademiche e ambientali di alto livelli anche per far progredire la Sicilia, anziché alimentare la nota fuga dei cervelli.

Il secondo documento è contenuta in un mio articolo pubblicato sul «Corriere della Sera» del 5 luglio 1993, intitolato: *Piccoli viaggi di speranza*, in cui criticavo quella che viene definita migrazione sanitaria sud-nord, rappresentata dai malati che vanno al Centro-nord pensando di trovare ospedali più efficienti.

Nell'articolo presentai una lista di centri di livello internazionale che si trovavano al Sud Italia, per dimostrare quanto fosse inutile spostarsi, ma nello stesso tempo si documenta che la qualità delle cure dell'area Mediterranea si fosse mantenuta ai più alti livelli anche nei tempi recenti.

Indicavo i centri per la cura della fibrosi cistica e la celiachia attivi presso le Università di Palermo e Messina, per la cura della talassemia a Cagliari e Sassari, per la gastroenterologia a Napoli, per il diabete e l'oncoematologia a Bari.

Per una migliore interpretazione di questi dati si consideri che in Italia erano presenti, come previsto da una specifica legge, diciotto centri uno per ogni regione. Le uniche ad avere a disposizione due centri erano la Sicilia e l'Emilia-Romagna. I centri erano tutti di alto livello scientifico, nella quasi totalità erano attivati presso cliniche universitarie, ospedali regionali o di alta specializzazione.



Michele Gerbasi, in toga rettorale, in occasione dell'inaugurazione dell'anno accademico 1966 -1967.

Oltre questi centri di rilevanza internazionale la Sicilia era la seconda regione italiana per numero di ospedali pediatrici o divisioni di pediatria seconda solo alla Lombardia che è la regione più popolosa d'Italia. Anche questo terzo documento rappresenta un dato positivo sia per l'aspetto assistenziale che etico perché in talo modo si garantisce

ai bambini le cure specialistiche e in caso di degenza in ospedale viene assicurato il ricovero in ambienti consoni ai più piccoli.

*Ospedali pediatrici o divisioni di pediatria
nelle regioni italiane nel 1995*

Regione	Numero di ospedali o divisioni
Abruzzo	19
Basilicata	11
Calabria	30
Campania	54
Emilia Romagna	32
Friuli Venezia Giulia	14
Lazio	53
Liguria	16
Lombardia	89
Marche	21
Molise	6
Piemonte	46
Puglia	57
Sardegna	15
Sicilia	65
Toscana	38
Trento e Bolzano	9
Umbria	15
Valle d'Aosta	1
Veneto	43
Totale	634

*La tabella è stata realizzata in base ai dati pubblicati nel volume
Italo Farnetani, In attesa del medico
Mondadori-Club degli Editori, 1995, pp. 205-275.*

Telemedicina e robotica per la globalizzazione sanitaria

E' stata proposta la creazione a Mazara del Vallo di un centro di ricerca e di assistenza per la globalizzazione sanitaria che attraverso la

telemedicina e la robotica diventi una cabina di regia intercontinentale per la promozione e la tutela della salute. In particolare per l'assistenza potranno anche essere erogate prestazioni sanitarie direttamente nei Paesi di residenza, anche i più lontani.



Mazara del Vallo vista dal mare.



Porto canale di Mazara del Vallo.

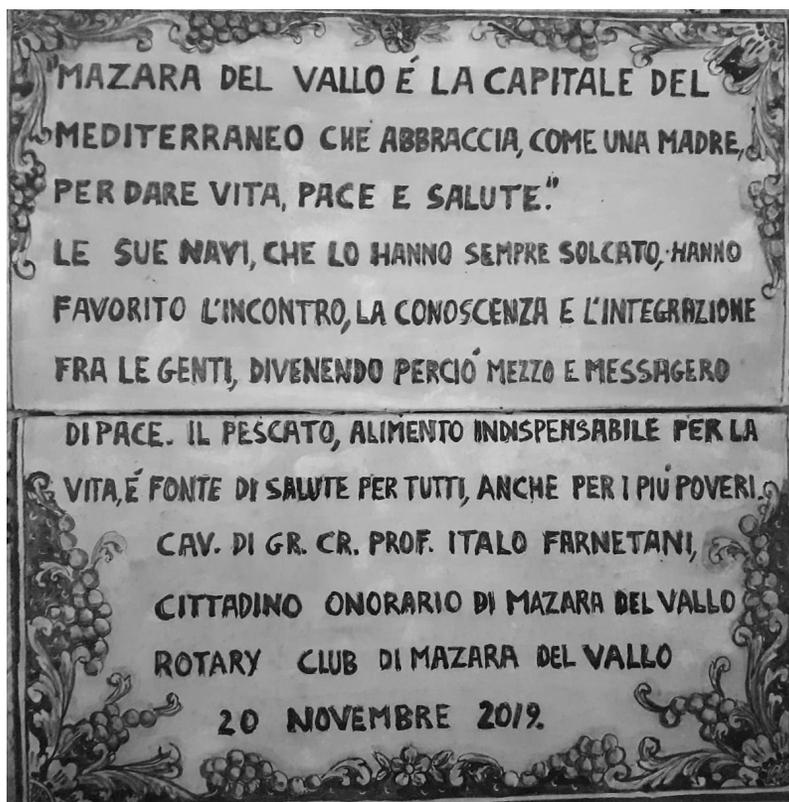
La scelta di Mazara del Vallo è giustificata perché la Città è un ponte fra Europa e Africa, mondo occidentale e arabo, ove l'integrazione fra i popoli è vita quotidiana tanto che chi scrive, al momento di accettare la cittadinanza onoraria, espresse un concetto che è stato riportato in una targa esposta in Città.

Mazara del Vallo è la capitale del Mediterraneo che abbraccia, come una madre, per dargli vita, pace e salute.

Le sue navi, che lo hanno sempre solcato, hanno favorito l'incontro, la conoscenza e l'integrazione fra le genti, divenendo perciò mezzo e messaggio di pace.

Le stesse navi, con la pesca, sono state, e lo sono ancora, uno strumento di crescita, salute e prevenzione delle malattie, perché hanno fornito a tutti, anche ai più poveri, il pesce che è un alimento indispensabile per la vita. Cav. di Gr. Cr. Prof. Italo Farnetani, cittadino onorario di Mazara del Vallo

Questa targa è stata apposta il 20 novembre 2019 dal Rotary club di Mazara del Vallo, in occasione del LV anniversario della dichiarazione dei diritti del bambino enunciata dall'Assemblea plenaria delle Nazioni Unite.



Mazara del Vallo, Teatro Garibaldi, 20 novembre 2019. Il sindaco Salvatore Quinci, presenta la targa, e legge il testo.

PER APPROFONDIRE

BIBLIOGRAFIA

SUDDIVISA PER CAPITOLI DI RIFERIMENTO

Harrison's Manual of medicine / editors J. Larry Jameson, Antony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo; 20 ed New York [etc.] : McGraw Hill Education, 2020 9781260455342.

Robert Kliegman Bonita F. Stanton Joseph St. Geme Nina Schor, editor emeritus Richard E. Behrman. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia : Elsevier, 2020 9780323529501.

Farnetani I., Romano Spica V., Acqua e salute per la popolazione : [riflessioni dalla Water Decade 2005-2015 e Giornate mondiali dell'acqua]. Roma: Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, 2016. 9788890576881.

Burgio G.R. (a cura di). Pediatria Essenziale. 5^a Ed. Milano: Edi-Ermes; 2012. 9788870512250.

Farnetani I. Storia della Pediatria italiana – Le origini: 1802-1920. Roma : Società italiana di Pediatria; 2008. 9788890576805.

Farnetani I. Qualche notazione di storia della pediatria, in margine alla V edizione di Pediatria Essenziale. Postfazione. In Burgio G.R. (a cura di)

Pediatria Essenziale. 5^a Ed. Milano: Edi-Ermes; 2012. 9788870512250. vol. 2°, pp. 1757-1764.

Farnetani I, Farnetani F. Storia dell'allattamento al seno. In: Atti XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia; 13-16 maggio 2008; Torino. Milano: Biomedica; 2008. pp. 181-182.

Capitolo I Il Mediterraneo culla della medicina

Castiglioni A., Storia della medicina. Milano: Unitas; 1927.

Farnetani I. L'assistenza sanitaria al bambino dall'Unità ad oggi. In: Sintesi delle relazioni Cura e tutela del bambino dall'unità d'Italia ad oggi. 1861-2011. Roma 20 novembre 2010, Sala della Promoteca del Campidoglio Piazza del Campidoglio. Morlupo (Roma): VEAT Litografia snc; 2010. pp. 9-11.

Farnetani I. La pediatria preventiva e sociale al tempo dei Borbone. *Pediatria Preventiva & Sociale* 2016; 11 (suppl al n°3): 137-140. La pediatria in Italia. Milano: Società italiana di pediatria - Ufficio stampa medica italiana; 1937.

Raffaelli G. Per una storia della pediatria in Italia. "Orizzonte medico" 1960; 15/11-12: 5,8.

Latronico N. Storia della pediatria. Torino: Minerva Medica; 1977.

Farnetani I., Storia della care al bambino del bacino del Mediterraneo. *Pediatria preventiva & sociale*, a. 13 (2018), supplemento al n. 2 · Atti del XXX Congresso nazionale SIPPS.

Cosmacini, G., *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla 2° guerra mondiale*, Roma-Bari 1989.

Capitolo II

XIX e XX secolo: Mediterraneo crocevia del mondo

Tedeschi C., Fattori della conquista oltremare. Il medico coloniale : prolusione, R. Università di Pavia, li 7 febbraio dell'anno 12 e. f. Cremona: Cremona nuova, 1934.

Tedeschi C., Per la difesa della Salute dell'europeo nelle zone calde dell'A.O.I. (Istituto italiano di terapia antimalarica), Roma , Tip. Assistentiario Chillemi, 1938.

Per notizie sui servizi sanitari nelle colonie italiane si consulti L'Italia in Africa, serie civile, vol. I, L'organizzazione sanitaria nell'Africa italiana, Bucco G., Natoli A. (a cura di), Roma, Ministero degli affari esteri – Istituto Poligrafico dello Stato, 1965.

Tremesal, J. Un siècle de médecine coloniale française en Algérie, (1830-1929): contribution à l'étude de l'oeuvre médicale française en Afrique du Nord Tunis J. Aloccio, 1929.

Capitolo III

La medicina nella Sicilia dei Florio

L'Ospedale dei bambini “G. Di Cristina” di Palermo – 110° anniversario della fondazione. Palermo: Edizioni Carbone; [1992].

L'Ospedale dei bambini “G. Di Cristina” di Palermo – 130° anno. Palermo: Seristampa; [2012].

Farnetani I, Gli ospedali padiatrici in Italia, in 1898-2018 Centoventi anni Storia della pediatria in Italia, Società Italiana di Pediatria, Milano, 2018, pp. 37-55.

Jemma R. Esiste una terapia speciale ai bambini? (prolusione al corso di Clinica Pediatrica). Palermo 1905.

Jemma R., Lezione di chiusura al corso di Clinica Pediatrica nella R. università di Palermo per l'anno 1908-1909, Palermo 1909.

Jemma R. Giovanni Di Cristina – necrologio. *La Pediatria* 1928; 36: 283-96.

Pavan A. Caronia, Giuseppe. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 1988. pp. 665-6.

Burgio GR, Caronia: lo scienziato-rettore visto da un maestro In *pediatria*: Farnetani I, editor. *Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica*. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 24-6.

Andreotti G., Caronia: visto da vicino da Andreotti In: Farnetani I, editor. *Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica*. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 27-8.

Scritti medici in onore di Giuseppe Caronia. Roma: Tip. Pliniana Ed. Faro; 1949.

Farnetani I, Farnetani F. 1903-2003: primo centenario dell'insegnamento della pediatria a Palermo. *Quaderni di pediatria* 2003; 2 (2): 216.

Farnetani I. Jemma, Rocco. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 2004. vol. 62, pp. 193-196.

Farnetani I, Farnetani F. Brefotrofi: culle della patologia neonatale. In: *Atti XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia*; 12-15 maggio 2009; Bologna. Milano: Biomedica; 2009. pp. 236-41.

Farnetani I, Farnetani F. Giuseppe Roberto Burgio the scientist at the service of every new life born into the world. [Article in English and Italian]. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2014;3(1):e030121. doi: 10.7363/030121.

Farnetani I, Farnetani F. Giuseppe Roberto Burgio (1919-2014) *Minerva Pediatr*. 2014 Apr;66(2):151-60.

Farnetani I. Giuseppe Roberto Burgio (1919-2014) Biografie Mediche, numero 3 ,2014:59-60.

Farnetani I, Farnetani F. Perché Rocco Jemma è stato il più grande pediatra italiano? *Minerva Pediatrica* 2006; 58: 587-595.

Farnetani I. Maggiore, Salvatore In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani 2006. vol. 67, pp. 396-399.

Farnetani I, Farnetani F. Salvatore Maggiore. Palermo andata e ritorno. *Quaderni di pediatria* 2004; 3 (2): 191.

Farnetani I. I venticinque pediatri, decorati con la Medaglia d'oro della sanità, hanno scritto la storia della Repubblica. *Pediatria Preventiva & Sociale* 2016; 11 (3): 10-21. *Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Giannitrapani; 1912, p.1).*

Farnetani F, Farnetani I. Storia della pediatria: Jemma, Maggiore e Luna. *Minerva Pediatr.* 2014 Aug;66 (4):323-333.

Caronia G., Con Sturzo e con De Gasperi: Uno scienziato nella politica; presentazione di Giulio Andreotti; prefazione di Guido Gonella. Roma: Cinque Lune, [1979].

Somma L. Semeiotica ed esame clinico dei bambini infermi: ad uso dei medici pratici e studenti in medicina... prima versione italiana [di] P. Masucci; rivista ed annotata da Luigi Somma, Napoli:Tipografia della Regia Università;1881.

Allaria GB. *La Pediatria in Italia*. Milano: Ufficio Stampa Medica Italiana; 1937.

Farnetani I. Qualche notazione di storia della pediatria, in margine alla V edizione di *Pediatria Essenziale*. Postfazione. In: Burgio G.R.(a cura di). *Pediatria Essenziale*. 5a Ed. Milano: Edi-Ermes; 2012. ISBN: 9788870512250. vol. 2°, pp. 1757-1764. Napoli. *La Pediatria italiana fra cronaca e storia*. *Rivista Italiana di Pediatria* 1993; Suppl. 19/s 1:5-9.

Caronia G. Rocco Jemma *Pediatria*, 1949; 57: 153-159.

Castiglioni A. *Storia della medicina*, II ed., Milano: Mondadori; 1948, p. 834.

Latronico N., *Storia della Pediatria*, Torino: Edizioni Minerva Medica; 1977.

Di Toro R., Navarra A., Francesco Fedè. Scoperta la vera data di nascita del primo Presidente SIP, *Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia* 2002; 9 (3): 122-125.

Farnetani I. *Storia della pediatria italiana – Le origini: 1802-1920*. Afragola (NA); 2008.

Navarra A., Farnetani I. Contributo allo studio della biografia di Francesco Fedè *Minerva Pediatrica* 2007; 59: 729.

Farnetani F., Navarra A., Farnetani I. Biografia e bibliografia di Francesco Fedè, fondatore della pediatria italiana. *Minerva Pediatrica* 2011; 63: 515-528.

Farnetani I. Farnetani F. Rocco Jemma: la grandezza della pediatria meridionale. In: *Atti del 7° convegno nazionale “Problematiche in pediatria e neonatologia: nuovi orizzonti”*, Aversa 21-22 novembre 2003, a cura di M., N. Vendemmia, Afragola (Na), 2003, 13-22.

Farnetani I. Rocco Jemma, il più grande pediatra italiano. Laureana di Borrello (RC): Comune di Laureana di Borrello; 2006. Bacchini M.R. La letteratura pediatrica a Napoli: “La Pediatria”. *Pediatria oggi medica e chirurgica* 1969; 16: 255-8.

Farnetani I., Farnetani F. *Storia della società italiana di pediatria preventiva e sociale (SIPPS)*. Atti del XVII congresso SIPPS. Parma, 25-27 novembre 2005, Fidenza: Mattioli, 2005, pp. 12-15.

Farnetani I. Laurinsich, *Alessandro Dizionario Biografico degli Italiani* Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, 2005 vol. 64: 221-225.

Farnetani I. Maggiore, Salvatore In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, 2006. vol. 67, pp. 396-399.

Burgio G. R. Caronia: lo scienziato rettore visto da un maestro. In Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. A cura di Italo Farnetani. Bologna: Editeam; 2006, p. 24-26.

Andreotti G.. Caronia: visto da vicino da Andreotti. In Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. A cura di Italo Farnetani. Bologna: Editeam; 2006, p. 27-28.

Farnetani I, Farnetani F. Napoli: la capitale storica della pediatria italiana. *Minerva Pediatrica* 2008;60:365-381.

Farnetani F., Farnetani I. Storia della pediatria: Jemma, Maggiore e Luna *Minerva Pediatrica*. 2014;66(4):323-333.

Farnetani I. Rocco Jemma è stato il più grande pediatra italiano. *Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia* 2005; 12 (1): 3.

Capitolo IV

La vera storia della maltese

Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Giannitrapani; 1912.

Luna F. Contributo alla conoscenza della febbre mediterranea nei lattanti. *Riforma Medica*. 1912; 28.

Di Cristina, G. – Maggiore S. Osservazioni e ricerche sulla febbre mediterranea nei bambini. *La Pediatria* 1920; 28: 1-22.

Di Cristina, G. – Maggiore S. Osservazioni e ricerche sulla febbre mediterranea nei bambini. *La Pediatria* 1920; 28: 57-71.

Jemma R. Sull'infezione melitense. *Rinascenza medica* 1927.

Alessandrini A., Pacelli M. ,Un pericolo sociale: le brucellosi, Roma: Ediz. Annali d'Igiene; 1932.

Ficai G. Setticemia da bacillus abortus Bang nell'uomo. Policlinico 1925.

Ficai G. Setticemia, da micrococcus melitensis e da bacillus abortus Bang nell'uomo. Bollettino della R. Accademia medica di Roma, anno 1925.

Alessandrini A., Pampana E., Ficai G. , Gli esami di laboratorio, tecnica e diagnostica. Roma; Pozzi, 1940.

Signorelli S., Infezione da Brucelle, in Trattato italiano di medicina interna, a cura di Paolo Introzzi, Parte quarta Malattie infettive e parassitarie, Istituto per la collaborazione culturale, Venezia – Roma [vol. 1] 1964, pp.477-502.

Farnetani N. , Considerazioni epidemiologiche su 186 casi di brucellosi umana, Il Cesalpino, vol. VI, 1963, fasc. 4, pp. 333-342.

Capitolo V

Febbri mediterranee: una sola è quella vera

Febbre familiare mediterranea

Booty MG, Chae JJ, Masters SL, et al: Familial Mediterranean fever with a single MEFV mutation: Where is the second hit? *Arthritis Rheum* 60(6):1851–1861, 2009. doi: 10.1002/art.24569.

Ozen S, Demirkaya E, Erer B, et al: EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever. *Ann Rheum Dis* 75(4):644–651, 2016. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-208690.

De Benedetti F, Gattorno M, Anton J, et al: Canakinumab for the treatment of autoinflammatory recurrent fever syndromes. *N Engl J Med* 378(20):1908–1919, 2018. doi: 10.1056/NEJMoal706314.

Febbre bottonosa

Su una speciale febbre eruttiva, in *Rivista ospedaliera*, X[1920], pp. 251-274 in realtà, la malattia era stata descritta da A. L. J. Conor e A. Bruch a Tunisi (Une fièvre éruptive observée en Tunisie. *Bull. de la Soc. de path. exot.*, III[1910], pp.492-96).

Carducci A., Sulla natura della febbre eruttiva. *Policlinico, sez. pratica*, XXXIX [1932], pp.1615-1619).

Giunchi G., Febbre bottonosa, in *Trattato italiano di medicina interna*, a cura di Paolo Introzzi, Parte quarta Malattie infettive e parassitarie, Istituto per la collaborazione culturale, Venezia – Roma [vol. 2] 1965, pp. 1227-1231.

Giammei E., Carducci, Agostino, In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 1977, vol. 20.

Capitolo VI

Talassemia: l'eccellenza da Nobel è a Palermo

Gatto I. Ricerche sui familiari di bambini affetti da malattia di Cooley. *Archivio Italiano di Pediatria e Puericoltura* 1942; 9: 128-68.

Gatto I. L'evoluzione del problema genetico della talassemia. *La Pediatria* 1964; 72: 361-422.

Gatto I. Sulla ereditarietà della malattia di Cooley. *Min. Med.* 19, I, 194, 1948.

Gatto I. Forme ed ereditarietà della talassemia (Microcarterocytosis). *Pol. Inf.* 16, 236, 1948.

Inherited Red-cell Anomalies *The Lancet* Volume 257, 30 June 1951, pp.1400-1401

Valentine WN, Neel JV. Hematologic and genetic study of the transmission of thalassemia. *Arch. Int. Med.* 1944; 74: 185-96.

Università degli Studi di Palermo. Annuario Accademico anno 1968-69. Palermo: Arti Grafiche Montaina; 1969. pp. 115-116, 222, 341.

Università degli Studi di Palermo. Annuario Accademico anno 1969-70. Palermo: Tip. S. Montaina; 1970. pp. 70, 73, 198.

Chini V. Emopatie mediterranee; *Recenti Progressi in Medicina* 16; 289; 1954.

Caminopetros J.: The sickle cell anomaly as a sign of mediterranean anemia; *Lancet*; n. 262; 687; 1952.

Cooley T. B. , Lee P.: Erythroblastic anemia. Additional comments. *Am. J. Dis. Child*; 43; 607; 1932.

Gerbasi M. La malattia di Cooley. Atti I Congresso Patologia Mediterranea; Palermo, 27-29 Maggio 1948. Palermo: Sicilia Medica, 104, 1948.

Graziosi P. Gli scavi dell'Istituto Italiano di Paleoetnologia umana nella grotta di San Teodoro. Spinelli. Firenze, 1942.

Orsini A., Badetti I. Nosologic, Etiologie et Pathogenese des thalasse-mies. XV Cong. Ped. Lang. Franc, Marseille, 1955.

Romer A. , Dorken H. Die neuen Erkenntnisse iiber die geografische Verbreitung der Thalassemie. *Folia Haem.*, 1, 96, 1956.

Roux B. La repartition geografique de la tare thalassemique dans le monde. These. Marseille, 1955.

Whipple G. H. Bradford G. L.: Racial or familial anemia of children *Am. J. Dis. Child.*, 44, 336, 1932.

Zevaco P.: Contribution a l'etude de la thalassemie chez l'indigene musulman Nord-African. Michaud. Alger, 1952.

Macciotta M. Importanza dei fattori costituzionali ed ambientali nella origine di anemie eritroblastiche croniche (malattia di Cooley), subcroniche e

forme minori e nella loro particolare frequenza in determinate regioni, *Annali italiani di pediatria*, II [1949], pp. 285-304.

Macciotta M. Eritroblastosi primitiva subcronica e suoi rapporti con la malattia di Cooley, *Annali italiani di pediatria*, IV [1951], pp. 179-189.

Macciotta M. Aspetti minimo- ed a-eritremici della malattia di Cooley e della eritroblastosi subcronica, *Annali italiani di pediatria*, V [1952], pp. 453-463.

Macciotta M., Aspetti del problema della malattia mediterranea, *Annali italiani di pediatria* VII [1954], pp. 437-459.

Macciotta M. La malaria nei bambini. In: *Trattato italiano di pediatria* diretto da Carlo Comba e Rocco Jemma. Milano: Casa editrice Dottor Francesco Vallardi; 1934; 3:230-259.

Macciotta M. Malattie del sangue e degli organi ematopoietici. In: Frontali G. *Manuale di pediatria*. Torino: Minerva Medica; 1936;2:1-76.

Farnetani I, Farnetani F. La top twelve della ricerca italiana. *Minerva Pediatrica* 2015 Oct;67(5):437-50.

Farnetani I. Macciotta, Giuseppe In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani 2006. vol. 67, pp. 45-49.

Greppi E. Spunti dottrinari e pratici per la classificazione delle malattie della milza (Splénomegalie emopatiche e splénomegalie primitive), *Rivista Sanitaria siciliana*, XXII [1934], pp. 1437-1449, 1517-1526.

Greppi E. Splénomegalie congestizie (da atonia): significato, patogenesi e cura., *Bollettino della Società medico chirurgica di Catania*, III [1935], pp. 446-459.

Vecchio F. Sulla resistenza dell'emoglobina alla denaturazione alcalina negli ammalati di malattia di Cooley e nei loro familiari. *Il progresso medico* 1948; 4: 201-6.

Brotzu, G., La malaria nella storia della Sardegna. *Mediterranea* [Cagliari], VIII (1933), pp. 3-10.

Ferrata, E. Storti, *Le malattie del sangue*, 2 ed., curata da E. Storti e C. Mauri, Vallardi, Milano 1958.

Schilirò G., Spigolature storiche sull'ematologia pediatrica in Italia, in Andrea di Cataldo, *Argomenti di ematologia*, Catania 2001, p. 20.

Farnetani I. Macciotta, Giuseppe. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 2006 vol. 67: 45-49.

Farnetani F, Farnetani I. *Betatalassemia: l'eritroblastosi subcronica o malattia di Macciotta*. Atti del XXVIII convegno europeo "Giornate pediatriche d'inverno"; 30 gennaio – 3 febbraio 2006; Madonna di Campiglio (TN). A cura di G. P. Bisson. Cles (TN): Mondadori; 2006. pp. 175-178.

Bianco Silvestroni I. *Storia della microcitemia in Italia*. Roma: Fioriti editore; 2002.

Cao A, β -talassemie. *Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia* 2003; 9: 80-88.

Cao A, Dallapiccola B., Notarangelo L.D. *Malattie genetiche: molecole e geni: diagnosi, prevenzione e terapia*. Padova: Piccin; 2004.

Capitolo VII

Leishmaniosi: scippata la scoperta italiana

Atti del VII Congresso pediatrico italiano; 1911; 20-23 aprile; Palermo; Palermo: Stab. Tip. A. Gianni Trapani; 1912.

Luna F. XXV caso di anemia da leishmania osservato a Palermo. *La Pediatria* 1911; 19: 45-7.

Di Cristina G, Caronia G. Sulla terapia della leishmaniosi interna. *La Pediatria* 1915; 23: 81-92.

Nicolle C. Naissance vie et mort des maladies infectieuses Paris : Felix Alcan, 1930.

Monacelli M. La leishmaniosi cutanea in Italia. Roma: Luigi Pozzi, 1934 Collezione del Policlinico ; 39.

Jemma R. Considerazioni sulla diagnosi e sulla terapia della leishmaniosi infantile. *Pediatria* 1923; 31: 633-644.

Jemma R. Sulla endemia di Leishmaniosi infantile in Italia. *Pediatria* 1929; 37: 113-118.

Jemma R. Sur l'epidemiologie de la leishmaniosis infantum. *Acta Paediatrica* 1930; 11: 550-555.

Jemma R. Leishmaniosi infantile, in Jemma R. Comba C. Trattato di *Pediatria*, Milano: Francesco Vallardi; 1934, III, pp. 260-301.

Capitolo VIII

Alla dieta mediterranea serve il pesce

Farnetani I. From Mazara del Vallo: the prawn in a child's diet for the roots of the Mediterranean culture. In: Selected Abstracts of the 12th International Workshop on Neonatology; Cagliari (Italy); October 19-22, 2016 . *J Pediatr Neonat Individual Med.* 2016; 5(2): 106-107.

Farnetani I., Un ricordo di Michele Gerbasi, a Mazara del Vallo (5 maggio 2018) *Biografie mediche*, 2019 (11-12 2019), 38-39.

Fanconi G, Wallgren A. Trattato di *pediatria*. Milano: Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi; 1960, p.915.

Gerbasi M. Anemia perniciosiforme osservata in bambini ad allattamento materno esclusivo e protratto. *La Pediatria* 1940; 48: 505-26.

Gerbasi M, Burgio GR. Le dimensioni dei granuloblasti e dei granulociti neutrofili nella ariboflavinosi. In: *Scritti medici in onore di Giuseppe Caronia*. Roma: Tip. Pliniana Ed. Faro; 1949. p. 275-81.

Burgio GR. Anémie neuropernicieuse et autre anémies megaloblastiques du nourrisson. *Acta Haematol* 1954; 11: 355-71.

Burgio GR, Reale V. Porpora nodulare del lattante *Pediatria*. 1957; 65: 201-46.

Scritti in onore di Michele Gerbasi. Napoli: Stabilimento Tipografico G. Genovese; 1970.

Burgio GR. Gerbasi, Michele. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 1999, vol. 53, pp. 383-5.

Burgio GR. Michele Gerbasi: un caposcuola. *Grand'Angolo di Edit-Symposia. Pediatria e Neonatologia* 2007; 14: 25-6.

Children of the Mother Goddess. History of Mediterranean Neonates, V. Fanos, M. Yurdakök, editors, Quartu Sant'Elena (Cagliari): Hygeia Press, 2010.

Montanari M., *La fame e l'abbondanza: storia dell'alimentazione in Europa* 5. ed Roma: GLF editori Laterza, 2005.

Farnetani I., Gallorini M.C., *Storia dell'alimentazione infantile*, "Pediatria preventiva & sociale" 2, suppl. 1 (2007), pp. 97-103.

Conclusioni

Ecco perché il Mediterraneo fa bene

Luttrell A., *The Hospitallers in Cyprus, Rhodes, Greece, and the West 1291-1440: collected studies*, London: Variorum, 2001.

Children of the Mother Goddess. History of Mediterranean Neonates, V. Fanos, M. Yurdakök, editors, Quartu Sant'Elena (Cagliari): Hygeia Press, 2010.

Corridori, M., Fanos V., Farnetani I, *Nascere nella storia*, Milano: Mondadori, 2006, pp. 94-99; id., *Birth through the ages*, Milano: Monda-

dori, 2006, pp. 94-99.

Farnetani I. Pediatria al sud, non sud della pediatria. Grandangolo di Edit-Symposia, Pediatria e Neonatologia, IX (2002), p. 77-78.

FINITO DI STAMPARE
NEL MESE DI SETTEMBRE 2021
PRESSO LA SOC. COOP. GRAFICA ETICA R L
VIA DE GASPERI, 138 - 80021 AFRAGOLA (NA)
TEL. 081 852 44 83
email: eticagraficarl@gmail.com

