

Per scrivere questo volume, che ricostruisce uno dei tanti “tasselli” ancora mancanti nella storia di Alessandria, l'autore deve fare i conti con una documentazione assai frammentaria. L'Archivio storico dell'ospedale presenta infatti vistose lacune: di fronte a queste difficoltà Maconi non esita a rivolgersi ad altro materiale documentario che fornisce indizi e aiuta a ricostruire le vicende della struttura ospedaliera e la storia sanitaria della città. Così, oltre le statistiche e le relazioni sanitarie, o le deliberazioni del Consiglio d'Amministrazione, l'autore utilizza materiale eterogeneo, come registri, libri, vasi di farmacia, quadri, disegni, mappe, strumenti sanitari, arredi.

Ne esce un quadro complesso, capace di illuminare le vicende socio-sanitarie di Alessandria dal Medioevo ad oggi: il libro, diviso in quattro sezioni, racconta la storia dell'Ospedale civile di Alessandria dalla fondazione della città (1168 circa) a oggi, soffermandosi anche sulla costruzione di ospedali speciali (lebbrosari, lazzaretti, tubercolosari o sanatori, e più di recente, ospedale infantile) assai numerosi e di rilevante importanza sanitaria.

Giovanni Maconi (Costa Valle Imagna, Bergamo, 1922 - Pavia, 2006) si è laureato in Medicina e chirurgia a Pavia, dove ha iniziato la carriera universitaria raggiungendo il posto di Aiuto universitario ordinario. Lasciata l'Università divenne Primario chirurgo a Novi Ligure e poi al SS. Antonio e Biagio di Alessandria. Ha conseguito due libere docenze, una in Clinica chirurgica e l'altra in Patologia chirurgica, e tre specialità: Chirurgia generale, Chirurgia toracica e Urologia. Ha insegnato, con qualche interruzione, per oltre vent'anni nella Scuola di specialità in Chirurgia generale dell'Università di Pavia, della quale è poi diventato Professore a contratto universitario di Storia della chirurgia. Nel 1986, in occasione dell'inaugurazione dell'Anno accademico, ha commemorato il sesto centenario dell'insegnamento della chirurgia all'Università di Pavia. È autore di un manuale di clinica chirurgica, di un libro sulla storia della medicina e della chirurgia, di un volume sulla storia della chirurgia all'Università di Pavia, e di un centinaio di pubblicazioni, alcune monografiche, su vari argomenti di patologia e clinica chirurgica e di storia della medicina e della chirurgia.

ISBN 88-8012-141-3



9 788880 121411

€ 15,00

isral 7 *Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria* G. Maconi

Le Mani

**Giovanni Maconi**

## *Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria*



Le Mani

ISRAL

Collana di storia contemporanea

7



**Giovanni Maconi**

***Storia dell'Ospedale  
dei santi Antonio e Biagio di Alessandria***



Le Mani



Pubblicazione edita

con il contributo



con il patrocinio



Città di Alessandria



Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria

In copertina: Veduta della parte più antica dell'Ospedale dei Santi  
Antonio e Biagio (da una xilografia del 1890)

I edizione 2003

II edizione 2012

© 2003 Le Mani - Microart's Edizioni, via dei Fieschi 1  
16036 Recco - Genova  
[www.lemanieditore.com](http://www.lemanieditore.com)  
e-mail: [lemanieditore@tin.it](mailto:lemanieditore@tin.it)

Grafica di Marco Vimercati

ISBN 978-88-8012-141-3

## Indice

Prefazioni		
Pier Angelo Taverna	Pag.	7
Carla Nespolo	”	9
Nicola Giorgione	”	11
Rita Rossa	”	13
Renato Balduzzi	”	15
Presentazione della I edizione (2003) di <i>Gianfranco Pittatore</i>	”	19
Introduzione dell’Autore (2003)	”	21
PARTE PRIMA		
Gli antichi ospedali e gli ospedali speciali alessandrini nel corso dei secoli	”	29
Gli antichi ospedali di Alessandria	”	45
Gli ospedali speciali in Alessandria nel corso dei secoli	”	65
PARTE SECONDA		
Lo Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio (1579-1790)	”	89

Le Opere pie annesse	”	138
L'Opera pia degli esposti	”	138
L'Opera pia delle doti matrimoniali	”	141
L'Opera pia del Monte di Pietà	”	143
L'Opera pia Pomesano (o dei poveri vergognosi)	”	147

### PARTE TERZA

L'attuale ospedale dei santi Antonio e Biagio (1790-1968)	Pag.	153
Le Opere pie annesse	”	252
L'Opera pia Solia e l'Ospizio degli esposti	”	253
L'Opera pia degli incurabili	”	259
Il Pio ricovero degli orfani (orfanotrofio)	”	263
L'Opera pia Monte di Pietà	”	269
Le Opere pie elemosiniere	”	271

### PARTE QUARTA

I benefattori dello Spedal Grande e dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio	”	287
Postfazione di <i>Antonio Maconi</i>	”	295
Elenco dei benefattori	”	297

## Prefazioni

È un evento molto raro, soprattutto in anni di crisi come quelli che stiamo vivendo, che la Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria finanzia la ristampa di un volume già pubblicato anni addietro. Eppure la *Storia dell'Ospedale dei Santi Antonio e Biagio di Alessandria*, scritta dal compianto professor Giovanni Maconi e data alle stampe nel 2003, nell'ambito della collana editoriale dell'Istituto per la storia della resistenza e della società contemporanea, è l'eccezione che conferma la regola.

A distanza di tanti anni, il volume del professor Maconi rappresenta, oggi come allora, un imprescindibile documento che, attingendo a documenti dell'Archivio di Stato e dell'Archivio storico dell'Ospedale, racconta la storia dell'Ospedale Civile di Alessandria.

Una storia scritta con stile semplice e scorrevole, alla portata di tutti, ricchissima di informazioni che non riguardano soltanto lo stato della medicina e della chirurgia, ma anche e soprattutto le vicende della nostra città, a partire dalle fine del '400, quando l'ospedale di Alessandria viene citato per la prima volta su documenti ufficiali. Vi trovano spazio anche le condizioni di vita economiche e sociali nel nostro territorio come pure gli eventi straordinari di cui fu teatro tra cui carestie, guerre ed epidemie.

Si tratta di una testimonianza resa ancora più interessante dalle scoperte sul passato di Alessandria che dal 2003 - data di pubblicazione di questo volume - a oggi sono emerse sugli albori di Alessandria attraverso il restauro di Palatium Vetus e il recupero dell'antico *broletto*.

Lo spirito di collaborazione che continua a contraddistinguere i rapporti tra la Fondazione e l'attuale Azienda Ospedaliera

*Giovanni Maconi*

“Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo” è un ulteriore incentivo a restituire al pubblico questo volume il quale, tutt’altro che datato, costituisce un documento storico di grande attualità.

Un ringraziamento sincero all’ISRAL e al suo Presidente Carla Nespolo che ci hanno nuovamente coinvolto in questa iniziativa e un ricordo commosso dell’autore, stimato professionista e apprezzato scrittore.

Pier Angelo Taverna

*Presidente Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria*

La ristampa del bel volume di Giovanni Maconi: *Storia dell'Ospedale di Alessandria* s'inserisce pienamente nell'attività dell'Istituto per la storia della Resistenza e della società contemporanea in provincia di Alessandria "Carlo Gilardenghi", che ha tra i suoi compiti quello di conservare e trasmettere alle giovani generazioni la memoria del passato, fondamentale punto di osservazione per comprendere il presente e progettare il futuro.

Ha avuto ragione il professor Maconi, perciò, a iniziare il proprio lavoro con la storia degli "antichi ospedali e gli ospedali speciali alessandrini, nel corso dei secoli", sino a giungere al 1968, con una ammirevole ricerca d'archivio.

La salute come bene primario, il diritto alla salute come diritto naturale, come ci ha insegnato Hobbes, emergono chiaramente dalla storia dell'ospedale santi Antonio e Biagio e ci parlano di noi, del nostro difficile presente, dove tante persone di buona volontà, dai medici a tutti gli operatori del settore, senza dimenticare il mondo del volontariato, s'impegnano per la vita e la serenità di tutti i membri della comunità, siano essi ricchi o poveri, giovani o vecchi, italiani o stranieri.

Su questa quotidiana fatica e su questo difficile cammino, ogni tanto è bene soffermarsi a riflettere: per apprezzare ciò che si ha e per proporsi di difenderlo e migliorarlo.

Il ringraziamento che rivolgo alla Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria e al suo Presidente Pier Angelo Taverna è perciò sentito e di vero cuore. Senza il suo sostegno e quello

di altri Enti pubblici, le istituzioni culturali ad Alessandria non potrebbero sopravvivere. Nutrire la mente (in primis delle giovani generazioni) è altrettanto importante, a mio parere, quanto nutrire il corpo. Anche di questo parliamo, quando parliamo di salute.

Nasce da qui, da questa profonda convinzione, il progetto di rieditare questo volume: ad Antonio Maconi e a sua sorella Caterina, il ringraziamento di chi sa che riflettere sulle memorie familiari, comporta sempre un qualche dolore e rimpianto.

A Elisabetta Gandini e a Franco Castelli, il grazie più sentito per la cura attenta e partecipe che hanno dedicato a questo volume.

Ora esso può riprendere il suo cammino e sollecitare le ricerche future, su cui confidiamo.

Carla Nespolo  
*Presidente Isral*

Mantenere viva la storia delle nostre radici è l'unico modo per non dimenticare da dove siamo partiti, quale forma di rapporto ci lega all'oggi, al nostro esistere e al nostro operare.

A maggior ragione se tutto ciò accade all'interno delle mura di un ospedale, che fino a pochi decenni, se non addirittura anni fa, era considerato un luogo a se, un mondo a parte.

Uno spazio dove la sofferenza era il comune denominatore e le persone facevano comunità per contrastarla: tante volte guarirla era impossibile.

Questa bella pubblicazione del prof. Giovanni Maconi, che viene rieditata, ben rappresenta questo percorso che nasce nel lontano settecento e arriva fino alle Opere Pie.

L'evolversi della struttura che tenta di andare di pari passi, sempre faticosamente, con l'evoluzione della medicina. Fino ai tempi moderni, quando ormai è la tecnologia ad avere il sopravvento.

Ma come tutti i professionisti, che con dedizione operano all'interno di queste mura - magari un po' vecchie - guardando ben oltre i loro confini, è il cervello umano che pianifica la diagnosi, si prende cura del paziente, con la certezza che rispetto al passato oggi può ritrovare la vita.

L'auspicio rimane, per ora sullo sfondo, quello di nuove mura, per meglio andare incontro al modello di intensità di cura che ormai prescinde il concetto del vecchio "reparto", nella consapevolezza che se questo non può accadere nel breve termine, è il valore dell'uomo che con le proprie capacità ed intelligenza

*Giovanni Maconi*

saprà adattarsi al cambiamento, come testimonia la storia del nostro Ospedale.

Nicola Giorgione  
*Direttore Generale*  
*Azienda Ospedaliera Nazionale*  
*SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo*  
*Alessandria*

Una rinnovata edizione di un libro che ci parla della storia di una delle eccellenze della nostra città si inserisce caparbiamente in quel percorso di ricostruzione del tessuto culturale e sociale che Alessandria sta affrontando per riappropriarsi della propria storia nel rivendicare la propria identità.

Forte è il legame fra la nostra comunità e l'Ospedale che riconosce come il 'suo' Ospedale, icona e simbolo di una città: dobbiamo dire grazie alla sensibilità e alla capacità di analisi del professor Giovanni Maconi che, pur non alessandrino, seppe cogliere e volle rendere omaggio a questa stretta relazione.

E stretta era la stessa relazione fra 'il Professore' e l'Ospedale: la sua immagine di competenza e professionalità e la sua figura di appassionato cultore della medicina erano profondamente connesse, 'viaggiavano a braccetto' con quella della struttura.

Il suo omaggio è, ora, più che mai attuale: perché solo partendo dalla propria memoria si può costruire il proprio futuro.

E, oggi più che mai, Alessandria deve puntare sulle sue eccellenze per riconquistare e investire sul proprio futuro.

E le stesse eccellenze presenti all'interno dell'Ospedale meritano un pensiero ed una programmazione nuovi che possano contare su strumenti innovativi e respiri più ampi di quelli di una struttura obsoleta con problemi strutturali.

Grazie, quindi, a Pier Angelo Taverna, per la Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria, e a Carla Nespolo, per l'ISRAL, che hanno fortemente voluto questa nuova edizione,

*Giovanni Maconi*

attivando una di quelle strette reti di collaborazione di cui la città ha fortemente bisogno.

E un personale ringraziamento alla famiglia Maconi che, legata alla mia da anni di sincero e profondo affetto, sta proseguendo con entusiasmo il percorso avviato dal padre.

Maria Rita Rossa  
*Sindaco di Alessandria*

È con vera gioia che aderisco all'invito, fattomi da Carla Nespolo, Elisabetta Gandini e Antonio Maconi, di scrivere una breve prefazione alla ristampa del volume di Giovanni Maconi dedicato alla storia dell'Ospedale di Alessandria.

Le ragioni della gioia stanno sia nella personalità dell'autore, sia nelle caratteristiche del volume.

Quanto alla prima, ho avuto la fortuna di conoscere il prof. Maconi e di apprezzarne le molti doti, largamente anticipatemi dalla presentazione che, in anni lontani, me ne fece l'onorevole Giovanni Sisto, che lo stimava moltissimo (raramente ho udito dal prof. Sisto un giudizio così caloroso e senza riserve!).

Quanto alla seconda, si tratta davvero di una pubblicazione ragguardevole, totalmente diversa da molte consimili, spesso assai erudite, ma incapaci di dare conto dell'inserimento di una struttura sanitaria nella storia locale e in quella generale. Il volume infatti è al tempo stesso un'eccellente storia di Alessandria vista dall'angolatura del "sistema" sanitario e un prezioso ragguaglio di storia della sanità italiana considerata a partire da una situazione locale.

È storia di Alessandria grazie alla cura con cui Maconi indugia sulle origini e gli sviluppi della nostra città, le cui vicende traggono, anche dal confronto con l'evoluzione delle strutture sanitarie, una nuova luce: un indugio e un'attenzione sempre privi di enfasi e di supponenza, non di rado invece presenti nelle rievocazioni "locali" di questo o quell'ospedale in giro per l'Italia.

Come accennavo, questo volume è però anche uno spaccato di storia della sanità italiana. Il prof. Maconi, che già qualche anno prima aveva pubblicato una pregevole *La storia della medicina e della chirurgia in Italia*, riesce a dare spazio e voce a una vicenda certamente locale e localizzata, ma emblematica dello sviluppo del nostro sistema sanitario. Il lavoro paziente nell'archivio dell'ospedale ha condotto infatti l'Autore a rintracciare, nelle alterne e talvolta confuse vicende dell'ospedale, il filo di un servizio sanitario *in nuce*, la costruzione faticosa di un insieme di strutture e relazioni tra esse capace di integrare via via le graduali conquiste della scienza medica con la consapevolezza del ruolo dell'organizzazione per poter raggiungere obiettivi condivisi di sanità pubblica.

Certo, oggi i nostri criteri di valutazione di un sistema sanitario sono più articolati e affiancano, al ruolo dell'ospedale e delle strutture che operano in esso, una più esplicita considerazione della medicina territoriale e delle interrelazioni tra le due reti, senza dimenticare la rete dell'emergenza-urgenza. Ma il libro di Maconi ci restituisce il senso di una fatica e di un progressivo incivilimento della sanità alessandrina e piemontese, permettendo così di misurare i passi compiuti e al tempo stesso rendendo testimonianza della grandiosità dell'opera delle generazioni che ci hanno preceduto, nella lenta conquista di un'effettività sempre più forte del diritto alla tutela della salute e delle responsabilità dei pubblici poteri in ordine ad esso.

Proprio quest'ultima osservazione ci riporta all'oggi e alle sue pene: sia la sanità piemontese, sia le istituzioni cittadine, attraversano un periodo di forti preoccupazioni, in larghissima parte da addebitarsi alla situazione di squilibrio finanziario e alle difficoltà di comprenderne sino in fondo la genesi e le responsabilità.

Per riemergere, per rialzare la testa, è certamente utile la ristampa di questo volume, che dimostra come a quel risultato meraviglioso della costruzione e ristrutturazione di un grande ospedale di rilievo ultralocale si arrivò grazie alla concordia delle diverse anime della città e del territorio, nonché alle molte-

plici figure di “benefattori”, espressione comunque di un legame forte tra strutture di salute e popolazione.

Oggi, in un tempo di standard, quantitativi e qualitativi, da assegnare alle strutture ospedaliere nel quadro della cosiddetta *spending review*, rimeditare il volume del prof. Giovanni Maconi e la sua memoria cara è di grande utilità per quanti sono impegnati, dentro e fuori il campo della sanità, nella grande sfida della sostenibilità di un sistema sanitario di eccellenza.

Renato Balduzzi  
*Ministro della Salute*



## Presentazione della I edizione (2003)

Meno di un anno fa, nel salone di rappresentanza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, abbiamo presentato il volume *L'Uspidalët*, che ripercorre la storia dell'Ospedale Infantile "Cesare Arrigo", una delle prime strutture sanitarie italiane dedicate alla cura dei bambini grazie alla quale Alessandria si è caratterizzata come città all'avanguardia nella storia sanitaria nazionale. In quell'occasione molti interventi avevano sottolineato l'importanza di quel lavoro, che rappresenta un valido contributo di analisi e di studio sulla società e sulla sanità alessandrina, ed avevano formulato l'auspicio di poter presto leggere altre pagine significative riferite a quelle vicende.

È dunque motivo di grande soddisfazione, a così breve distanza di tempo, poter salutare la pubblicazione di questo nuovo e importante volume, dedicato alla storia della massima istituzione sanitaria cittadina ripercorsa con precisione e rigore scientifico dalle origini sino alle più recenti vicende.

La *Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria* ha, con la pubblicazione edita un anno fa e dedicata all'ospedale infantile, un tratto in comune: la proficua collaborazione tra la Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria e l'Istituto per la Storia della Resistenza e della società contemporanea in provincia di Alessandria che, di anno in anno, ci offre importanti contributi di ricerca e si concretizza in volumi destinati ad arricchire il patrimonio editoriale e culturale della nostra provincia. Ed ha un tratto specifico, al quale ritengo significativo dedicare qui particolare attenzione: il nome del suo autore, il professor Giovanni Maconi.

Giovanni Maconi è infatti un autorevole esponente della classe medica alessandrina e dell'intellettualità espressa dal nostro capoluogo: bastano pochi tratti della sua biografia per illuminarne il ruolo diretto nella vicenda che qui racconta e più in generale nella storia della cultura cittadina.

La sua biografia medica, infatti, si interseca strettamente con le vicende dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio: questo suo libro deve essere perciò letto anche come l'affettuoso e orgoglioso omaggio di un medico illustre alla struttura ospedaliera che ha rappresentato un fondamentale punto di riferimento nella sua carriera professionale e che resta, nella sua memoria, una realtà carica di ricordi e di affetti.

Nella biografia del professor Maconi meritano però di essere ricordati anche gli anni più recenti: quando, collocato in pensione per raggiunti limiti di età, ha continuato a porre la sua decennale e preziosa esperienza al servizio di nuove leve di medici.

Né si può tralasciare un riferimento all'intensa produzione scientifico-letteraria che conta quasi cento titoli.

Che egli abbia voluto regalarci, come ultimo tassello in ordine di tempo della sua attività di studioso, proprio la storia del nostro più importante Ospedale non può che riempirci di orgoglio perché è la testimonianza del legame forte tra questo territorio e gli operatori sociali e culturali che su di esso lavorano.

Nel licenziare queste pagine, mi auguro ovviamente di poter tornare, nei prossimi anni, a testimoniare d'altre iniziative che riguardano la nostra storia tenuto conto che un'attenzione costante alla conservazione ed alla valorizzazione della memoria e delle tradizioni locali rappresenta un impegno forte per un Ente come la Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria, attenta e sensibile allo sviluppo del dibattito tra le idee e alla promozione del patrimonio culturale della provincia.

Gianfranco Pittatore  
*Presidente Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria*

## Introduzione dell'Autore (2003)

La storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria, come è già stato fatto rilevare anche da altri, non è agevole da scrivere per vari motivi. Innanzi tutto su questo ospedale, come d'altronde su tutti gli ospedali di Alessandria sorti nel corso dei secoli, non esistono allo stato attuale opere organiche, ma solo pubblicazioni, generalmente di mole modesta, oppure notizie frammentarie pubblicate in diverse epoche.

Anche l'abbondante materiale dell'archivio storico dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, attualmente conservato presso l'Archivio di Stato di Alessandria e non ancora completamente ordinato, pur essendo la fonte più ricca di notizie, non fornisce informazioni sufficienti per scrivere una storia incompleta e sistematica di questo ospedale perché, a causa della sua discontinuità, lascia scoperti parecchi periodi di tempo. Inoltre «sulle numerose carte, registri, libri, vasi di farmacia, quadri, mappe, disegni, oggetti, strumenti ed edifici di questo ospedale, di cui si conosce l'esistenza e la localizzazione e, almeno approssimativamente, anche la consistenza, non è ancora stato compiuto uno studio approfondito per la semplice ragione che lo stato in cui queste fonti si trovano, nonostante i vari tentativi fatti per ordinarle, non consente alcun approccio metodico»<sup>1</sup>.

Il materiale dell'archivio storico dell'Ospedale (Arch. Stor. Osp.) conservato presso l'Archivio di Stato di Alessandria (Arch. St. Al.) è composto da: Ordinati (delibere) dal

1602 al 1968 (140 volumi); registri ricoveri dal 1790 al 1950 (190 volumi); lasciti e donazioni dal sec. XVII al sec. XX (48 volumi); cabrei (elenco) dei beni dell'ospedale dal XVIII al XIX secolo (20 volumi); registri decessi e nascite dal 1842 al 1968 (120 volumi); Opera Pia Solia dal 1891 al 1950 (65 volumi); repertori di contratti dal sec. XIX al sec. XX (40 volumi), contratti dal 1875 al 1911 (34 volumi); registro presenze dal 1925 al 1949 (29 volumi); conti consuntivi dal 1890 al 1950 (10 volumi); mastri dal 1881 al 1915 (85 volumi); protocollo generale dal 1863 al 1919 (67 volumi); inventario patrimoniale dal 1914 al 1920 (1 volume); inventario archivio 1880 (1 volume); biblioteca medica (3000 volumi: il totale di questi però comprende anche le «vecchie» riviste conteggiate per fascicoli); disegni (elenco a parte). Oltre a questo materiale, esiste un «Archivio classificato» che contiene: titolo I amministrazione e personale dal sec. XVII al sec. XX (80 buste); titolo II patrimonio e finanze dal XVII al XX sec. (175 buste); titolo III beneficenza dal XVII al XX sec. (44 buste).

Pur essendo così ricco, questo archivio presenta delle lacune, dovute sia alla mancanza di documenti perché andati persi o non sistemati adeguatamente, sia al fatto che la maggior parte di questi riguardano le attività amministrative, trascurando quelle sanitarie. Tali lacune sono state però generalmente colmate attingendo alla storia di altri ospedali. Tuttavia, per quanto riguarda il settore sanitario, nel materiale dell'archivio storico dell'ospedale di Alessandria si trovano alcuni documenti che consentono di conoscere, sia pure parzialmente, l'attività che veniva svolta in tale settore. Fra questi si sono dimostrati particolarmente utili i regolamenti interni, che iniziano nel 1589; le statistiche sanitarie, che riguardano gli anni dal 1840 al 1907<sup>2</sup>; le relazioni sanitarie, che vanno dal 1908 al 1916<sup>3</sup>; gli inventari della farmacia e del materiale sanitario in generale<sup>4</sup>; le deliberazioni del consiglio di amministrazione concernenti l'attività sanitaria.

Si è ritenuto opportuno suddividere questo libro in quat-

tro parti. La prima riguarda gli antichi ospedali speciali di Alessandria, sorti nel periodo che va dalla fondazione della città (1168 circa) all'entrata in funzione dello «Spedal Grande» dei santi Antonio e Biagio (1579), e gli ospedali di Alessandria. Con il termine di ospedali speciali vengono indicati sia quegli ospedali in cui sono inviate persone affette da malattie contagiose (lebbrosari, lazzaretti, tubercolosari o sanatori) o da malattie mentali (manicomi), sia quelli in cui si ricoverano i pazienti a seconda dell'età (ospedali pediatrici e geriatrici) o per ragioni inerenti alla loro attività (ospedali militari). L'inserimento in questo libro dedicato all'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, di notizie riguardanti anche gli antichi ospedali e gli ospedali speciali di Alessandria è stato fatto allo scopo di fornire un quadro completo dell'ospedalità alessandrina nei secoli. La seconda parte del libro riguarda lo «Spedal Grande» (1579-1790), mentre la terza e la quarta riguardano rispettivamente l'attuale ospedale e i benefattori sia di questo ospedale che dello Spedal Grande.

La storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio descritta nel presente libro viene fatta terminare all'anno 1968 perché a quell'anno risalgono gli ultimi documenti dell'archivio storico di questo ospedale. Infatti i documenti degli anni successivi, che erano situati in altre sedi, sono stati quasi tutti distrutti dall'alluvione del 1994. La perdita di questi ultimi documenti ci ha privati della principale fonte di notizie relativa agli ultimi decenni del 1900 poiché, come si è già ricordato, le poche fonti attualmente esistenti sono generalmente costituite da pubblicazioni di mole modesta e povere di notizie significative.

Le parti di questo libro riguardanti l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio sono tra loro legate da una continuità durata oltre mezzo millennio: l'antico ospedale di sant'Antonio, che ne costituisce la parte più antica, è ricordato per la prima volta in un documento del 1493. Tra il 1565 e il 1566 esso venne accorpato in via patrimoniale e amministrativa a quello di san Biagio e divenne l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio. Questo nuovo ospedale era però inizialmente situato in due edi-

fici separati, perché ciascun ospedale aveva mantenuto la propria sede: quello di san Biagio, con la rispettiva chiesa, si trovava nell'angolo fra l'attuale via Milano e via Verona, mentre quello di sant'Antonio, con la propria chiesa, era situato sul lato destro dell'attuale via Treviso e si allungava sino a Largo Vicenza<sup>5</sup>. Solo nel 1579 (cioè quasi 13 anni dopo la fusione patrimoniale e amministrativa dei due ospedali), quando venne abbattuto l'ospedale di san Biagio, quello di sant'Antonio, che nel frattempo era stato ampliato, divenne lo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio» (denominato da alcuni anche «Ospedale di via Treviso», perché il suo ingresso principale dava su questa via). Nel 1790 lo «Spedal grande» venne trasferito nella sede dove si trova l'attuale ospedale e assunse dapprima il nome di «Ospedale degli infermi dei santi Antonio e Biagio», poi quello di «Opere pie ospedaliere», perché all'ospedale si erano unite altre Opere pie, ed infine quello di «Ospedale civile», denominazione dettata dal popolo per distinguerlo da quello militare sorto nel frattempo<sup>6</sup>.

All'inizio di ogni parte del libro, per meglio illustrare la storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, si è ritenuto opportuno riportare alcune brevi notizie sia sullo stato della medicina e della chirurgia nelle varie epoche della vita di tale istituzione, sia sulla storia di Alessandria, soffermandosi in modo particolare sugli eventi che hanno influito sul settore socio-sanitario cittadino, quali epidemie, carestie, avversità meteorologiche, scontri armati avvenuti in città o nei dintorni, condizioni igieniche e tutto quanto è stato causa dell'insorgenza di malattie. Fame, peste e guerra sono stati infatti sempre i tre principali nemici della salute del corpo.

Siccome questo libro è stato scritto anche per coloro che sono poco competenti in medicina o in questioni sanitarie, si è cercato di semplificare la terminologia medica per facilitare la comprensione; ma per renderlo il più completo possibile, non si è potuto evitare di riportare statistiche, inventari di materiale sanitario, relazioni sanitarie ed altri documenti di stretta competenza medica.

Le difficoltà incontrate nella compilazione di questo libro,

dovute ai motivi già ricordati, sono state superate grazie alla valida collaborazione delle seguenti persone che ringrazio sentitamente: Anna Masini per i preziosi suggerimenti che mi ha offerto nella stesura del libro; Paola Furlan e Giancarlo Roggero per il contributo che mi hanno fornito con le loro pregevoli esecuzioni grafiche; tutto il personale della Biblioteca Civica di Alessandria e quello dell'Archivio di Stato di Alessandria per l'assidua disponibilità dimostratami durante la non facile ricerca di notizie effettuata sull'abbondante materiale dell'Archivio storico dell'Ospedale (non ancora completamente ordinato), conservato presso l'Archivio di Stato; Roberto Botta, direttore dell'Istituto per la storia della resistenza e della società contemporanea, in provincia di Alessandria, per il sostegno alla pubblicazione del libro.

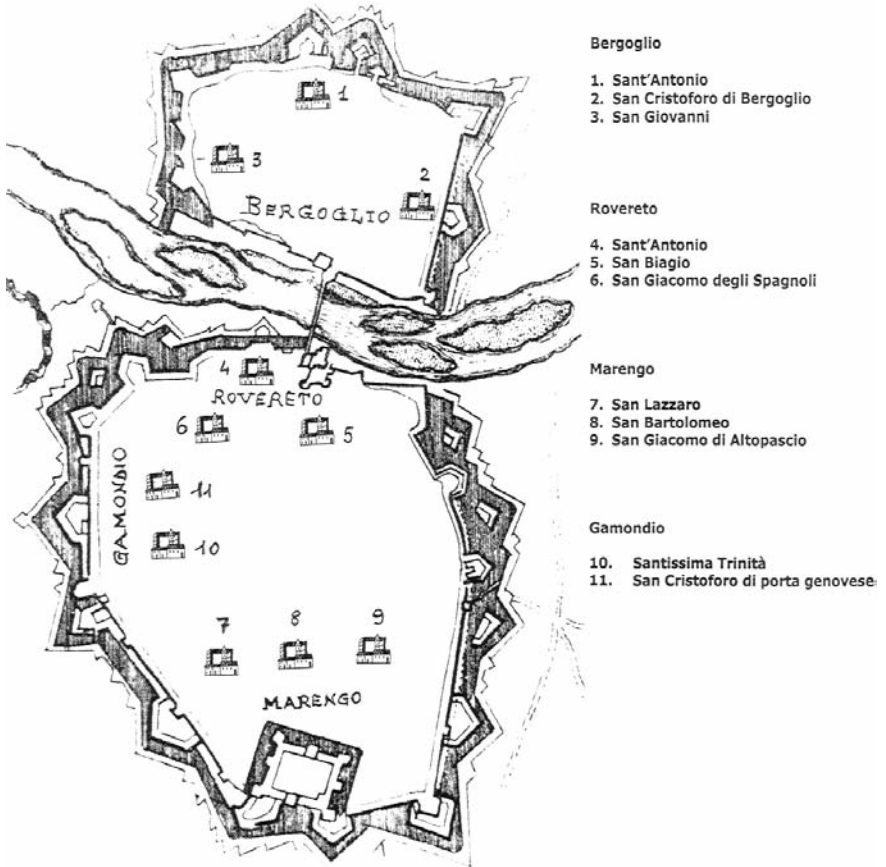
Rivolgo infine un particolare ringraziamento alla Fondazione della Cassa di Risparmio di Alessandria che, dimostrando anche in questa occasione la sua disponibilità ad appoggiare iniziative di promozione culturale, ha voluto sostenere cospicuamente l'onere finanziario della pubblicazione di questo libro unitamente al Comune di Alessandria e all'Azienda Ospedaliera Nazionale dei santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria per il loro contributo finanziario.

#### Note

1. Paola Lanzavecchia, *Il refrigerio dei poveri*, Ed. U.S.S.L. 70, Alessandria 1991.
2. Archivio di Stato di Alessandria, *Archivio Storico dell'Ospedale*, (d'ora in poi ASAL, Arch Ospedale), 1-9 1.
3. ASAL, Arch Ospedale, 1-9 2.
4. ASAL, Arch Ospedale 2-1-1 3.
5. Giuseppe Amato, *L'ospedale dei Santi Antonio e Biagio in Alessandria*, Tip. Colombari G. e C., Alessandria 1955, pag. 5.
6. Pietro Angiolini, *Vecchia Alessandria*, Rubrica di «Il Piccolo» di Alessandria, 18-6-1955.



## Parte Prima



Ubicazione di alcune "Chiese di Spedale" di Alessandria nel 1500.  
(disegno di Paola Furlan)

## Gli antichi ospedali e gli ospedali speciali alessandrini nel corso dei secoli

Alessandria, come è noto, sembra sia sorta nel 1168 dalla fusione di quattro paesi fra loro vicini, Bergoglio (o Borgoglio), Marengo, Gamondio e Rovereto, situati sulle rive del Tanaro e della Bormida. Di questi il più antico era forse quello di Bergoglio. Posto sulla riva sinistra del Tanaro, si estendeva fino ai piedi delle colline di Valmadonna e di Valle San Bartolomeo. Marengo era invece posto più a sud, a destra della Bormida, sulla strada per Tortona, l'antica via romana «maringa», lungo la quale si svolgeva il commercio del sale fra il mare e la pianura padana, che ha dato il nome a questo paese. Dove oggi sorge Castellazzo Bormida era situato, a destra della Bormida, il paese di Gamondio. Il paese di Rovereto era invece arroccato su una modesta altura, posta sulla riva destra del Tanaro, proprio di fronte al paese di Bergoglio. Dopo la sua fondazione, Alessandria si pose sotto la protezione del papa Alessandro III, difensore dei liberi comuni contro l'imperatore Federico Barbarossa, e in suo onore, se ne diede il nome.

Attorno al borgo di Rovereto si costituì la città di Alessandria: quando gli abitanti di Marengo e di Gamondio si trasferirono dai loro paesi di origine per dar vita alla nuova città, si sistemarono attorno ad esso. Volendo, però, gli abitanti di ogni paese mantenere le proprie tradizioni e consuetudini, pur contribuendo in egual misura ai comuni oneri finanziari, decisero di vivere separatamente e formarono nella città

quattro borghi o quartieri: quello di Rovereto a nord, di Marengo a sud est, di Gamondio a sud ovest e di Bergoglio sulla riva sinistra del Tanaro. Alcuni mesi dopo la fondazione di Alessandria parecchie famiglie di Oviglio, Solero, Villa del Foro e Quargnento si unirono agli abitanti della nuova città, allo scopo di rinvigorirla e la popolazione raggiunse quasi le cinquemila unità<sup>1</sup>.

Allora Alessandria, abitata prevalentemente da contadini, era un agglomerato di case di terra con il tetto di paglia o di legno, cui si affacciavano le stalle, il pozzo, il fienile e il magazzino per le provviste. Solo pochi palazzi e le chiese in costruzione erano in muratura. Anche le strade erano quasi tutte in terra battuta o inghiaiate, solo poche erano lastricate. Alcune vie, chiamate «*rugatae*», erano solcate da un rigagnolo maleodorante, dove scorrevano a cielo aperto l'acqua piovana e gli scarichi fognari, raccolti da un canale («*betale*») che li convogliava nel Tanaro.

Per ottenere la dignità di città, Alessandria dovette dotarsi di una cinta ed avere una cattedrale. La prima cinta fu un terrapieno con fosso acqueo e torri di guardia staccate. Nel 1178 si incominciò a rivestire di muro la cinta e nel 1170 iniziò la costruzione della cattedrale su un terreno che si trovava nel punto di incontro dei quartieri di Rovereto, Gamondio e Marengo, chiamato «*piazza maggiore*» e corrispondente all'attuale piazza della Libertà. Questa cattedrale venne poi demolita e ricostruita nella stessa sede nel 1297. All'inizio del 1800 venne definitivamente abbattuta dal governo napoleonico per consentire le parate militari.

All'inizio del 1200 incominciarono in Alessandria sanguinose lotte tra le fazioni cittadine di guelfi e ghibellini, che durarono per più di un secolo, fino a quando la città passò sotto il dominio del ducato di Milano.

Nel secolo XIII la città e i suoi sobborghi, oltre ai danni causati dalle lotte cittadine fra Guelfi e Ghibellini, subì anche quelli provocati dalle avverse condizioni atmosferiche. In tale periodo, infatti, il clima fu particolarmente rigido, con punte di eccezionale rigore, e fece gelare i corsi d'acqua ed

in particolare il Tanaro e la Bormida e seccare le piante, le viti e le colture in generale. A questi gravi danni si aggiunsero quelli prodotti da due scosse telluriche, registrate nel 1222 e nel 1279, che fecero crollare numerosi edifici pericolanti. Fra il 1277 e il 1281 si ebbero delle massicce invasioni di locuste e di bruchi, che sterminarono ogni forma vegetale, aggravando la situazione di penuria alimentare: tutto questo provocò negli abitanti un indebolimento organico con conseguente accentuazione della morbilità. Nel 1190 si verificò infatti una pestilenza, alla quale fece seguito, nel corso del 1200, la comparsa di altre due, entrambe causate dall'inclemenza del tempo e dalla carestia. Bisogna qui ricordare che il termine pestilenza veniva usato nei secoli scorsi per definire epidemie ad elevata mortalità, causate, oltre che dalla peste, anche da numerose altre malattie, quali il vaiolo, il morbillo, la malaria, la dissenteria, il tifo, l'influenza, la difterite, l'ergotismo ed ogni altra malattia che colpiva il genere umano in forma epidemica, per contagio o per il diffondersi di una stessa causa. Gli episodi di morbilità a carattere epidemico comparsi in alcune annate del 1200 sono stati descritti dagli antichi storici senza fornire particolari utili ad individuare le malattie che li avevano determinati, ma il fatto che questi non parlino mai di contagio, né di febbre, né di altri sintomi caratteristici della peste propriamente detta, fa escludere che questi fossero provocati da tale malattia.

Anche nel primo decennio del 1300 continuarono le lotte cittadine fra guelfi e ghibellini, ma nel 1316 Alessandria, stremata da queste continue lotte, rinunciò alla sua autonomia e, come altri liberi Comuni, si sottomise a Matteo Visconti, legando così la sua storia alle vicende del Ducato di Milano fino ai primi anni del 1700. Con questa sottomissione Alessandria entrò a far parte integrante del ducato, ma beneficiò scarsamente del benessere economico lombardo, poiché era situata alla periferia dello stato, il più vasto dell'Italia settentrionale, che aveva i suoi fulcri a Milano, che era la capitale, e a Pavia, dove i Visconti avevano fatto costruire un castello,

che divenne la sede abituale della corte ducale, la Certosa e l'Università.

I primi cinquant'anni del 1300 sono stati i più tristi della storia alessandrina, non tanto per gli eventi bellici, che furono scarsi, quanto per i danni provocati dalle avversità meteorologiche. Infatti il freddo intenso del 1200 continuò e si intensificò nella prima metà del 1300 ed in particolare nel periodo dal 1330 al 1337, in cui si ebbero punte termiche molto basse. Seccarono infatti molte piante e si verificarono persino parecchi casi di morte per assideramento. Direttamente legati alle condizioni climatiche furono anche gli episodi di penuria alimentare e di fame che interessarono l'alessandrino nel periodo tra il 1313 e il 1315. Nel 1339 le locuste distrussero ogni forma vegetale, riducendo ulteriormente le residue risorse alimentari. Il nutrimento scarso e le precarie condizioni igieniche, aggravate dalla decomposizione delle locuste morte, favorirono una manifestazione epidemica che, probabilmente, era una forma tifoide o dissenterica, che causò un'elevata mortalità e decimò la popolazione. Nel 1345 si manifestò ad Alessandria e nell'Italia settentrionale un'epidemia che colpì soprattutto le donne incinte<sup>3</sup>.

Le cattive condizioni igieniche ed ambientali e l'insufficiente alimentazione, seguita dal deperimento organico che indebolì le difese immunitarie individuali, favorirono nel 1314 l'insorgenza della «peste nera» o «peste vera», che colpì l'Italia settentrionale, ma non si sa con sicurezza se coinvolse anche Alessandria, così come non è certo se dipesero dalla peste le epidemie del 1339, 1345 e 1347. Sulla peste nera del 1348 (quella descritta dal Boccaccio nel Decamerone), che seminò la morte in tutta Italia, «le cronache alessandrine tacciono e non sappiamo se la città sia stata risparmiata o se il silenzio dipenda da lacune delle fonti»<sup>4</sup>.

Pestilenze sono state registrate anche nel 1357, nel 1371 (questa causò la morte di molti bambini) e nel 1374, ma le fonti non ci danno il necessario aiuto di una documentazione sintomatologica atta a stabilire la reale natura pestosa.

Tuttavia le brevi note dei cronisti hanno descritto a tinte fosche la vita alessandrina di quegli anni. «Nelle vie spopolate dalla peste cresce l'erba, branchi di lupi affamati scendono nel quartiere di Bergoglio e sbranano decine di abitanti. Folle di mendicanti e di contadini privi di ogni forma di assistenza trovano rifugio negli ospedali di Sant'Antonio a Bergoglio, di san Cristoforo a Gamondio e di san Lazzaro a Marengo»<sup>5</sup>.

Dopo circa vent'anni di normalità, quale poteva essere consentita da precedenti così funesti, a partire dal 1398 infuriò in Alessandria per tre anni la peste, provocata, secondo lo Schiavina, dal sudiciume e dal disordine causato dall'abnorme afflusso di pellegrini per il Giubileo che si teneva a Roma. In queste occasioni si accennò per la prima volta a provvedimenti di prevenzione sanitaria, adottati dalle Autorità cittadine per impedire una più larga diffusione della malattia<sup>6</sup>.

Con la morte di Filippo Maria Visconti, avvenuta nel 1447, finì il dominio della dinastia viscontea sul ducato di Milano, che fu poi retto per tre anni dalla Repubblica Ambrosiana e quindi passò sotto la dinastia degli Sforza (1450). Con l'avvento degli Sforza iniziò un periodo di pace, che si protrasse per tutta la seconda metà del 1400, durante il quale il ducato visse una fase di relativa floridezza e benessere, di cui beneficiò anche Alessandria, che registrò un discreto miglioramento sia nel campo edilizio che in quello socio-economico. Vennero infatti ristrutturati i vecchi palazzi pubblici, si provvide alla lastricatura delle principali vie cittadine, al miglioramento dell'assetto del quartiere Bergoglio, che assunse un'impronta più urbana. Nella ristrutturazione edilizia intervennero anche le casate nobiliari finanziando la costruzione di chiese e di palazzi.

Nella seconda metà del 1400 migliorarono anche le condizioni di vita dei cittadini rispetto a secoli precedenti. «Nelle case, quasi sempre dotate di un cortile e di un portico, gli arredi denotavano sopravvivenze di usanze contadine, ma anche i primi segni di una ricercatezza tipicamente urbane»<sup>7</sup>.

Le professioni e i mestieri aumentarono e nella «rugata porticum» sorsero numerose botteghe di mercanti di tessuti, di scarpe, di pellicce, di calze e di altre merci, che lavoravano a pieno ritmo. Nelle cronache si parla anche della presenza in città di medici illustri come Antonio Ferrari, che guarì da una grave malattia il duca Francesco Sforza; Giovanni Berruti, che esercitò in Alessandria, guadagnandosi notorietà e l'esenzione delle imposte, privilegio che poi venne concesso anche a Guglielmo Nizia, Lanzaroto Clari e Francesco Panizzoni; Luchino Santi, che fu dottore «espertissimo» attivo in Alessandria ed altre località; Bernardino Scribani, che fu «eccellentissimo medico, poeta, filosofo e teologo»; Girardo de Berneriis, che fu «medico egregio e pubblico lettore di logica all'Università di Pavia». Il Girardo scrisse anche un breve trattato di indubbio interesse, in cui sono contenuti consigli contro la peste e informazioni su come allora veniva curata questa malattia. Consapio dell'ineadeguatezza delle misure terapeutiche in uso al suo tempo per curare la peste, egli rivolse la sua attenzione più alla prevenzione che alla diagnosi e alla terapia, anche se non trascurò quest'ultime. Aderendo alla teoria secondo la quale la peste era causata dalla corruzione dell'aria, consigliava, a titolo profilattico, dei «poma odorifera perforata», che erano dei portapofumi in metallo pregiato, contenenti aromi naturali quali ginepro, muschio, maggiorana, pino, lauro, rosmarino, ruta, basilico, canfora e altre essenze profumate. Il contenuto dei «poma» variava a seconda della stagione o del temperamento del malato. Siccome i «poma» per il loro prezzo elevato non erano alla portata di tutti, Girardo propose anche una soluzione alternativa, consistente nel tenere in bocca una scorza di limone, perché «nec aer nec hanelitus infecti colloquenti nocere potest», in quanto aveva intuito che il contagio si poteva propagare anche attraverso le goccioline di saliva che vengono emesse parlando o tossendo. Era contrario all'uso indiscriminato dei purganti e del salasso (ritenuto per secoli da panacea universale), perché potevano provocare lipotimie o sincopi. Tuttavia non escluse l'effica-

cia profilattica e terapeutica dei salassi, se usati con cautela, e propose di applicare sui «bubboni» e sulle piaghe delle sanguisughe. In caso di peste polmonare, molto più insidiosa e difficile da diagnosticare della peste bubbonica, consigliava, oltre alle «suffumigazioni», di accendere nelle stanze fuochi profumati, ottenuti facendo bruciare legno di lauro, ginepro, rosmarino ed altre piante odorose, per calmare la tosse e favorire la respirazione dell'ammalato. Pur essendo consapevole dell'incurabilità della peste, per attenuarne i sintomi e per limitarne la diffusione, formulò i consigli che sono stati riportati e che, alla luce delle scoperte sull'eziologia di questa malattia avvenute quattro secoli più tardi, non risultano né inutili né basati su nozioni errate o su intuizioni prive di fondamento<sup>8</sup>.

In questo periodo storico, di fronte al flagello della peste, che allora veniva attribuita a «miasmi pestiferi» contenuti nell'aria, la fuga era ritenuta il rimedio più ragionevole ed efficace. I medici, infatti, sapendo di non poter offrire alcuna garanzia contro questa malattia, consigliavano di «fuggire, presto, lontano e per lungo tempo». I primi ad andarsene erano i ricchi, che sapevano dove sistemarsi, mentre la povera gente non poteva allontanarsi molto né a lungo, non sapendo dove andare né avendo mezzi di sussistenza. Nel 1482 parte della popolazione alessandrina cercò scampo dal contagio nella pianura circostante la città, dove costruì delle capanne di legno o di paglia. Ma di lì a poco i fiumi Tanaro e Bormida strariparono e molte di queste abitazioni furono trascinate via con i loro occupanti.

Essendo allora convinzione diffusa che la peste, come qualsiasi altra malattia, fosse un mezzo di espiazione dei peccati, vennero erette anche dagli alessandrini numerose cappelle e chiesette dedicate alla Madonna e ai Santi taumaturghi come san Rocco e san Sebastiano e furono fatte processioni alle quali partecipavano tutti gli abitanti (uomini, donne e bambini) di ogni ceto sociale. Di qualcuna di queste cappelle e chiesette è rimasto il ricordo; l'unica superstite è quella di san Rocco, costruita alla fine del 1400 e comple-

tamente rifatta nel 1788, col titolo di Beata Vergine Assunta. In questo periodo, seguendo l'esempio di altre città, si costituirono anche in Alessandria delle Confraternite religiose con lo scopo di prestare assistenza agli appestati. Una di queste, denominata Confraternita dei disciplinati e risalente alla prima metà del 1400, aveva sede in un edificio annesso alla chiesa di san Sebastiano, situata in fondo all'attuale via Vochieri, angolo via Dossena. Una Confraternità di san Sebastiano si insediò anche a Bergoglio nel 1458 e rimase attiva fino a quando il quartiere non fu distrutto per far posto alla Cittadella (1728). Nel 1490 si trasferì ad Alessandria un Ordine di monaci, denominati Gesuati, per prestare assistenza ai malati di peste<sup>9</sup>.

Alla fine del secolo, nel 1496, si diffuse in Alessandria un'epidemia di sifilide, proveniente da Genova, poiché, questa malattia si propagava generalmente lungo le vie commerciali, soprattutto quelle che facevano capo a città portuali, dove era particolarmente radicata. Durante tale epidemia si verificò un tragico episodio: tutti i corsi d'acqua dell'alessandrino che, gonfiati dalla pioggia continua, avevano formato un lago nella pianura che andava da Castellazzo sino ai piedi delle colline di Alessandria, travolsero le numerose persone che, per sfuggire al contagio, avevano cercato scampo fuori città<sup>10</sup>.

Verso la fine del 1400, quando in Europa si costituirono grandi monarchie nazionali come in Francia, Spagna e Inghilterra, o grandi Stati confederati come in Austria, in Italia la presenza di piccoli Stati in costante lotta fra di loro impedì l'affermarsi sia di uno Stato unitario nazionale sia di uno Stato confederato: la conseguenza di ciò fu il parziale assoggettamento degli Stati italiani a quelli europei meglio organizzati. A questo destino andò incontro anche il ducato di Milano, che passò prima sotto la dominazione francese, di breve durata, poi sotto quella spagnola, che durò quasi due secoli. Durante il periodo in cui furono combattute le guerre per la conquista del ducato di Milano, Alessandria subì danni incalcolabili, procurati non solo dai combattimenti avven-

nuti in città o nel suo circondario, ma anche dal passaggio di numerosi eserciti che commisero rapine e violenze di ogni genere e spesso furono vettori di ogni tipo di malattie. Oltre ai danni causati dalle guerre, nella prima metà del 1500 la città subì anche quelli prodotti dalle avversità atmosferiche. In tale periodo, infatti, si registrò una serie numerosa e continua di inverni molto rigidi, accompagnati da abbondanti e frequenti piogge in primavera e in autunno e da siccità e calure insopportabili durante l'estate. Queste condizioni climatiche protrattesi per diversi anni compromisero in parte o totalmente il raccolto, creando situazioni di grave carestia o addirittura la fame, come avvenne in alcune annate nel periodo 1527-1529-1539 e 1542 (nel 1542 la fame fu durissima, perché ai danni provocati dal maltempo si aggiunsero quelli prodotti da un'invasione di locuste). Ma la serie degli anni di carestia non conobbe tregua, continuò anche negli anni successivi e fu particolarmente grave nel 1549. Le cronache ricordano che nel periodo di grandi calamità naturali vi furono interventi da parte della cittadinanza per aiutare i più bisognosi.

Nel 1528 alcuni ricchi cittadini si assunsero l'onere di provvedere al sostentamento di bambini, vecchi e vedove che non avevano di che nutrirsi, accogliendone parte nelle loro case e parte in ospizi pubblici. Nel 1549, su suggerimento di un canonico agostiniano, si raccolsero 600 moggia (1 moggio = litri 146,23) di frumento e 200 monete d'oro da distribuirsi a quanti si trovavano in miseria, mentre quelli che vivevano di elemosina furono accolti a spese pubbliche negli ospizi<sup>11</sup>.

In questo periodo, in aggiunta alle grandi calamità sopra descritte, compare anche la peste. Di questa peste, apparsa fra ottobre e dicembre del 1527, le cronache ci presentano un quadro spaventoso. «I cadaveri insepolti richiamarono in città branchi di lupi che, penetrati nelle case, divoravano i bambini incustoditi. Il Comune offrì premi in denaro a coloro che catturavano e consegnavano un lupo vivo o morto. Finita la peste i lupi scomparirono».

Anche se le cronache ci forniscono scarse e vaghe notizie sulle iniziative igienico-sanitarie prese dalle Autorità alessandrine contro la peste, si sa di sicuro che il 9 luglio 1500, venne istituito un Ufficio di Sanità retto da quattro membri, ma si ignora quali provvedimenti abbia adottato in questa occasione. Tuttavia si può molto verosimilmente ritenere che abbia seguito le normative contro la peste adottate in quel periodo da Uffici analoghi di altre città, cioè il divieto di entrare in città, l'obbligo di denunciare i casi sospetti e l'interdizione di frequentare luoghi in cui vi erano persone che presentavano sintomi della malattia. A volte si arrivava all'espulsione dei poveri della città, identificandosi la povertà come causa predisponente la peste. Spesso i sospettati di peste venivano forzatamente condotti nei «lazzaretti», dove venivano isolati gli appestati.

La promiscuità e la sporcizia erano ritenute fonti di diffusione della peste, per cui le Autorità cittadine guardavano con preoccupazione i quartieri popolari e prendevano drastiche misure nei confronti della gente che vi abitava, perché considerata più esposta al contagio. Si curavano invece poco del pericolo del contagio portato dagli eserciti che spesso transitavano in Alessandria o nei suoi dintorni, perché, a causa dell'importanza strategica militare di questa città, che era posta ai confini occidentali del ducato di Milano, si anteponeva la difesa dello Stato al pericolo della peste.

Uno dei fatti di maggior rilievo avvenuti nel 1500 fu l'elevazione al soglio pontificio dell'alessandrino Antonio Ghislieri, che assunse il nome di Pio V. Nato a Boscomarengo il 17 gennaio 1504, figlio di modesti agricoltori, venne mandato quattordicenne nel convento domenicano di Voghera, dove gli venne imposto il nome di Michele. Ordinato sacerdote nel 1528, andò poi a Pavia nel convento domenicano di san Tommaso. In questo periodo fu nominato lettore di filosofia e di teologia dell'Università pavese. Nel 1556 divenne commissario del tribunale dell'inquisizione di Roma. Nel 1557 fu fatto cardinale e nel 1566 eletto al pontificato. Morì a Roma il 1° maggio 1572 e venne sepolto nel-

la chiesa romana di Santa Maria Maggiore. Da questo suo papa Alessandria ottenne solo molta fama per avergli dato i natali, ma scarsi benefici a causa della sua grande austerità, contrario ad ogni forma di favoritismo. Egli fece costruire la bella chiesa rinascimentale con convento di Boscomarengo la quale, però, è modesta in rapporto ai tempi e alla personalità del committente; creò dodici posti gratuiti per gli studenti universitari alessandrini nel Collegio Ghislieri di Pavia da lui fondato e tuttora esistente; appoggiò l'istituzione dello Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio di Alessandria, mentre per la sua grande severità, che lo portò anche a togliere il denaro agli ordini religiosi troppo arricchiti e, a volte troppo corrotti, sciolse nel 1571 l'Ordine degli Umiliati, con grave danno per Alessandria perché, in seguito a questa decisione, cessarono la loro attività le numerose manifatture di lana fondate e gestite da questo ordine religioso<sup>12</sup>.

Prima del 1579, l'anno in cui entrò in funzione, dopo essere stato situato in un unico edificio, lo Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio «in Alessandria, parecchi furono gli spedali, così per gli infermi come per pellegrini». Secondo il Chenna, nel catalogo delle chiese alessandrine del 1350 si trovano registrate cinque «chiese di spedale» (cioè chiese con annesso un ospedale): quella di san Lazzaro (ecclesia s. Lazari o ecclesia s. Lazari de Marengo), situata nel quartiere Marengo; quella di san Cristoforo (ecclesia s. Christophori de porta Januae o Januensis), situata nel quartiere Gamondio e chiamata anche Xenodochium et rectoriam s. Christophori extra portam genuensem; quella di san Giovanni (ecclesia s. Joannis hospitalis de porta Alexii), chiamata anche Hospitale de porta Alexii; quella di san Cristoforo (ecclesia s. Christophori de Bergoglio), chiamata anche Hospitale s. Christophori); quella di sant'Antonio. Queste tre ultime erano situate nel quartiere Bergoglio<sup>13</sup>.

Secondo altre fonti, invece, le «chiese di spedale» presenti in Alessandria prima del 1579 erano più numerose di quelle registrate nel catalogo appena citato, poiché in questo figu-

rano soltanto quelle ufficialmente riconosciute dal papa. Oltre alle cinque ricordate dal Chenna, ne esistevano infatti altre sei: quella dei santi Giacomo e Filippo o della Santissima Trinità nel quartiere Marengo; quelle di sant'Antonio, di san Biagio e di san Giacomo degli Spagnoli nel quartiere Rovereto.

Le «chiese di ospedale» erano così chiamate perché avevano annesso un ospedale che, generalmente, aveva dimensioni molto inferiori a quelle della chiesa, essendo costituito da pochi locali (tre o quattro al massimo), uniti o adiacenti alla chiesa stessa. Il contratto, stipulato il 17 giugno 1587 fra il capomastro Alessandro Amarotto e i rappresentanti della chiesa della Confraternità della Santissima Trinità di Alessandria per la costruzione di un «hospitale» nel chiostro di questa chiesa, ci fa conoscere le caratteristiche strutturali di questo tipo di ospedale. Vi si legge, infatti, che la congregazione «concede a detto mastro Alessandro autorità e possanza di fabricare una casa nel sito che è intrando nel claustro (chiostro) di detto oratorio (chiesa) che habbi da servir per l'hospitale per alogiar pelegrini come sotto sarà ditto...»<sup>14</sup> cioè, i dati tecnici riguardanti la «casa» da costruire, quali il numero e la dimensione dei locali, la scala per accedervi e quant'altro riguarda tale costruzione nei dettagli. Da tale contratto si ricava, quindi, che l'ospedale da costruire era incorporato nella chiesa ed aveva dimensioni molto modeste, perché a lavori ultimati risultava costituito di due locali di cui uno poteva contenere quattro letti e l'altro uno solo.

La presenza di strutture per assistere e curare persone ammalate situate nel contesto di edifici sacri o nelle loro vicinanze ha origini molto antiche. Già presso gli antichi Egiziani nei templi di Iside e presso gli antichi Greci e Romani nei templi di Aselepio (il dio della medicina greca chiamato Esculapio dai Romani), esistevano locali, talora vasti e bene attrezzati (chiamati «Asclepiei» in Grecia e «Valetudinari» a Roma), dove i sacerdoti assistevano e curavano gli ammalati. Strutture simili a quelle greche e romane sorsero anche in alcune nazioni medio-orientali e in India.

Con l'affermarsi del cristianesimo, che fra i suoi precetti principali aveva l'amore per il prossimo, aumentavano le pratiche di assistenza per i poveri e gli ammalati. In un primo tempo il clero e i fedeli forniti di mezzi sufficienti ospitavano nelle proprie case i poveri e gli ammalati per assisterli e curarli. Successivamente sorsero delle strutture destinate a questo scopo. La loro istituzione risale al Concilio di Nizza del 325 d.C., nel quale venne sancito che in ogni città doveva esistere un luogo separato per pellegrini infermi e poveri, denominato «ospizio dei pellegrini». Questo aveva un patrimonio proprio ed era diretto da un monaco o da un «diacono» («ministri» delegati dai vescovi ad amministrare la distribuzione di viveri ed elemosine e l'assistenza ai malati e ai bisognosi). In base alle disposizioni conciliari l'insediamento di questi ospizi doveva andare di pari passo con la diffusione della religione cristiana e la costruzione delle prime chiese. Sorsero così le prime strutture assistenziali, chiamate «diaconie», che erano delle specie di ospizi, situati nell'interno o in prossimità delle chiese parrocchiali o conventuali, aperti ai poveri e agli infermi e successivamente anche agli orfani, alle vedove, ai senza tetto e ai bisognosi in genere. Inizialmente le «diaconie» erano istituzioni laiche, ma con il passar del tempo la componente laica si ridusse rispetto a quella religiosa, al punto che esse presero il nome non più del quartiere dove erano sorte, ma dalla chiesa alla quale erano annesse («chiese di ospedale»). Sembra che nelle chiese esistessero anche delle scuole per addestrare i diaconi e i monaci alle mansioni sanitarie, onde renderli capaci di svolgere questa parte del loro ufficio. Le successive strutture medico-assistenziali furono gli «xenodochi», che in origine erano luoghi di sosta e di ristoro, annessi ad una chiesa o ad un monastero per pellegrini che intraprendevano dei lunghi viaggi (il termine «enodochium» etimologicamente proviene da «xenos», che significa straniero). Con il passar del tempo anche gli «xenodochi» divennero prevalentemente posti di assistenza e cura per ammalati e poveri. Il sostentamento degli «xenodochi» avveniva attraverso le offerte dei fedeli, le elemo-

sine dei pellegrini e i lasciti e le donazioni dei privati, mentre i lavori quotidiani erano svolti da volontari, per lo più appartenenti a famiglie nobili o benestanti. In queste strutture si praticava una medicina che fondava le speranze di guarigione da un lato sull'azione misericordiosa di Dio e sull'intercessione della Madonna e dei Santi, dall'altro sull'azione di medicinali che venivano somministrati «secondo le regole dell'arte»<sup>15</sup>.

Nel secolo VIII, durante il periodo carolingio, gli «xenodochi», pur mantenendo invariate le loro caratteristiche, incominciarono ad assumere il nome di «hospitai», mentre intorno all'XI secolo vennero denominati «nosocomi». I primi ospedali («diaconie», «xenodochi», «hospitai») fin verso la metà del XV secolo avevano generalmente una pianta simile a quella di un normale edificio di abitazione, con la sola variante di avere internamente delle stanze per il ricovero degli ammalati. A volte i locali per il ricovero degli ammalati venivano ricavati sfruttando strutture preesistenti della chiesa alla quale erano annessi, oppure costruiti in spazi attorno ad esse o nel loro interno, come nel caso già ricordato della «chiesa di ospedale» della s.s. Trinità di Alessandria, in cui l'ospedale fu costruito nel chiostro della chiesa.

Verso la metà del XV secolo incominciarono a sorgere ospedali di grandi dimensioni che, a seconda delle loro caratteristiche architettoniche, vennero distinti in «ospedali a crociera» e in «ospedali massicci». Gli «ospedali a crociera», come dice il nome, erano costituiti da due lunghe corsie incrociate in modo da formare quattro braccia («crociera»), al cui centro si trovava, in posizione sopraelevata, l'altare: così gli ammalati potevano assistere da ogni parte delle «crociera» alle funzioni religiose. A questa comodità di culto era unita anche una comodità di servizio, poiché dal centro della «crociera» si potevano sempre sorvegliare nello stesso tempo tutti i ricoverati. Alcuni di questi ospedali erano racchiusi da un edificio quadrangolare che delimitava con le braccia delle corsie quattro cortili interni. Nell'edificio erano sistemati i servizi e gli alloggi delle suore e del personale che risiedeva in

ospedale. Gli «ospedali massicci» erano invece costituiti da grandiose e sontuose costruzioni, composte in generale da un unico edificio o da più corpi di fabbrica con la stessa struttura, entrambi a più piani, e suddivisi da cortili di forma rettangolare. In essi si trovavano tutti i servizi e grandi corsie, capaci di contenere fino a 200 letti, unite da corridoi e disimpegni.

Gli antichi ospedali (cioè i «diaconi», «xenodochi» e «hospitali»), come si è già ricordato, erano inizialmente delle istituzioni di beneficenza, mantenute dalla carità pubblica, poi divennero di proprietà della chiesa. A partire dall'VIII secolo la loro amministrazione incominciò ad essere data in concessione dalla chiesa sotto forma di beneficio o di commendà, con l'effetto di trasferire l'usufrutto dei patrimoni ospedalieri, talora molto cospicui, all'arbitrio dei singoli titolari della concessione. Gli abusi che derivarono da questo tipo di amministrazione furono oggetto di provvedimenti repressivi nel Concilio di Vienna (1311) e due secoli dopo in quello di Trento (1545).

Intorno al secolo XI, con il sorgere dei Comuni il potere civile si inserì nell'amministrazione degli ospedali accanto a quello religioso, rendendolo più democratico e più sensibile ai bisogni della popolazione, al punto che l'ospitalità incominciò a venire considerata come un dovere sociale che doveva essere assolto dal Comune. Fu questo il primo passo del percorso che nei secoli successivi condusse alla laicizzazione dell'assistenza ospedaliera.

All'epoca dei Comuni sorsero anche le «Corporazioni», associazioni di persone legate fra loro dalla comunanza della professione, dell'arte o del mestiere. Queste ebbero un ruolo importante anche nel campo ospedaliero, non solo perché fecero costruire nuovi ospedali, ma anche perché ne ricevettero alcuni in gestione dalla chiesa. Gli ospedali delle «Corporazioni» erano, però, riservati solo ai loro iscritti. In questo periodo sorsero anche le «Confraternite» e le «Congregazioni». Le prime erano istituzioni che avevano per scopo l'esercizio di opere di carità, nelle quali l'elemento religioso era un

aspetto fondamentale. Nelle «Congregazioni» invece gli iscritti, pur avendo lo stesso scopo, dovevano pronunciare i voti e vivere in comunità, dalle quali in seguito sorsero gli «Ordini religiosi» che privilegiarono l'assistenza agli ammalati. Tutte queste istituzioni fecero costruire anche degli ospedali e delle chiese (chiamate anche «oratori»), che amministravano direttamente. Ad Alessandria si trovano tracce di alcune «Confraternite» già nel XIII secolo; col passar del tempo esse continuarono ad aumentare, fino a raggiungere nel 1489 le 22 unità. Nel 1700 scesero però a 14 e all'inizio del 1900 erano solo 7. La «Confraternità» della s.s. Trinità, sorta il 1437, fece costruire, come si è già ricordato, un piccolo ospedale per accogliere i pellegrini poveri e infermi che passavano in Alessandria.

Dal XIII al XVI secolo, durante il periodo delle Signorie, l'ingerenza dello Stato nel campo ospedaliero divenne più importante, perché i Signori fecero costruire grandi e fastosi ospedali (alcuni dei quali erano delle vere e proprie opere d'arte realizzate da architetti e artisti famosi), che assorbirono la maggior parte dei numerosi e piccoli ospedali allora esistenti, ormai deteriorati dal tempo e dall'incuria oppure non più in grado di reggersi in modo autonomo. In tali ospedali, pur essendo presente, la componente religiosa non era più predominante come nei secoli precedenti. Al notevole miglioramento degli edifici e al cambiamento avvenuto nella loro gestione non fece però seguito un miglioramento dell'assistenza dei malati, che andò incontro ad un progressivo peggioramento, in parte attenuato dall'intervento degli «Ordini religiosi». I motivi furono molteplici e andavano dalla cattiva amministrazione ospedaliera, intesa solo ad arricchire gli amministratori, all'affievolimento del sentimento religioso e della pietà cristiana, all'introduzione nell'ospedale dell'assistenza mercenaria, che mirava particolarmente al guadagno, ma soprattutto al movente che aveva spinto i Signori a costruire questi grandiosi ospedali, che non era più il sentimento di carità cristiana, motore della prima ospedalità, né l'impegno del Comune per far fronte ad un'esigenza sociale,

ma solo un gesto di grandiosità per imporsi ai sudditi, al fine di suscitare l'ammirazione di cui avevano bisogno per esercitare il loro dominio.

### *Gli antichi ospedali di Alessandria*

Nei quasi due secoli in cui Alessandria fece parte del ducato di Milano, prima sotto la signoria dei Visconti e poi degli Sforza, come abbiamo già detto, beneficiò scarsamente della ricchezza del ducato, che rivolse la sua attenzione soprattutto a Milano e a Pavia trascurando le altre città. Infatti Alessandria, posta ai confini occidentali dello Stato, era ritenuta importante solo a scopi militari di difesa; il duca perciò si preoccupò principalmente di fortificarla, prestando scarsa attenzione agli altri problemi cittadini, incluso quello della costruzione di un grande ospedale; invece a Milano e a Pavia contribuì largamente alla costruzione dei due grandiosi ospedali tuttora esistenti e diventati entrambi sede dell'Università.

Quasi tutti gli antichi ospedali di Alessandria (che vengono qui ricordati raggruppati per sede) portavano il nome della chiesa alla quale erano annessi, per dimostrarne la loro completa dipendenza. Il più antico di questi ospedali (secondo il Ghilini<sup>16</sup>), fu quello di sant'Antonio in Bergoglio, fondato nel 1295 insieme alla chiesa omonima. Esso era situato nel quartiere di Bergoglio, presso la Porta delle Vigne che dava sulla strada per Valenza e fu costruito con i fondi concessi da Giannino Guasco, membro della nobile famiglia alessandrina. Questa notizia è, però, smentita dal Chenna, che sostiene invece che l'ospedale sarebbe sorto molto più tardi e che Giannino Guasco, vivente nel 1424, sarebbe stato solo un benefattore e non il fondatore<sup>17</sup>. Dopo la sua fondazione l'ospedale passò in commenda ai Canonici di sant'Antonio di Vienne, che si dedicavano particolarmente all'assistenza degli ammalati di «fuoco sacro» o «fuoco di sant'Antonio». Dagli atti della visita pastorale effettuata nel 1565 dal

vescovo di Alessandria Girolamo Gallarati, risulta che in questo ospedale non vi erano persone ricoverate né veniva dato alcun aiuto ai poveri. Anche dagli atti della visita pastorale effettuata nel 1584 risulta che l'ospedale continuava a non avere persone ricoverate e che la chiesa era sprovvista di tutto.

Per porre rimedio a questa situazione, dovuta principalmente ai Canonici che avevano in commenda l'ospedale con l'obbligo di provvedere «agli ornamenti della chiesa e agli utensili per lo spedale», vennero sequestrati al Rettore della chiesa 260 scudi d'oro da sei lire di Milano. A seguito di questo provvedimento sia la chiesa che l'ospedale vennero rimessi in ordine: dagli atti della visita pastorale del 1594 risulta che «nella chiesa vi era qualcosa di buono ed era sufficientemente adornata e che nell'ospedale i ricoverati potevano soggiornare senza disagi, pertanto si sollecitò il Rettore a mettere ulteriormente a posto i locali al fine di garantire un'ospitalità migliore». Nel 1626 l'ospedale e la chiesa furono uniti dal papa Urbano VIII alla chiesa di san Marco (l'attuale duomo di Alessandria).

Dell'ospedale di san Giovanni in Bergoglio, denominato anche «hospitale de porta Alexii» perché si trovava vicino a questa porta, che dava sulla strada per Asti, non si conosce la data di fondazione, che deve essere, però, anteriore al 1350, perché il suo nome («ecclesia s. Joannis hospitale de porta Alexii») risulta registrato nel catalogo delle chiese di Alessandria compilato nel 1350. I beni della chiesa e dell'ospedale passarono poi alla «mensa (patrimonio) vescovile» che, come risulta da un atto notarile rogato il 18 ottobre 1483, li diede in commenda.

Anche dell'ospedale di san Cristoforo in Bergoglio, che in alcuni cataloghi si trova citato come ospedale annesso alla chiesa omonima, mentre in altri solo come chiesa (ecclesia s. Christophori), non si conosce la data di fondazione, ma deve essere anteriore al 1350, perché il suo nome figura nel catalogo delle chiese di Alessandria compilato nel 1350. Tutti i beni di questa chiesa e dell'ospedale ad essa annesso furo-

no donati nel 1566 dal papa Pio V all'ospedale di sant'Antonio in Rovereto per finanziare il suo ampliamento. Sulla data di fondazione dell'ospedale di san Lazzaro in Marengo, annesso alla chiesa omonima («ecclesia s. Lazari de Marengo»), vale quanto è stato detto per i due ospedali precedenti, che cioè sia anteriore al 1350, perché anche il nome di questa chiesa figura nel catalogo delle chiese di Alessandria compilato nel 1350. Questo ospedale, che sembra fosse riservato alle donne, fu per un certo tempo «retto e servito» da una donna, di nome Pagana («ministra dicti hospitalis») con un Guasco e un Merlano.

L'ospedale di san Giacomo di Altopascio in Marengo fu fondato da Guglielmo Gambarini, figlio di Duilio, e portato a termine nel 1335. Il suo atto ufficiale di fondazione fu, però, redatto il 3 maggio 1350 nel convento annesso all'ospedale di san Giacomo di Altopascio (località in provincia di Lucca), sede centrale di tutti gli ospedali dello stesso nome allora sparsi in quasi tutta Europa. Tale atto fu confermato ufficialmente dal papa Innocenzo III con bolla 30 maggio 1489. Per questo motivo, secondo il Chenna, la chiesa e l'ospedale di san Giacomo di Altopascio di Alessandria non compaiono nel catalogo delle chiese di Alessandria compilato nel 1350; in tale catalogo sono registrate solo le chiese riconosciute ufficialmente dal papa prima del 1350.

Il primo ospedale di san Giacomo fu fondato ad Altopascio fra il 1070 e il 1080 dai frati ospedalieri dell'ordine intitolato a questo santo e divenne una delle istituzioni più famose del medioevo. Dopo questo i frati di san Giacomo fondarono altri ospedali sia in Italia sia in numerose altre nazioni dell'Europa occidentale, tutti dipendenti da quello di Altopascio, in cui venivano accolti sia i pellegrini sia gli ammalati. La parte della struttura riservata agli ammalati aveva le caratteristiche di un ospedale inteso nel senso moderno della parola: in esso, infatti, gli ammalati trovavano sempre medici e chirurghi pronti a prestare in ogni momento la loro opera, usando metodi diagnostici e terapeutici per quei tempi veramente all'avanguardia.

La fondazione di nuovi ospedali da parte di questi frati assunse un ritmo intenso fra il 1000 e il 1200; all'inizio del 1300, però, il loro numero incominciò a diminuire, perché in seno all'Ordine comparvero i primi sintomi di un progressivo decadimento, che a poco a poco divenne inarrestabile, al punto da costringere il papa Sisto V a decretarne la soppressione nel 1584. Fu questo il motivo per il quale l'ospedale di san Giacomo di Altopascio di Alessandria, sorto nel 1335, quindi già durante la crisi dell'Ordine, non venne in realtà fondato dai frati di Altopascio, ma da un ricco nobile alessandrino che, dopo aver curato l'erezione dell'edificio, pensò di unirlo all'ospedale di san Giacomo di Altopascio. Infatti, dopo quasi una quindicina di anni dalla fondazione dell'ospedale, nel 1350 Guglielmo Gambarini andò ad Altopascio a chiedere al Rettore e Maestro di quell'ospedale e al suo Capitolo di riconoscere ufficialmente la dipendenza della chiesa e dell'ospedale di san Giacomo di Altopascio di Alessandria da quello di Altopascio e di concedere l'autorizzazione per la nomina del Rettore dell'ospedale di Alessandria alla propria famiglia e, in caso di estinzione di questi, ai nobili della famiglia Gambarini di Lucca, ai quali era unito da stretti vincoli di parentela. Tale richiesta venne esaudita e venne anche concesso al Rettore della chiesa e dell'ospedale di Alessandria «di chiedere, esigere e raccogliere tutte le elemosine, le donazioni e i lasciti testamentari da Pontremoli al Piemonte». Tale concordato, stabilito il 3 giugno 1350, fu confermato dal papa Innocenzo VIII con bolla datata 30 maggio 1489. La famiglia Gambarini di Alessandria divenne così patrona dell'ospedale di san Giacomo di Altopascio di Alessandria e per vari secoli ne nominò il Rettore, scegliendolo spesso fra i membri della propria famiglia<sup>18</sup>.

L'ospedale di san Giacomo di Altopascio di Alessandria fu costruito nel quartiere Marengo, nell'area dove è situata attualmente la casa di riposo di corso Lamarmora. La facciata dell'ospedale dava su corso Lamarmora, mentre il corpo si estendeva lungo l'attuale via Ghilini e la chiesa era posta al-

l'angolo fra via Ghilini e via san Pio V. Dagli atti di una visita pastorale effettuata nel 1565 dal vescovo di Alessandria Girolamo Gallarati, risulta che questo ospedale «disponeva di otto letti per i pellegrini, ai quali il Rettore altro più non dava che il ricovero, che non doveva protrarsi oltre i tre giorni, ove fossero infermi li provvedeva di un medico, di medicine, di alimenti convenienti e di fuoco». Il fatto che l'ospedale disponesse di medici fa ritenere verosimilmente che anche l'ospedale di Alessandria, come gli altri ospedali di san Giacomo di Altopascio, fosse un vero ospedale inteso nel senso moderno della parola.

La famiglia Garbarini di Alessandria mantenne il patronato sulla chiesa e sull'ospedale fino al 1770, anno in cui, essendosi estinto il ramo alessandrino di questa famiglia, ogni diritto passò a quella di Lucca. Nel 1777, non avendo più questo ospedale nessuna importanza come ospedale generale, essendo tale compito assolto dallo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio», il vescovo di Alessandria De Rossi chiese ed ottenne dalla famiglia Gambarini di Lucca che venisse trasformato in un «ospedale per pazzzerelli» (manicomio); esso, dopo l'approvazione papale di Pio VI avvenuta con la bolla del 2 dicembre 1778, venne aperto al pubblico il 9 novembre 1779. Nel 1881 venne trasferito nella sede attuale di via Venezia, sempre con il nome di ospedale di san Giacomo.

L'ospedale di san Bartolomeo dei pellegrini, annesso alla chiesa omonima, fu fondato nel 1389 da Fiorino Merlani, che ne assegnò poi il patronato alla famiglia Castellani di Merlani. Era situato nel quartiere Marengo, nell'attuale via Parma, sul lato sinistro della piazza del Duomo, che allora era ancora la chiesa di san Marco.

Inizialmente era dotato di quattordici posti letto «pro pauperibus personis infermis et peregrinis hospitandis» e sembra fosse ben organizzato dal punto di vista sanitario: infatti è stato scritto «è il più antico esempio nella nostra città di ospedale inteso in senso moderno, cioè di edificio adibito alla cura dei malati e non solo, come era tradizione, ad al-

bergo per pellegrini o derelitti»<sup>19</sup>. Ma dagli atti della visita pastorale effettuata nel 1565 (cioè 176 anni dopo) risulta che la situazione di questo ospedale era notevolmente cambiata, perché i letti erano ridotti a otto, riservati solo alle donne, e tutti in cattive condizioni. Anche dagli atti della visita pastorale effettuata nel 1594 risulta che «in questo ospedale tutto è in cattivo stato e le donne ricoverate si trovano nel massimo disagio». Gli atti delle visite pastorali effettuate negli anni 1698 e 1709 confermano le cattive condizioni in cui versava l'ospedale che aveva ridotti a quattro i letti e li aveva riservati solo ai pellegrini. Le cause di questo degrado furono sia l'avidità di denaro degli amministratori, che si attribuivano la maggior parte dei redditi fondiari dell'ospedale, contravvenendo a quanto disposto dalle regole statutarie, secondo le quali ad essi spettavano solo 50 fiorini, mentre il rimanente doveva essere distribuito e speso per i bisogni dei poveri pellegrini e delle persone inferme ricoverate, «sia la cattiva amministrazione, che fece perdere all'ospedale parecchi fondi, come si leggeva nell'iscrizione di una lapide fatta apporre nell'ospedale nel 1735 da Lorenzo Vasti Cartellani de Merlani che ne era patrono»<sup>20</sup>. Questo ospedale venne in seguito trasferito, in data non precisata, in via Maestra (attuale via Milano) nella casa del Canonico Berto<sup>21</sup> e nel 1773 per ordine sovrano fu in esso sospesa l'ospitalità».

Nel 1575, quando il re di Spagna Filippo II cedette la città di Asti al «Ducato di Savoia», l'ospedale di san Giacomo degli Spagnoli, fondato in quella città nel 1546 da don Framando di Gonzaga, fu trasferito in Alessandria e sistemato, secondo alcuni, nel quartiere Gamondio, in alcune case situate presso il convento degli Umiliati di san Matteo, nel tratto dell'attuale via Trotti compreso fra via Bergamo e via Legnano<sup>22</sup>; secondo altri invece «in qualche casa vicina al monastero della santissima Annunciata, o, a dir meglio, vicino al seminario, allora convento dei Gesuati, ma poi «trasportato fu nelle case vicine al convento dei padri Cappuccini, come da istrumento 28 agosto 1597»<sup>23</sup>. Era un ospedale militare riservato ai soldati

spagnoli, poiché allora il ducato di Milano, del quale Alessandria continuava a far parte, era passato sotto il dominio della Spagna.

Negli atti della visita pastorale effettuata nel 1584 (cioè nove anni dopo il trasferimento) si legge che in esso «vi si trovavano multi hispani jacentes in lectis». Pare infatti che alcuni anni dopo il suo trasferimento questo ospedale, pur restando destinato ai soldati, venisse aperto anche ai civili, come risulta da un decreto dell'arcidiacono Arnuzzi del 31 marzo 1612, in cui si legge che «multi... ex necessitate vel commoditate accedunt ad hospitale hispanorum s. Jacobi erectum in praesenti civitate sub parochia s. Martini». In seguito all'apertura dell'ospedale anche ai civili sorse una controversia fra il parroco della chiesa di san Martino e il cappellano dell'ospedale, che pretendeva di celebrare anche i funerali dei civili deceduti in ospedale. Tale controversia venne risolta con un decreto dell'arcidiacono Arnuzzi, che stabiliva che i funerali «non competevano al cappellano, riservando al parroco il diritto di benedire i cadaveri nello stesso ospedale, fuorché fossero da seppelirsi nel medesimo». Siccome l'ospedale mancava della chiesa, all'inizio del 1600 il dottor Francesco Garcilopez, «medico regio e conservatore di questo ospedale», aveva iniziato a farla costruire, ma poi i lavori furono interrotti e il fabbricato venne destinato a «regio magazzino di grano». Fu allora adattata a chiesa una stanza dell'ospedale; poi fu costruita dentro lo stesso ospedale una piccola cappella, che venne dedicata a san Giacomo.

Nel 1607 il dottor Garcilopez fece edificare a proprie spese nell'ospedale anche un'infermeria e ristrutturare una scala, come si poteva rilevare da un'iscrizione in spagnolo riportata su una lapide posta sopra l'ingresso dell'infermeria. Ma nel 1782, quando fu terminata nella Cittadella militare di Alessandria la costruzione dell'ospedale, «quello di san Giacomo con i suoi fondi e con le sue rendite venne colà trasferito. La chiesa in esso eretta non fu più dedicata all'apostolo s. Giacomo, ma al beato Amedeo duca di Savoia».

Dell'ospedale di san Cristoforo e della chiesa alla quale era annesso («ecclesia s. Christophori de porta Janue o Januensis»), chiamati anche «xenodochium et rectoriam s. Christophori extra portam genuensem», situati nel quartiere Gamondio (più o meno allo sbocco di piazza Marconi in piazza Garibaldi) non si conosce la data di fondazione, che, però, deve essere anteriore al 1350, perché è registrata nel catalogo delle chiese di Alessandria compilato in quell'anno. Nel 1408 il vescovo alessandrino Bertolino decise di cedere i beni di questo ospedale e della chiesa cui era annesso ai frati agostiniani del convento di san Giacomo della Vittoria, ma l'approvazione del papa Martino V per questa cessione avvenne solamente nel 1427, quando nell'ospedale era già cessata da tempo l'ospedalità. I frati agostiniani vennero, però, in definitivo possesso di questi beni solo nel 1428 o, secondo alcuni, nel 1451. Per un arbitrato successivo, confermato dal papa Pio II, i beni della chiesa e dell'ospedale, provenienti in massima parte dalla famiglia Dal Pozzo che ne era patrona, furono divisi fra il convento di san Giacomo della Vittoria e la «mensa (patrimonio) vescovile»<sup>24</sup>. A ricordo di questo ospedale rimane ancora ai giorni nostri l'immagine di san Cristoforo sulla facciata della chiesa di san Giacomo della Vittoria<sup>25</sup>.

L'ospedale della Santissima Trinità veniva anche chiamato dei santi Giacomo e Filippo degli Spandonari, perché si trovava nelle vicinanze di un'antica chiesa che portava questo nome, Tuttavia non vi era ammessa, essendo già collegata alla chiesa della Confraternita della S.S. Trinità, che si trovava nel quartiere Gamondio nell'attuale via Alfieri verso l'ospedale militare<sup>26</sup>, e nel cui chiostro venne costruito nel 1587<sup>27</sup>. Era di dimensioni molto ridotte, essendo costituito da due sole camere, in una delle quali vi erano quattro letti e nell'altra uno solo: dava soprattutto ricovero ai pellegrini che passavano in città. Aveva pochissimi redditi, costituiti unicamente dalle oblazioni dei confratelli. Nel 1679 il sacerdote Michele Antonio Milhauser lasciò a quest'ospedale tutti i suoi beni, consistenti in circa 160 pertiche di terra ed una casa

vecchia. In seguito a questo lascito il reddito dell'ospedale si elevò alla somma di lire 600 annue. Nell'atto del lascito si trova anche il testamento del sacerdote, con il quale egli chiede di essere sepolto nella sacrestia della chiesa della S.S. Trinità. In sua memoria venne anche collocata una lapide nell'androne dell'attuale ospedale psichiatrico di Alessandria. Verso la fine del 1700 la chiesa della s.s. Trinità si trovava in cattive condizioni e la necessità della sua riedificazione era già stata riconosciuta sia dalla confraternita sia dal vescovo di Alessandria, che in occasione della visita pastorale del 1782 la richiese formalmente mediante decreto. Ma solo nel 1791, dopo che a questa confraternita si era unita quella dello Spirito Santo, che le portò tutti i suoi beni, fu finalmente presa la decisione di costruire una nuova chiesa in fondo all'attuale via Ghilini, all'angolo con via Pio V, di fianco all'ospedale dei pazzzerelli (fondato nel 1779), la cui direzione era già stata da tempo affidata dal vescovo alla Confraternita della S.S. Trinità. La nuova chiesa e l'ospedale della S.S. Trinità con il relativo patrimonio passarono poi all'ospedale dei pazzzerelli.

Il documento più antico riguardante l'ospedale di san Biagio è un atto notarile del 1° settembre 1353, con il quale Giovanni Magolerio vendeva a questo ospedale, rappresentato dal padre Pavesio e da Paganino da Po', un prato di 24 staie posto alla periferia di Bergoglio<sup>28</sup>. L'ospedale di san Biagio, come risulta da parecchi documenti, fra cui anche un atto notarile del 9 aprile 1517 rogato dal notaio Gambarini, era situato nel quartiere Rovereto ed occupava, insieme alla sua piccola chiesa, l'angolo nord-ovest dell'isolato posto nell'attuale angolo fra via Milano e via Verona. Siccome dopo l'atto notarile del 1353 non si hanno più notizie di donazioni o di compere fatte da questo ospedale, si ritiene, «come insegna anche il chiarissimo nostro concittadino teologo canonico Giuseppe Antonio Chenna nella sua riputatissima opera intorno al Vescovato, ai vescovi ed alle chiese d'Alessandria, che doveva essere mantenuto dal Comune e dalle limosine dei fedeli, non avendo reddito alcuno, come trovasi menzio-

nato in un istrumento del 16 gennaio 1549 e negli atti della visita pastorale del 1565, sebbene negli atti di una successiva visita pastorale dicasi che gli ospedali di s. Biagio e di s. Antonio avevano una certa entrata»<sup>29</sup>.

Dagli atti delle visite pastorali risulta anche che l'ospedale di san Biagio «aveva dieci letti che servivano per gli uomini solamente e non per le donne, le quali andavano all'ospedale di san Bartolomeo». Come si è già ricordato, tra il 1565 e il 1567 l'ospedale di san Biagio venne riunito a quello di sant'Antonio: «il periodo certo della riunione dei due ospedali non è facile a determinarsi, ma non vi è dubbio che nel giorno 17 gennaio 1565 erano ancora disgiunti ed alli 5 novembre 1567, come ricavasi dall'istrumento rogato dal notaio Pompeo Baratta, erano riuniti in uno col titolo di Ospedale dei santi Antonio e Biagio»<sup>30</sup>. Per circa tredici anni, fino al 1579, i due ospedali erano però riuniti solo sotto l'aspetto patrimoniale e amministrativo, mentre continuavano a risiedere nei due edifici originari.

Nel 1576, quando gli edifici dei due ospedali erano ancora separati, nell'ospedale di san Biagio «venne fabricata la parte dell'ospedale ad uso delle femmine sul sedime di alcune case contigue all'ospedale stesso di proprietà dei padri Somaschi, in cui avevano abitato i poveri soccorsi dalla Società di Nostro Signore Gesù Cristo», come si legge «nell'istrumento del 30 ottobre 1576»<sup>31</sup>. Dopo l'abbattimento dell'ospedale di san Biagio, avvenuto nel 1579, sorse al suo posto la chiesa dell'Annunciata, che venne affidata con le case ad essa adiacenti ai Gesuiti, che vi costruirono anche il convento, poi trasformato in caserma militare.

Il documento più antico riguardante l'ospedale di sant'Antonio (situato nel quartiere di Rovereto, sul lato destro dell'attuale via Treviso) è un testamento del 30 agosto 1524, con il quale Giacomo Claro lo rendeva erede di tutti i suoi beni. Secondo alcuni, invece, questo ospedale sarebbe sorto prima, perché era già ricordato in un atto del 23 marzo 1493, in cui si parla «dell'hospitalis s. Antonii in quarterio Rovereti civitas Alexandriae». Ma di esso si parlerà più dif-

fusamente nella parte di questo libro dedicata allo Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio, perché ne costituiva la parte più antica.

Oltre agli undici ospedali ricordati, la cui presenza in Alessandria è storicamente dimostrata da documenti inoppugnabili, ve ne erano, molto probabilmente, degli altri, che gli storici non hanno ricordato, forse per la loro scarsa importanza. Appare infatti strano che, dopo i ripetuti inviti fatti dalla chiesa in vari Concili, ad annettere ospedali per soccorrere i bisognosi e gli infermi, le numerose chiese di Alessandria ne avessero annessi così pochi.

La presenza in quell'epoca di un così elevato numero di ospedali potrebbe oggi apparire inverosimile, se non si fosse a conoscenza delle dimensioni e delle funzioni che avevano le strutture che allora venivano chiamate ospedali. Si trattava infatti, come si è già più volte ricordato, di costruzioni dalle dimensioni molto modeste, costituite da pochi locali (3 o 4 al massimo), capaci di accogliere un numero ridotto di persone (raramente superavano la decina), per lo più pellegrini, che passavano per Alessandria, diretti a importanti centri religiosi, o da vecchi, indigenti, orfani, bambini abbandonati o da qualche ammalato. Fra tali strutture solo poche disponevano di medici e svolgevano funzioni di luoghi di cura per ammalati, come avviene oggi. Per i motivi appena esposti, pur essendo numerose, esse erano incapaci di sopperire alle necessità di una popolazione come quella alessandrina, che, come si è più volte ricordato, era in grande maggioranza denutrita e facile preda di malattie. Inoltre i pochissimi posti letto di cui disponevano erano situati in ambienti freddi, bui e antiigienici, quindi poco adatti per gli ammalati. Va, però, tenuto presente che allora il ricovero ospedaliero era un fatto molto raro, dato il costume invalso per secoli, di farsi preferibilmente curare a domicilio con cure empiriche che, essendo entrate nell'uso della cosiddetta medicina popolare, venivano praticate anche senza l'intervento del medico, generalmente considerato troppo costoso; anche coloro che avevano i mezzi per interpellarlo, però, difficilmente rinuncia-

vano alle comodità della loro casa per uno squallido letto d'ospedale. Il ricorso alle cure ospedaliere era, quindi, un fatto del tutto eccezionale, limitato alle persone anziane o a quelle incapaci di badare a se stesse. La generale diffidenza verso questi ospedali era acuita anche dal fatto che i ricoveri avvenivano spesso in maniera coatta: infatti una volta alla settimana i confratelli dell'ospedale addetti a questo compito passavano per le strade e per le piazze a fare «la raccolta degli infermi». Si trattava di poveri, di denutriti, di abbandonati senza alcun soccorso, che giacevano sul lastricato delle strade o appoggiati ai muri. Il loro trasporto in ospedale avveniva il più delle volte mediante un rudimentale carretto, o un cassone munito di quattro ruote, oppure una specie di barella a sponde alte o un seggiolone o una gerla di vimini nella quale il paziente stava accovacciato. Il ricovero praticato in questa maniera faceva apparire tali ospedali più come ricoveri per isolare i poveri, gli inabili e gli ammalati privi di mezzi di sostentamento che come luoghi di assistenza e di cura.

Non è semplice ricostruire la vita quotidiana all'interno di questi piccoli ospedali medioevali e le scarse notizie che si hanno sono state generalmente ricavate dai regolamenti che ne disciplinavano il funzionamento o dall'arte figurativa, che alcune volte trasmette particolari ambientali non altrimenti ricostruibili. Purtroppo, per quanto riguarda i piccoli ospedali medioevali alessandrini, mancano anche queste fonti informative; perciò per illustrarne approssimativamente la vita interna si è dovuto ricorrere alle notizie riportate nelle storie di ospedali analoghi di altre città.

Appena giunto in ospedale, il ricoverato veniva pulito e, dove si poteva, si procedeva anche al cambiamento dei poveri cenci dei quali era rivestito. «Mondato il corpo, si passava a mondare l'anima», vale a dire alla confessione e alla comunione, che doveva avvenire prima di condurre il ricoverato a letto, che, non di rado, doveva essere condiviso con un'altra persona. Messo a letto, veniva affidato ai volontari addetti all'assistenza, e, negli ospedali che ne era-

no dotati, veniva visitato dal medico o dal chirurgo. Se la persona ricoverata non era ammalata, ma solo affamata e denutrita, veniva rificollata e dimessa, a volte con l'invito a ripresentarsi saltuariamente in ospedale per ricevere denari, alimenti o vestiario. Se, invece, era ammalata, veniva curata dal personale di assistenza o, quando c'era, anche dal medico o dal chirurgo. Le cure che venivano prestate dal personale non medico erano basate sui metodi della medicina popolare, mentre quelle prestate dal medico erano basate sulla dottrina medica di Ippocrate e di Galeno e su quella araba.

La medicina popolare, che ha origini antichissime, era fondata sia su principi terapeutici tramandati di generazione in generazione, tratti dalla medicina empirica, da quella magica e religiosa e sia su semplici nozioni apprese dalla vita quotidiana. Tale tipo di medicina utilizzava a fini terapeutici i mezzi più disparati: dalle erbe medicinali, che erano predominanti, a sostanze di origine animale o minerale, a talismani, amuleti, preghiere e formule magiche. Molti rimedi della medicina popolare, pur appartenendo ad epoche molto remote, si sono così profondamente radicati nelle tradizioni di quasi tutti i popoli della terra, da essere ancora applicati ai giorni nostri dalle popolazioni meno evolute<sup>32</sup>.

Prima di iniziare a parlare della medicina praticata dai medici medioevali, si è ritenuto opportuno soffermarsi brevemente sulla loro figura. Nei primi due secoli dopo il primo millennio della nostra era l'esercizio della medicina era libero e chiunque poteva dichiararsi medico e curare gli ammalati. In tale epoca, infatti, non vi era un insegnamento ufficiale della medicina e chi voleva intraprendere la carriera, doveva diventare allievo di un medico o di un chirurgo affermato e spesso abitare presso di lui, onde poterlo seguire in ogni momento dell'esercizio professionale e frequentare i corsi che teneva in casa sua, consistenti nella lettura e nel commento delle opere di Ippocrate e di Galeno e dei medici arabi. Anche dopo il 1200, quando incominciarono a sorgere le prime Università, l'insegnamento della medicina continuò ad essere

impartito da un solo insegnante presso la sua abitazione o nelle chiese o in case private. Soltanto quando le Università incominciarono ad avere sedi proprie, l'insegnamento venne impartito nelle aule universitarie essendo aumentate le materie: oltre a quelle mediche, venivano insegnate allo studente in medicina anche la filosofia, la logica, la grammatica, la retorica e la dialettica.

Nell'Università di Pavia, sorta nel 1361, alla quale per disposizione ducale dovevano affluire tutti gli studenti del Ducato di Milano e quindi anche quelli di Alessandria, che allora ne faceva parte, il corso per ottenere la licenza o il dottorato (laurea) era, per entrambe, della durata di 3 anni. La licenza, che consentiva di esercitare la professione, poteva essere fine a se stessa oppure avere carattere preparatorio per il conseguimento del dottorato, che consentiva anche di insegnare nelle Università come «lettore ordinario».

Nessun lasso di tempo era stabilito per il conseguimento della licenza e quello del dottorato, che poteva essere ottenuto anche immediatamente dopo la licenza senza alcun prolungamento del corso di studio, perché la laurea era allora considerata un titolo formale (oltre ad essere molto costosa). Dopo il conseguimento della licenza o della laurea, per poter esercitare la professione il medico era obbligato a restare ancora per due anni all'Università per la pratica<sup>33</sup>.

Il medico medioevale (*medicus physicus* o semplicemente *physicus*) era quindi una persona colta, perché nel suo corso di studi, oltre alla medicina, aveva un ampio bagaglio di cultura generale. Per titolo e per formazione culturale apparteneva ad una categoria professionale emergente, che tendeva a distinguersi dalla massa dei guaritori di basso rango e a farsi strada nella vita cittadina. Infatti la professione medica offriva concrete opportunità di promozione sociale, recando a chi la esercitava denaro e privilegi e alla famiglia di appartenenza un titolo di cui fregiarsi. Ma è anche vero che per formazione mentale e modo di vita il medico medioevale addottorato restringeva il suo ambito d'azione all'ambiente dei notabili, ed in genere non prestava la sua opera

ai ceti popolari che, tra l'altro, guardavano a lui ed alla sua scienza con forte sospetto. In altri termini, il secolare divario fra medico colto e praticante generico aumentava, acuendo la reciproca incomprensione e diffidenza fra il «dottore» e la gente comune. La figura del medico al servizio della comunità doveva ancora nascere, perciò non sorprende che di norma le prestazioni terapeutiche dei medici togati avessero costi proibitivi per la maggioranza della popolazione, la quale doveva ricorrere alle cure empiriche della medicina popolare o a quella dei guaritori<sup>34</sup>. Tuttavia risulta che alcuni medici «curavano gratuitamente (per grazia di Dio) anche i poveri, mentre a quelli moderatamente poveri chiedevano un'anatra, una gallina o un cappone»<sup>35</sup>.

Per poter avere l'abilitazione professionale, il medico medioevale doveva essere regolarmente iscritto al «Collegio professionale dei medici», che ad un tempo tutelava gli interessi degli iscritti ed offriva garanzie della loro capacità. I «Collegi professionali dei medici», che incominciarono a sorgere in Italia nel XV secolo, ebbero uno sviluppo sempre maggiore e nel XVI secolo comparvero nelle principali città italiane, dandosi statuti regolarmente riconosciuti. Nel 1567 Filippo II, re di Spagna e duca di Milano, approvò gli statuti che si era dato il «Collegio professionale dei medici di Alessandria» sorto in quell'anno e durato, forse, fino al periodo napoleonico.

Nel 1678 Carlo II, re di Spagna e duca di Milano, dietro istanza di questo Collegio, permise ai medici ad esso iscritti di fregiarsi di una medaglia d'oro simile a quella che già portavano i medici iscritti ai Collegi di Milano, Pavia e Novara (città che allora facevano parte del ducato di Milano), per distinguersi dai non appartenenti ai collegi medici. Il re accompagnò la concessione con cordiali espressioni di stima «per tan j leales vassalos qui tienen tan merecida mi Real gratitud»<sup>36</sup>.

La medicina praticata dai medici medioevali in possesso di una licenza o di una laurea universitaria era quella «umorale», formulata da Ippocrate nel V sec. a.C. e perfezionata da Galeno nel II sec. d.C. Secondo tale medicina, che durò

fino verso la metà del XIX sec., nel corpo umano vi sono quattro «umori cardinali»: il sangue; il flegma (o pituita o muco); la bile gialla; la bile nera (o atrabile). Quando questi umori sono equamente distribuiti e combinati nel corpo, si ha lo stato di buona salute; quando, invece, uno di questi umori si trova in eccesso oppure non si mescola bene con gli altri o si trova isolato in una parte del corpo, o si corrompe, insorge la malattia. Per ristabilire la buona salute, bisogna riportare in equilibrio gli umori, espellendo dal corpo l'umore in eccesso o corrotto. In questa operazione interviene per prima la natura attraverso la «vis naturae adiuvatrix» (cioè gli attuali «poteri naturali di difesa o poteri immunitari»), che porta a maturazione (coctio) l'umore in eccesso o corrotto e poi lo elimina come «materia peccans» attraverso l'espettorato, l'urina, le feci, il sudore, il pus e il vomito. Compito del medico è quello di coadiuvare la natura in quest'opera mediante la somministrazione di purganti, diuretici, diaforetici e emetici, oppure praticando salassi, causticazioni e scarificazioni, o applicando sulla pelle revulsivi, vescicanti, suppurativi, ricorrendo cioè a tutti quei procedimenti atti a liberare l'organismo dagli «umori corrotti» o in eccesso. Oltre alla medicina ippocratica e galenica e a quella popolare, nel medioevo ebbe grande importanza anche la medicina astrologica, alla quale credevano e si atenevano anche i medici più illustri. Questi, infatti, prima di iniziare qualsiasi trattamento, consultavano gli astri, poiché questo tipo di medicina supposeva l'esistenza di un'intima connessione fra il corpo umano e l'universo e principalmente con gli astri. In questo periodo ebbero applicazione anche la medicina magica, religiosa e quella basata sull'uso di pietre preziose. Si impiegavano, infatti, i sortilegi, le formule magiche e i talismani di ogni genere; si facevano pellegrinaggi ai santuari, si invocavano i santi che si ritenevano capaci di proteggere e di guarire da alcune malattie, e si chiamavano i preti per esorcizzare persone che si ritenevano invase e martoriate dal demonio; veniva attribuita un'efficacia talismanica ad alcune pietre preziose usate co-

me antidoti per numerose malattie e per la preparazione di alcuni farmaci.

La chirurgia nel medioevo era praticata dai «physici et chirurgici» (medico-chirurghi), che avevano conseguito la licenza o la laurea in una Università, e dai chirurghi empirici, che facevano uso esclusivo della loro personale esperienza. Questi ultimi, però, erano più numerosi e dominavano quest'arte, che aveva trovato in seno alle Università ostacoli di vario genere a bloccare lo sviluppo.

Coloro che osteggiavano maggiormente la chirurgia erano i medici, i quali, come avevano sempre fatto sino dall'antichità, continuavano a dimostrare disprezzo per quest'arte perché basata, sia pure a scopo terapeutico, su un'attività manuale (il termine «chirurgia», di derivazione greca, deriva infatti da «cheir» che significa mano e da «ergon» che significa operare e quindi «operare con le mani»), che non ritenevano decorosa per la loro classe, costituita da intellettuali, e che basavano le diagnosi e la cura delle malattie sulla discussione filosofica. Ad aggravare la posizione della chirurgia nel medioevo intervenne anche la chiesa che, con la decisione presa nel Concilio Tours (1163), rifiutò la chirurgia perché «arte crudele e sanguinaria» («ecclesia abhorret a sanguine»). Naturalmente ostacolarono l'affermarsi della chirurgia anche l'elevata mortalità e i frequenti insuccessi che gravavano sugli interventi chirurgici in quell'epoca, soprattutto a causa delle infezioni, della mancanza di mezzi per ottenere anestesie efficaci e della scarsa funzionalità degli strumenti chirurgici fabbricati in maniera troppo rudimentale.

Le infezioni, di cui allora non si conosceva nulla, erano dovute alla mancanza di asepsi (sterilità) e di antisettici (disinfettanti) validi, poiché il vino e l'alcool, che allora venivano usati inconsapevolmente per lavare le ferite, sono dotati di scarso potere disinfettante. D'altra parte la maggior parte dei chirurghi di quell'epoca riteneva che le suppurazioni (uno dei sintomi dell'infezione), osservate quasi regolarmente dopo gli interventi chirurgici, fossero dei processi favorevoli alla guarigione delle ferite («pus bonum et laudabile» o

«pus bonum signum est») tanto che spesso ne favorivano la produzione mediante l'applicazione sulle ferite e sulle piaghe di sostanze suppurative.

L'anestesia, veniva praticata con infusi di oppio, mandragora e giusquiamo somministrati per bocca o per inalazioni con una spugna («spongia sonnifera») inzuppata d'acqua contenente tali sostanze e posta sul naso dell'ammalato, era poco efficace, non era in grado di sedare il dolore operatorio (che spesso provocava shock neurogeni mortali) e di tener fermo l'ammalato, bisognava perciò legarlo saldamente al tavolo o alla sedia su cui era stato posto per l'operazione.

La scarsa funzionalità degli strumenti chirurgici, ed in particolare delle pinze emostatiche, creava notevole difficoltà alla legatura dei vasi sanguinanti, con conseguenti gravi emorragie, spesso mortali. Anche l'emostasi, che veniva allora praticata con il cauterio o versando olio bollente sulle superfici sanguinanti, era frequentemente inefficace.

La rinascita degli studi anatomici, avvenuta nella prima metà del 1500, e la conseguente miglior conoscenza del corpo umano ottenuta mediante la dissezione dei cadaveri, fecero sentire i loro benefici anche sulla chirurgia (prima di allora l'anatomia ufficiale era quella galenica, basata principalmente sull'anatomia animale, soprattutto di scimmie e maiali, perché era proibito dalla chiesa e dagli Stati praticare la dissezione dei cadaveri umani). Tali benefici, però, furono inferiori alle aspettative, poiché le grandi affermazioni della chirurgia si ebbero solo verso la fine del 1800, quando le scoperte batteriologiche consentirono clamorosi successi contro le infezioni e la scoperta dell'anestesia e il miglioramento degli strumenti facilitarono l'opera del chirurgo.

Nell'Università di Pavia, alla quale, come si è già ricordato, dovevano affluire obbligatoriamente gli studenti alessandrini, l'insegnamento della chirurgia iniziò nel 1386, venticinque anni dopo quello della medicina, avvenuto nel 1361, lo stesso anno dell'apertura dell'Università. Quest'insegnamento faceva parte del corso di studi per il conseguimento della li-

cenza di chirurgia («statutum de promovendis ad gradum chirurgie») e nel 1624 il Senato di Milano, con il «decretum de laurea chirurgiae et de differentia inter lauream et simplicem permissionem» stabilì che anche i licenziati in chirurgia fossero ammessi al corso per dottorato (laurea) in chirurgia. Pertanto i «chirurghi ufficiali» usciti dall'Università di Pavia comprendevano i licenziati e i laureati in medicina (physicus et cyrurgicus), i licenziati in chirurgia e i laureati in chirurgia<sup>37</sup>.

I «chirurghi ufficiali» erano, però, molto pochi, meno dei medici (physici) anche loro poco numerosi, perché, essendo la chirurgia tenuta in scarsa considerazione nelle Università per i motivi che si sono ricordati, solo pochi si dedicavano al suo studio e la praticavano, perciò essa era lasciata quasi completamente in mano ai «chirurghi empirici». Il campo d'azione dei «chirurghi ufficiali» era inoltre più ridotto rispetto a quello dei «chirurghi empirici», poiché essi si limitavano ad eseguire solo gli interventi per curare le cosiddette «malattie esterne», cioè quelle interessanti i tegumenti, le ossa e le articolazioni. Le «malattie interne», che riguardavano le malattie degli organi contenuti nelle grandi cavità dell'organismo (cioè il cranio, il torace e l'addome), erano invece di competenza dei medici («physici»), fatta eccezione per la cura delle lesioni traumatiche dei visceri che fuoriuscivano dal torace o dall'addome attraverso ampie ferite penetranti in tali cavità: l'operazione generalmente consisteva nella sutura di ferite dell'intestino, stomaco, fegato e polmone. Si praticava anche la toracotomia per empiemi pleurici e la trapanazione del cranio per ematomi.

La categoria dei «chirurghi empirici» era costituita dai «chirurghi ambulanti», dai «chirurghi barbieri» e dai «chirurghi delle ferite». I «chirurghi ambulanti» erano così definiti perché eseguivano i loro interventi presso le case dei pazienti o nelle locande e, più tardi, anche negli ospedali. Erano i più preparati, e la capacità tecnica che possedevano derivava loro dalla pratica e dall'esperienza tramandata da padre in figlio e, a quanto sembra, originariamente appresa «dai monaci infirmari» e dai «clerici infirmari», che curavano gli ammalati ne-

gli «xenodochi» annessi ai conventi e alle chiese. Tali chirurghi appartenevano quasi sempre alla stessa famiglia, originaria di paesi dove esistevano o erano esistiti «xenodochi» conventuali o ecclesiali. In Italia furono rinomati per la loro perizia i «chirurghi ambulanti» di Norcia nell'Umbria, denominati «norcini», e quelli di Borgo alle Preci, vicino a Visso nelle Marche, denominati «preciani». I «norcini» e i «preciani» raggiunsero una reputazione tale che alcuni di loro vennero chiamati a curare regnanti, papi e nobili. Essi erano specializzati soprattutto nelle operazioni allora definite di «grande chirurgia» e rappresentate dalle operazioni per ernia, cataratta e calcolosi vescicale; sopravvissero fino alla fine del XVIII secolo.

I «chirurghi barbieri», che erano i più numerosi, costituivano il residuo del ceppo comune dal quale era sorta la chirurgia medioevale dopo che questa era stata abbandonata dai «monaci infirmari» e dai «clerici infirmari» per ordine della chiesa. Essi imparavano il loro mestiere nella bottega di un «maestro barbiere» e quando si erano impossessati della tecnica, aprivano essi stessi una bottega. Gli interventi maggiormente eseguiti dai «chirurghi barbieri» erano quelli per ulcere, fistole, ascessi ed altri interventi di chirurgia minore. Essi applicavano, inoltre, mignatte, vescicanti e ventose, medicavano ferite, trattavano le distorsioni, le lussazioni e le fratture. L'operazione più impegnativa di loro competenza era però il salasso, anche se si limitavano alla parte pratica dell'incisione della vena, poiché l'indicazione terapeutica era decisa dal medico. In Italia i «chirurghi barbieri» si riunirono ben presto in Collegi (a Venezia e a Roma erano presenti fino dal 1200) regolati da statuti che, ad un certo punto, imposero agli iscritti l'obbligo di possedere una preparazione culturale ed una perizia tecnica per la cui acquisizione furono costretti a frequentare scuola ed ospedali. A loro volta i «chirurghi barbieri» fondarono scuole, ora libere ora sottomesse all'Università, autorizzate alla concessione del titolo di «maestro barbiere». Questa categoria di chirurghi sopravvisse a lungo

e incominciò ad estinguersi verso la fine del 1700, quando alcuni Stati ritennero necessario il controllo pubblico sull'autorizzazione all'esercizio della professione medica e chirurgica, concedendola solo a coloro che erano in possesso di una licenza o di una laurea universitaria. I «chirurghi delle ferite» costituivano la categoria più bassa dei «chirurghi empirici». Essi curavano le ferite, le distorsioni e le lussazioni come gli attuali «conciaossi»<sup>38</sup>.

### *Gli ospedali speciali in Alessandria nel corso dei secoli*

Analogamente a quanto avvenne in diverse località italiane e straniere, anche in Alessandria, accanto agli ospedali in cui si ricoveravano ammalati affetti da qualsiasi malattia, sorsero degli ospedali speciali, nei quali venivano curati solo ammalati affetti da malattie contagiose o da malattie mentali, oppure invalidati per l'età o per ragioni inerenti la loro professione. In questo libro, dedicato all'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, si è ritenuto opportuno inserire, come si è già ricordato, anche alcune brevi notizie su questo tipo di ospedali sorti in Alessandria, al fine di fornire un quadro completo dell'ospedalità alessandrina nei secoli.

Fra gli ospedali speciali per ammalati contagiosi, che avevano per scopo non solo la cura delle malattie, ma anche la difesa sociale contro il pericolo della loro diffusione, il primo a sorgere fu il «lebbrosario», per il ricovero caritatevole e l'isolamento dei lebbrosi; la malattia fu trasportata in Europa nel V secolo d.C., dopo aver avuto la massima diffusione al tempo delle Crociate, declinò, fin quasi a scomparire nel XVI secolo.

I «lebbrosari», nei quali inizialmente i malati dovevano rimanere isolati per tutta la vita, servivano anche da rifugio a questi poveri disgraziati respinti dalla comunità e spesso oltraggiati e percossi. In questi luoghi, infatti, essi trovavano una certa tranquillità e sicurezza, senza però avere alcuna possibilità di cure mediche efficaci contro la malattia da cui

erano affetti, perché allora essa era incurabile. Con il passare del tempo, però, vennero emanati regolamenti che permettevano ai lebbrosi di andare nei centri abitati per la questua, per la spesa o per le funzioni religiose, ma con l'obbligo di portare abiti speciali per farsi riconoscere e di essere muniti di una specie di sonaglio legato alla caviglia che, nel camminare, mandava un suono particolare, al fine di far allontanare da loro le persone sane. Non potevano né mangiare né dormire in locali pubblici e se volevano andare in chiesa, dovevano occupare solo i posti loro riservati.

Il numero dei «lebbrosari», fra piccoli e grandi, era ragguardevole e quasi tutti erano posti sotto la protezione di san Lazzaro. Vivevano per lo più di elemosine e solo pochi erano tenuti da Ordini religiosi o cavallereschi. La loro vita si estinse quasi completamente nel XVI secolo, quando la malattia incominciò rapidamente a declinare. Parte di essi vennero chiusi e parte trasformati in ospedali generali. Negli annali di Alessandria, anche in quelli che trattano specificamente delle malattie che hanno colpito la popolazione di questa città, non si trova alcun cenno sulla lebbra né sui «lebbrosari» perché, molto probabilmente la città è stata risparmiata da tale malattia, oppure è stata colpita solo in maniera insignificante.

L'altro tipo di ospedale speciale che aveva per scopo, come il «lebbrosario», l'assistenza del malato e la difesa sociale del contagio, fu il «lazzaretto», istituito per il ricovero degli appestati. Ma mentre l'istituzione del «lebbrosario» avvenne anche per un senso di pietà umana verso individui cacciati dalla comunità e perseguitati, quella del «lazzaretto» invece, si realizzò solo per il terrore del contagio. Anche durante le pestilenze, però, la carità cristiana ebbe modo di emergere.

Prima che sorgessero i «lazzaretti», alcuni Stati, fra i quali anche il ducato di Milano, disposero che gli ammalati di peste dovevano uscire dalle mura cittadine e rimanervi finché morivano o si risanavano, e che le persone che li assistevano dovevano rimanere per dieci giorni lontane dalle città senza avere rapporti con alcuno. Queste disposizioni, molto pro-

tabilmente, dovettero essere applicate anche ad Alessandria, che allora faceva parte del ducato di Milano.

La costruzione dei «lazzaretti» era soggetta a particolari precauzioni: non dovevano essere troppo vicini all'abitato, per evitare il facile contagio, né troppo lontani affinché non fosse difficile arrivarvi, specie per gli ammalati. Per meglio effettuare la separazione degli appestati dall'abitato, quando era possibile, venivano circondati dall'acqua, o di mare come a Venezia, dove il «lazzaretto» fu costruito in un'isola, o di fiume, come a Roma, dove fu edificato sull'isola Tiberina; a Milano, invece, fu circondato da un fossato, come in altre città.

La popolazione alessandrina, che era stata risparmiata dalla lebbra, fu invece colpita dalla peste, che infierì su di essa con notevole frequenza, causando numerose vittime. Durante le numerose epidemie verificatesi ad Alessandria fra il XII e il XVII secolo, come risulta dalle scarse o vaghe notizie fornite dalle cronache, vennero adottate le misure prese in altre città, ma non furono costruiti «lazzaretti», fatta eccezione per un piccolo «lazzaretto» aperto nel 1350, in un punto non specificato del quartiere Marengo<sup>39</sup>.

Durante la grave epidemia di peste del 1630, nella quale morirono 4.000 persone fra cittadini e forestieri sopra una popolazione valutabile intorno ai 12.000 abitanti, venne utilizzato come «lazzaretto» l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, dopo aver sistemato altrove i ricoverati. Cessata l'epidemia, prima della riapertura dell'ospedale, si provvide alla disinfezione, durante la quale vennero bruciati tutti i materassi, che furono sostituiti con altri nuovi spendendo moltissimo<sup>40</sup>.

La peste del 1630 fu l'ultima che colpì Alessandria e a questo male secolare subentrò il colera, contro il quale vennero adottate le stesse misure prese contro la peste, compreso l'allestimento di «lazzaretti». All'inizio del 1832, appena avuta notizia che il colera, che aveva già colpito alcune nazioni europee, poteva diffondersi anche in Italia, nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio venne allestito un «lazzaretto» per assistere i colerici e preservare dal contagio

gli altri ammalati ricoverati. In questo «lazzaretto vennero sistemati dei letti, si procurarono delle coperte di lana ed altre masserizie, si controllò se la farmacia era sufficientemente provvista di farmaci, di suffumigi appropriati a tale morbo». Nel 1835, quando si temeva che il colera potesse colpire anche Alessandria, nel «lazzaretto vi erano 34 letti, le sale allestite di tutto e i medici e gli infermieri preparati dalle persone dell'arte per affrontare simile situazione». Il 4 novembre di quello stesso anno il re Carlo Alberto «venne a visitare questi preparativi, elogiò i provvedimenti presi e donò all'ospedale 25 doppie nuove del Piemonte»<sup>41</sup>. Una lapide che si trova attualmente in un corridoio dell'ospedale ricorda tale evento. Fortunatamente quella volta il colera risparmiò la città.

Un altro ospedale di questo tipo fu l'«ospedale degli incurabili». Con la denominazione di «male incurabile» e di «incurabili» si intendevano nel 1500 la sifilide e i sifilitici, denominazione che andava ad aggiungersi al già ricco vocabolario di sinonimi con cui veniva chiamata questa malattia, quali «mal francese», «morbo gallico», «mal napoletano» ed altri. In seguito il termine «incurabili» venne esteso anche agli ammalati affetti da malattie croniche incurabili; poi venne riservato solo a queste.

Sulla comparsa della sifilide, malattia infettiva che si propagava quasi sempre con il contagio sessuale, non vi sono dati sicuri. Tuttavia si ritiene generalmente che sia stata portata in Europa dai marinai di Cristoforo Colombo reduci dal primo viaggio in America, avvenuto nel 1492. Tuttavia la prima manifestazione in forma epidemica di questa malattia si ebbe a Napoli nel 1495, durante l'assedio portato a questa città dall'esercito francese di Carlo VIII e in questa occasione ebbe un decorso tanto grave che non fu mai più eguagliato. In seguito, infatti, la malattia si attenuò e le manifestazioni cliniche divennero meno intense.

L'assenza di una cura efficace contro la sifilide e l'impossibilità di ricoverare i sifilitici negli ospedali generali, perché la maggior parte dei loro statuti (compreso quello dell'ospedale di Alessandria) non ne consentivano il ricovero, essendo

essi malati incurabili, aggravò il problema sociale creato da questa malattia, per cui si rese necessaria l'istituzione di ospedali speciali o di reparti isolati in seno agli ospedali generali per poterli accogliere. Il primo di questi ospedali sorse nel 1497 a Genova, per merito soprattutto di Caterina Fieschi Adorno, poi santificata, e fu chiamato «ridotto degli incurabili» («ridotto» è un termine marinaresco indicante un'insenatura di fortuna in cui trova riparo una nave sorpresa dalla tempesta). Accanto al «ridotto degli incurabili» sorse a Genova anche un ospizio in cui venivano ricoverate le donne contagiate dalla sifilide, generalmente meretrici dimesse dal «ridotto», per essere assistite anche moralmente, in modo che si ravvedessero.

Questo ospizio venne denominato «ospizio delle convertite», dal genere appunto delle sue ospiti<sup>42</sup>. Sull'esempio di quelli di Genova sorsero anche in diverse città italiane «ospedali degli incurabili» e «ospizi per le convertite».

La popolazione di Alessandria non venne risparmiata neppure dalla sifilide anzi, quando questa si manifestò in Europa, Alessandria fu una delle prime città ad esserne colpita in forma epidemica. La prima epidemia di sifilide, come si è già ricordato, si verificò infatti nel 1496, un anno dopo quella di Napoli, ritenuta la prima in Europa. La precoce apparizione di questa malattia molto probabilmente fu dovuta al fatto che Alessandria si trovava lungo un'importante via commerciale proveniente da Genova, città che, a causa del porto, era diventata un centro di diffusione della sifilide.

Pur essendo stata una delle prime città italiane ad esserne colpita in forma epidemica e pur continuando ad esserne sede, nessuna fonte storica ricorda che in quel periodo fossero sorti in Alessandria ospedali per ricoverare i sifilitici o che negli ospedali generali allora esistenti vi fossero posti isolati per ricoverarli. Il primo accenno sembra quello fatto dal Chenna: nella sua opera scrive infatti che nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, nella seconda metà del 1700, «sonvi letti 25 per le donne, 32 per gli uomini e 2 per gli incurabili separati»<sup>43</sup>. Ma nel 1778 un benefattore alessandrino

di nome Giovanni Maverna destinò per testamento la rendita perpetua di una casa in città per la cura e il mantenimento dei poveri «infermi incurabili». Allo stesso scopo, nel secondo decennio del 1800, Alessandro Sticca fece una cospicua donazione: ma questo nuovo ente benefico potè entrare in funzione solo molti anni più tardi. Nel 1831 il teologo Luigi Patria agli stessi intendimenti del Maverna e dello Sticca destinò la rendita annua della sua cascina detta la «Ruffina», e nello stesso anno il canonico Pietro Agosti elargì una somma in perpetuo contributo al mantenimento e alla cura dei poveri «incurabili». Nel 1833, dopo che altri redditi importanti erano stati destinati a questa iniziativa, venne ufficialmente istituita l'«Opera Pia Incurabili», che fu sistemata nell'ospedale ed entrò in funzione nel 1835 e nel 1952 venne trasferita in via Pacinotti, nell'edificio attualmente occupato dall'ospedale Patria.

In quegli anni, però, anche lo Stato incominciò ad occuparsi del problema dei sifilitici e nel 1858, grazie a un contratto stabilito con la Congregazione di Carità di Alessandria, fu aperto un Sifilocomio, dotato di 20 posti letto, per il ricovero delle donne sifilitiche (provenienti anche da Acqui e Novi), che rimase aperto fino al 1888. Nel gennaio del 1897 ci fu un accordo fra il Ministero degli Interni, tramite la prefettura di Alessandria, e l'amministrazione ospedaliera, per annesso all'ospedale un «dispensario celtico governativo» dove visitare gratuitamente e curare le persone affette da sifilide e da altre malattie veneree, mentre quelle che non potevano essere curate ambulatoriamente venivano inviate per il ricovero alla «sala celtica» di Acqui, perché l'ospedale di Alessandria, per regolamento, non aveva l'obbligo di ricoverarle. Solo nel 1916 venne aperta anche nell'ospedale di Alessandria una «sala celtica» che nel 1933 venne unita alla «sezione di dermosifilopatia», aperta in quello stesso anno.

Sorse invece molto prima ad Alessandria l'«ospizio per le convertite». Da un atto notarile rogato dal notaio Nicolao Basgiazia il 19 giugno 1579 risulta, infatti, che il signor Di-

dario Thorez e la di lui moglie Domenina donarono al vescovo di Alessandria Guarnerio Trotti una loro casa, che avevano dato in affitto a pubbliche meretrici al fine di farne un ricovero per le donne «convertite», nome con il quale venivano allora chiamate le meretrici che, convertendosi, avevano abbandonato il loro turpe mestiere. In tale atto, conservato nell'Archivio Capitolare di Alessandria<sup>44</sup>, si legge che «nella città di Alessandria vi sono state e vi sono tuttora molte meretrici pubbliche e malfamate, che con il loro comportamento, istigato dal demonio per dannare le loro anime, hanno dato cattivo esempio e disonorato la città. Alcune di queste meretrici avevano preso in affitto una parte di una casa dalla Signora Domenina ed ivi esercitavano pubblicamente il meretricio e conducevano una vita turpe e disonesta, provocando ogni giorno scandalo non solo per i vicini, ma per l'intera città. Poiché per mezzo della grazia di Dio onnipotente le predette meretrici ed alcune altre, che esercitavano in città questa ignobile professione, hanno riconosciuto i loro peccati e, grazie alla divina ispirazione, dal mese di aprile del presente anno (1579) hanno abbandonato la loro cattiva condotta, i coniugi Thorez hanno pensato di trasformare questa loro casa, in cui erano stati connessi molti peccati, in un ricovero ed in una chiesa, a onore e gloria di Dio onnipotente e a beneficio ed utilità di dette donne comunemente chiamate «donne convertite», sia di quelle che si trovavano in questa casa sia delle altre che per l'avvenire volessero entrarvi». Per realizzare questo loro progetto, i padroni di casa decisero di donare al vescovo di Alessandria tutti i loro beni mobili ed immobili, riservandosi l'alloggio vita natural durante e la prestazione degli alimenti.

Lo Schiavina, nei suoi Annali di Alessandria, scrive che «questo istituto benefico fu eretto il giorno 2 agosto 1579 per cura del vescovo Guarnerio Trotti e in seguito divenne l'Orfanotrofio di santa Marta per le orfanelle. Quando cangiasse scopo, non ci riuscì possibile ritrovare negli antichi documenti, né sapremmo dire tampoco il luogo preciso in

cui sorgesse dappprincipio l'edificio. Si sa soltanto ch'egli era presso la chiesa di san Giovanni Grande<sup>45</sup>. La chiesa di san Giovanni del Cappuccio; costruita alla fine del 1100 dagli Umiliati, fu ristrutturata nel 1700 e chiamata chiesa di san Giovanni Grande, dopo un'ulteriore ristrutturazione divenne l'attuale chiesa di san Rocco, situata nella piazzetta omonima<sup>46</sup>.

Fra gli ospedali speciali del tipo di quelli già ricordati si ritiene possano rientrare anche i «manicomi», perché gli ammalati di mente che vi vengono ricoverati sono, per la loro malattia, in gran parte «pericolosi per sé e per gli altri» e pertanto costituiscono per la comunità un pericolo dal quale ci si deve difendere. Mentre i sifilitici, per l'abiezione morale e materiale in cui erano caduti, costituirono un fertile campo per le opere caritatevoli, verso i pazzi, invece, non esisteva nessuna pietà, quasi che fossero rei di delitti, anziché vittime di una sorte che, a differenza dei sifilitici, non avevano né voluta né cercata. Su di loro si sfogava, infatti, l'ira della società in un trattamento che, più che inumano, poteva definirsi bestiale<sup>47</sup>.

I pazzi, che conoscevano solo la reclusione, quando divenivano molesti e nocivi alla società, e le percosse, quando venivano colti da eccessi di pazzia, vagavano per le vie senza alcun soccorso, fino a quando le loro condizioni non erano tali da destare preoccupazioni per l'incolumità del prossimo. Una volta ricoverati, per loro continuò a valere per lungo tempo quanto scritto da Celso nel suo libro «De medicina», apparso intorno al 30 d.C.: essi dovevano essere trattati «vinculis, fame et phlagis» (percosi, legati e tenuti senza mangiare). Fino verso la fine del 1700, i pazzi ricoverati nei «manicomi» venivano sottoposti ai più duri trattamenti. Legati mani e piedi con ceppi e catene, erano percosi con flagelli a nodi o di ferro aculeato; venivano loro fracassate le ossa dei polsi e delle falangi delle dita delle mani da strettoie di ferro a vite o da torchietti; erano sottoposti ad estenuanti digiuni, che rasentavano la morte per inedia; immersi in vasche d'acqua gelida; storditi dalle vertigini prodotte da mac-

chine rotanti: trattamenti, cioè, che di medico non avevano proprio nulla, se non le persone che le prescrivevano ed erano certo adatti a individui condannati per gravi delitti, non a persone che, senza alcuna colpa, erano già state provate così duramente dalla malattia più sconvolgente quale è la pazzia.

Nel 1800 il trattamento di questi ammalati divenne meno duro e incominciavano a venire aboliti parecchi strumenti di tortura; nel 1900, con il progredire delle conoscenze sulla pazzia e con l'introduzione di nuove terapie, si umanizzò ulteriormente il loro ricovero.

I primi reparti destinati ad accogliere gli ammalati di mente comparvero negli ospedali generali arabi nell'800 d.C. e sembra che agli arabi sia dovuta anche l'organizzazione dei primi «manicomi». La dominazione araba portò quest'uso anche in Spagna, che fu la prima nazione europea ad avere reparti per ammalati di mente negli ospedali generali. I primi manicomi comparsi in Italia furono quello di Bergamo nel 1352 e quello di Firenze nel 1387, ma in genere anche in seguito i manicomi furono poco numerosi, specie se raffrontati con quelli generali, che erano esuberanti. Ad Alessandria il primo ed unico manicomio sorse nel 1777 nell'antico ospedale di san Giacomo di Altopascio, che era situato nella sede in cui si trova l'attuale Casa di riposo di corso Lamarmora. Infatti in quell'epoca, non avendo più questo ospedale nessuna importanza come ospedale generale, perché questo compito era assolto dallo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio», il vescovo di Alessandria, Tommaso Maria De Rossi, chiese ed ottenne dalla famiglia Gambarini di Lucca, che allora ne era patrona, la sua trasformazione in un «ospedale per i pazzerelli» (manicomio). Dopo l'approvazione papale, avvenuta con Bolla di Pio VI il 2 dicembre 1778, venne aperto al pubblico il 9 novembre 1779. Nel 1881, dopo più di un secolo, venne trasferito in via Venezia (allora chiamata via s. Teresa) nella sede dove si trova ancora oggi, con il nome di ospedale Psichiatrico, ma sempre dedicato a san Giacomo. Il passag-

gio del manicomio nella sua sede attuale fu reso possibile dalla soppressione delle Congregazioni religiose avvenuta nel 1866. Il 20 marzo 1867 il Demanio comunicò l'ordine di sfratto ai Padri Cappuccini, che si trovavano nel loro convento di via santa Teresa (l'attuale via Venezia), abbandonato definitivamente il 18 giugno 1868. Tredici anni dopo, nel 1881, nel vasto spazio occupato da questo convento sorse il nuovo Manicomio, che alcuni anni dopo fu chiamato ospedale psichiatrico. In seguito al notevole aumento dei ricoverati, il manicomio incamerò, dopo qualche anno, altro terreno, fino a raggiungere la strada della circonvallazione contro i vecchi bastioni. Più tardi, abbattuti i bastioni, prese possesso di nuovi terreni per costruire un'ampia Colonia agricola ad uso dei ricoverati, portando il suo confine sino alla Piazza d'Armi del rione Orti.

Per l'importanza assunta da questo Manicomio, il numero dei ricoverati continuò ad aumentare e passò da 400 nel 1890 ad oltre il migliaio dopo il 1920; per far fronte all'affollamento, non si provvide ad ampliare gli edifici o a costruirne di nuovi, ma si cercarono valvole di sfogo, potenziando la Colonia agricola, e decentrando a Casale i ricoverati ritenuti irrecuperabili. Nonostante questi provvedimenti, il manicomio si mantenne sempre affollato, anche perché la maggioranza dei ricoverati era costituita da persone bisognose soprattutto di cure mediche ricostituenti e di trattamenti riabilitativi, mentre la popolazione manicomiale, composta dai casi acuti di alienazione mentale ai quali era istituzionalmente destinato l'ospedale, era molto esigua.

In epoca più recente sorsero i «tubercolosari» o «sanatori» per gli ammalati di tubercolosi, destinati sia all'assistenza e alla cura sia alla difesa sociale. La tubercolosi, descritta nelle sue manifestazioni più classiche e perfino nella possibilità del contagio dagli antichi medici greci e romani, venne riconosciuta definitivamente come una malattia infettiva e contagiosa nel 1882, mentre la sua cura specifica venne scoperta nel 1944, quando venne trovata la streptomycina, il primo antibiotico antitubercolare.

La gravità della tubercolosi, pur essendo inferiore a quella della peste e della sifilide, prima della scoperta della sua cura specifica era ragguardevole, tanto che nel 1882 Robert Koch, nella relazione in cui annunciò la scoperta dell'agente causale di questa malattia, rese noto che «la statistica dimostra che un settimo della popolazione muore di tubercolosi e che, considerando le fasce di età media della popolazione attiva, la tubercolosi stronca un terzo di essa e, a volte, anche di più»<sup>48</sup>.

Prima della scoperta della natura infettiva della tubercolosi e della sua cura con antibiotici specifici, erano considerati fattori causali della malattia la predisposizione ereditaria, l'ambiente naturale, l'alimentazione e il modo di vivere. Sulla base di questi presupposti la cura della malattia era fondamentalmente «igienica, dietetica e climatica», basata cioè, su un'alimentazione abbondante, in un ambiente tranquillo e salubre, dove il paziente potesse respirare aria pura. Pertanto per la realizzazione di questa cura i posti ideali vennero identificati nelle località montane, soprattutto in quelle in cui gli abitanti sembravano essere immuni per natura da questa malattia.

Il primo ricovero per tubercolosi polmonare sorse, nel 1854 a Gobersdorf, sui Monti Giganti della Slesia. Un vero e proprio «sanatorio», però inteso nel senso di un ospedale nel quale la vita dei pazienti fosse regolata totalmente dalle prescrizioni mediche, venne aperto nel 1889 a Davos in Svizzera. Ma con il passare del tempo l'ubicazione montana dei «sanatori» perse di importanza, rispetto agli altri fattori su cui si basava la cura della tubercolosi; perciò questi vennero costruiti anche in vicinanza delle città, rendendo così meno disagiati le visite dei parenti ai ricoverati. Le cure praticate nei «sanatori», che per essere efficaci dovevano protrarsi a lungo senza interruzioni, creavano problemi finanziari alle persone meno abbienti, perciò a partire dalla fine del 1800, in quasi tutte le nazioni, lo Stato, affiancato spesso dall'intervento di benefattori privati, provvide a costruire un numero crescente di «sanatori», per permettere a tutti i cittadini

di seguire le cure necessarie. Con la scoperta degli antibiotici specifici contro la tubercolosi e con il miglioramento delle condizioni sociali, la tubercolosi andò gradatamente diminuendo, fino a scomparire quasi completamente, perciò i «sanatori» vennero chiusi e, dopo essere stati opportunamente ristrutturati, destinati ad altri scopi.

Ad Alessandria fino agli ultimi anni del 1800 gli ammalati di tubercolosi venivano ricoverati nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio e sistemati insieme agli altri ammalati. Solo nei primi mesi del 1900 l'amministrazione dell'ospedale, per adeguarsi alle nuove disposizioni di legge, che imponevano il completo isolamento agli ammalati affetti da tubercolosi, in modo da non avere nessun contatto diretto o indiretto con gli altri ammalati per impedire la trasmissione della malattia, li sistemò in due camere separate dalle corsie.

Nel 1913 Teresio Borsalino, per onorare la memoria del padre Giuseppe, donava all'Ospedale dei santi Antonio e Biagio un milione di lire allo scopo di istituire uno speciale reparto per tubercolosi. In tale reparto, denominato «tubercolosario della Fondazione Borsalino», venivano ricoverati «i tubercolotici poveri appartenenti per domicilio di soccorso al Comune di Alessandria, dando la preferenza agli operai capellai, lavoranti da almeno tre anni in Alessandria». Nel 1917 «il tubercolosario della Fondazione Borsalino» disponeva di 24 posti letto, 10 per gli uomini e 14 per le donne.

Nel 1925, essendo i posti letto di questo tubercolosario insufficienti per far fronte alle numerose richieste di ricovero ed essendo i locali di cui disponeva poco idonei ad accogliere ammalati di questo tipo, la Deputazione provinciale di Alessandria, nella seduta del 21 febbraio di quello stesso anno, propose ed approvò per acclamazione la costruzione di un Istituto per la cura dei tubercolotici appartenenti alle classi meno abbienti, intitolato al re Vittorio Emanuele III. A tale scopo la Deputazione stanziò un primo fondo di 500.000 lire; altre 400.000 lire furono raccolte per donazioni fatte dai Comuni, Enti, organizzazioni sindacali e privati, ma l'opera avrebbe tardato ad effettuarsi senza il

munifico intervento di Teresio Borsalino, che assunse a totale suo onere l'attuazione di tale progetto per una spesa di parecchi milioni. In seguito agli eventi storici che portarono alla caduta della monarchia, il «sanatorio» cambiò denominazione e fu chiamato «Sanatorio Teresio Borsalino». Esso è situato a circa tre chilometri dal centro della città, sulla strada comunale Alessandria-Valmadonna e occupa un'area di 95.000 m<sup>2</sup>, dei quali 5.325 sono impegnati da fabbricati, 22.000 da ampie strade e 67.675 da piantagione a pineta. Il progetto e la costruzione sono stati opera degli ingegneri Gardella e Martini di Milano, particolarmente versati in costruzioni ospedaliere. Oltre all'edificio principale, costruito su tre piani che ospita i padiglioni di degenza per uomini e donne, per un totale di 216 posti letto e i servizi medici, chirurgici, radiologici, gli uffici amministrativi, gli alloggi dei medici e delle suore, si trovano altri sette fabbricati sussidiari, cioè la chiesa, l'abitazione del direttore, la lavanderia, il forno inceneritore, l'alloggio infermieri, la portineria esterna e le autorimesse.

L'amministrazione e la gestione del «sanatorio» vennero inizialmente affidate al Consorzio Antitubercolare; poi passarono all'Ospedale dei santi Antonio e Biagio. Entrato in funzione il 15 luglio 1935, il «sanatorio» riuscì nel giro di pochi anni a soddisfare quasi completamente le esigenze degli ammalati di tubercolosi della città e della provincia di Alessandria, evitando così il loro ricovero in «sanatori» fuori provincia, che li privava dell'importante conforto delle visite dei familiari<sup>49</sup>.

Fino al 1500 gli ammalati ricoverati negli ospedali generali venivano accolti in reparti distribuiti per sesso. Poi si incominciò a collocarli in reparti distinti a seconda se erano affetti da malattie di competenza medica o chirurgica. A partire dal 1700, avendo incominciato la medicina e la chirurgia a suddividersi in diversi rami che, pur staccandosi dallo stesso tronco, facevano parte a sé, sorsero nello stesso ospedale reparti distinti per forme morbose o per ragioni di età o per altri motivi e nel 1800 incominciarono anche a sorgere ospe-

dali distinti con lo stesso criterio e fra questi si ebbero anche gli ospedali pediatrici per bambini.

Il primo dispensario per bambini ammalati fu fondato a Londra nel 1769. Alla fine del 1700 l'Accademia delle scienze di Parigi, incaricata di esaminare il progetto di trasformazione dell'ospedale Hôtel Dieu, propose di istituire alcune sale speciali per l'ospedalizzazione dei bambini. Nel 1802 sorse a Parigi il primo ospedale per bambini in Europa nella sede della «Maison de l'Enfant Jésus», in via de Sévres. In Italia il primo ospedale infantile fu quello del «Bambin Gesù» fondato a Roma nel 1869.

Ad Alessandria Cesare Arrigo, primario chirurgo con un gruppo di azionisti privati fondò nel 1890 nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio una sezione autonoma di pediatria, denominata «ospedaletto infantile», la cui apertura fu autorizzata dalla Prefettura il 14 aprile 1890. Con una convenzione stipulata il 31 maggio 1890 l'amministrazione dell'ospedale concesse all'«ospedale infantile» l'uso gratuito dei locali adattati allo scopo a pian terreno del fabbricato ospedaliero e si impegnò a sostenere le spese del mantenimento, della cura, dei medicinali e della biancheria dei bambini ricoverati». Il 15 giugno 1890 fu aperto al pubblico.

Con regio decreto 24 settembre 1891 l'«ospedaletto infantile» venne costituito in ente morale, retto da un'Assemblea generale degli azionisti e da un Consiglio di amministrazione e destinato alla cura dei bambini dai 2 ai 7 anni. L'«ospedaletto infantile», nei limiti dei suoi mezzi, provvedeva alla cura dei bambini poveri d'ambo i sessi, affetti da malattie acute, curabili e non contagiose, dai 2 ai 7 anni di età; appartenenti alla città di Alessandria come domicilio di soccorso. Potevano essere ricoverati a pagamento anche bambini ammalati non poveri, ma che avessero gli altri requisiti. Non potevano invece essere accolti, sia gratuitamente che a pagamento, bambini ammalati cronici, ad eccezione dei casi in cui la malattia attraversasse una fase di riacutizzazione e limitatamente alla durata di questa. L'ospedaletto provvedeva al suo scopo con le rendite proprie, pro-

venienti dalle oblazioni già fatte a fondo perduto dai cittadini e da enti morali, col provento delle donazioni e dei lasciti, col contributo annuo degli azionisti, coi proventi dei ricoverati a pagamento<sup>50</sup>.

Nel 1910 l'ospedaletto infantile, per motivi di ordine economico, si fuse con l'Ospizio di Mendicità di via Ghilini e si trasferì in quest'ospizio. Nel 1902, dopo la morte di Cesare Arrigo avvenuta il 2 di gennaio di quello stesso anno, l'ospedaletto assunse il titolo di «Ospedale infantile Cesare Arrigo»<sup>51</sup>.

Nel 1913, allorché la Congregazione di Carità provvide al riordino delle Opere pie ospedaliere, propose anche il loro raggruppamento, includendovi l'«ospedaletto infantile», ma i suoi amministratori si opposero e così venne lasciato fuori. Nello stesso anno, grazie alla generosa oblazione della signora Rosa Borsalino, vennero iniziati i lavori per la costruzione dell'attuale ospedale infantile, che terminarono nel 1915, po90hi mesi dopo lo scoppio della prima guerra mondiale. A causa di questo evento l'ospedaletto fu requisito e trasformato in ospedale chirurgico per la cura dei soldati feriti. Nel 1919, finita la guerra, vennero iniziati i lavori per il suo riadattamento, che terminarono alla fine del 1922 e il 5 gennaio 1923 venne inaugurato. Nel 1930 esso fu ampliato e nel 1956 rinnovato su progetto dell'architetto Ignazio Gardella.

Dopo la fine della prima guerra mondiale, intorno al 1920, ripresero i contrasti fra l'amministrazione dell'ospedaletto e quella dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio per la ripartizione dei malati poveri da ricoverare. Nel 1922, in seguito a trattative intercorse fra i due enti, si addivenne ad un accordo secondo il quale i bambini poveri che non avevano compiuto il dodicesimo anno di età dovevano essere ricoverati nell'ospedaletto, mentre quelli a pagamento, anche se di età inferiore ai dodici anni, potevano essere ricoverati nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio.

Nel 1939, avendo il prefetto di Alessandria constatato le condizioni di grave disagio finanziario in cui versavano i due

enti, proposte, ai fini economici, il loro raggruppamento, ma la proposta non ebbe alcun seguito, mentre continuavano le discussioni relative ai ricoveri.

Nel 1950, per rimediare a questa situazione, venne stipulata una nuova convenzione, in forza della quale l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio si impegnava a non istituire reparti di pediatria nel suo interno e a non concedere ricoveri né visite ambulatoriali ad infermi di età inferiore a dodici anni, a condizione che si riunificassero i rispettivi servizi sanitari di chirurgia e di ortopedia, mentre il primario pediatra dell'ospedaletto si impegnava ad espletare la consulenza per i neonati presso la divisione di ostetricia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio. Ma anche questo accordo, per un complesso di motivi, non poté funzionare bene come sarebbe stato auspicabile; perciò nel 1958 l'amministrazione dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio dichiarò che considerava decaduta la convenzione del 1950 e riprese la propria completa libertà di azione, con l'istituzione di una regolare consulenza pediatrica presso la propria divisione di ostetricia per i neonati<sup>32</sup>.

Fra gli ospedali speciali vengono annoverati anche quelli militari, nei quali sono ricoverati i militari sia in tempo di guerra che in periodo di pace. Mentre gli ospedali militari allestiti in tempo di guerra (ospedali da campo, ospedali di guerra) hanno carattere provvisorio, quelli allestiti in tempo di pace (ospedali territoriali) sono, invece, permanenti. I primi ospedali militari territoriali permanenti ricordati nella storia sono i «valetudinaria» militari, fatti costruire dagli antichi romani per curare i legionari. Di alcuni di essi sono rimaste notizie così particolareggiate che hanno permesso di ricostruirne un modello. Quello di Vindonissa (oggi Windisch) in Svizzera venne costruito in legno nel 12 d.C., poi fu sottoposto a rimaneggiamenti e nel II secolo ricostruito in pietra. Poteva ospitare fino a 480 ammalati. Quello di Castra Vetera (oggi Xanten) in Germania aveva dimensioni più ridotte e poteva ospitare fino a 180 ammalati. Questi due ospedali erano composti da quattro fabbricati delimitati da

un cortile interno. Ciascun fabbricato conteneva due file di camere separate da un corridoio; vi erano inoltre locali destinati a bagni, latrine, cucina, dispensa, camere dei medici, farmacia e camere mortuarie. Molto più semplice era invece quello di Inchtuthil in Scozia, che aveva anche una capacità minore<sup>53</sup>.

Dopo i «valetudinaria» militari romani non si trovano nella storia notizie di altri ospedali militari permanenti fino all'inizio del XVII secolo, molto probabilmente perché negli Stati non vi erano più eserciti stabili. Il primo ospedale militare permanente, destinato esclusivamente al ricovero dei militari, è generalmente ritenuto quello aperto a Pinerolo, in Piemonte, nel 1629, durante l'assedio della città di Casale, per consiglio ed opera del cardinale Richelieu<sup>54</sup>.

Già nel 1546, però, come è stato precedentemente ricordato, era stato aperto ad Asti (città che, facendo allora parte del ducato di Milano, era sotto il dominio spagnolo) uno «spedale per soldati infermi», denominato «Spedali di s. Giacomo degli spagnoli». Si chiamava con questo nome «forse perché era destinato per i soldati che per di più erano di quella nazione, che qui allora dominava». Ma «nel 1575, avendo il re di Spagna Filippo II restituita la città di Asti al Ducato di Savoia», l'ospedale di san Giacomo degli spagnoli fu trasferito ad Alessandria che, facendo parte del ducato di Milano, era ancora sotto il dominio della Spagna. Dopo il suo trasferimento però, questo ospedale, pur rimanendo sempre destinato ai soldati, venne usato anche per i civili: infatti, in un decreto dell'arcidiacono Biagio Arnuzzi del 31 marzo 1612 si legge che molti cittadini, per necessità o per comodità, accedevano a questo ospedale per farsi curare. Verso la metà del 1783, terminata la costruzione dell'ospedale nella «Cittadella» militare di Alessandria, «fu colà trasferito lo spedale di s. Giacomo degli spagnoli con i suoi fondi e le sue rendite e venne aperto con la traslazione dei soldati infermi il giorno 3 giugno 1782. La chiesa in esso eretta, però, non fu più dedicata all'apostolo s. Giacomo, ma al beato Amedeo duca di Savoia»<sup>55</sup>.

L'ospedale della «Cittadella», tuttora esistente ma non funzionante, era uno dei migliori della sua epoca e ad esso si ispirarono numerosi progettisti nella costruzione di ospedali militari sorti successivamente in Italia e all'estero. Costituito da un grosso complesso posto su due piani più un sotterraneo, occupa un'area di oltre 3.000 m<sup>2</sup> (m. 67x50). Inizialmente era articolato su cinque cortili (attualmente ridotti a due, perché sono stati demoliti i due fabbricati interni che li delimitavano), tra loro in comunicazione mediante un porticato oggi in gran parte chiuso. Rispetto agli altri edifici della «Cittadella» è dotato di una fitta serie di camini, essendo l'unico che fruiva di un sistema organizzato di riscaldamento. Degna di nota in questo edificio è anche la Cappella, a vano unico absidato con arco trionfale rialzato e ornato da lesene con capitelli, situata fra il cortile centrale e il cortile sud<sup>56</sup>.

Pur essendone esistiti alcuni anche in epoche precedenti, gli ospedali militari territoriali permanenti incominciarono però a sorgere sistematicamente con Napoleone Buonaparte. Egli fu, infatti, il primo che organizzò un vero proprio servizio sanitario militare in guerra e curò l'istituzione di ospedali militari territoriali permanenti. Sia questi sia quelli provvisori al seguito delle truppe combattenti si perfezionarono sempre più negli anni, fino a raggiungere un alto grado di funzionamento.

Nel regno di Sardegna, al principio del 1800 esistevano ospedali reggimentali che, però, nel 1831 Carlo Alberto trasformò in infermerie; al loro posto istituì gli ospedali divisionali territoriali, che esistono tuttora. Anche ad Alessandria nel 1833 fu istituito un ospedale militare territoriale divisionale, che venne sistemato nell'ex convento francescano di via XXIV maggio: sorto nel 1200, questo convento fu soppresso da Napoleone nel 1803, e trasformato in caserma, rispettando, però, la chiesa annessa. Dopo la caduta di Napoleone, lo Stato sabauda si appropriò anche della chiesa, che divise in due piani, trasformandola in dormitorio per la truppa. Nel 1833 la caserma venne trasformata da Carlo Alberto

in ospedale militare: disponeva di 280 letti; che divennero 400 nel 1858, per salire a 500 nel 1865 con l'acquisto di alcune case confinanti. E così, a poco a poco, si costituirono gli uffici, le corsie e tutti i locali necessari al funzionamento dell'ospedale, compresa la Cappella ricavata nella sagrestia dell'antica chiesa. Esso rimase funzionante sino al 1945; poi, per conservarlo, fu concesso provvisoriamente alla Croce Rossa. Nel 1953 venne chiuso, ferma restando la dipendenza dalla Croce Rossa<sup>57</sup>. Alcuni anni dopo, nel 1957, riprese le funzioni di ospedale militare, per essere poi chiuso definitivamente nell'anno 1987.

Note

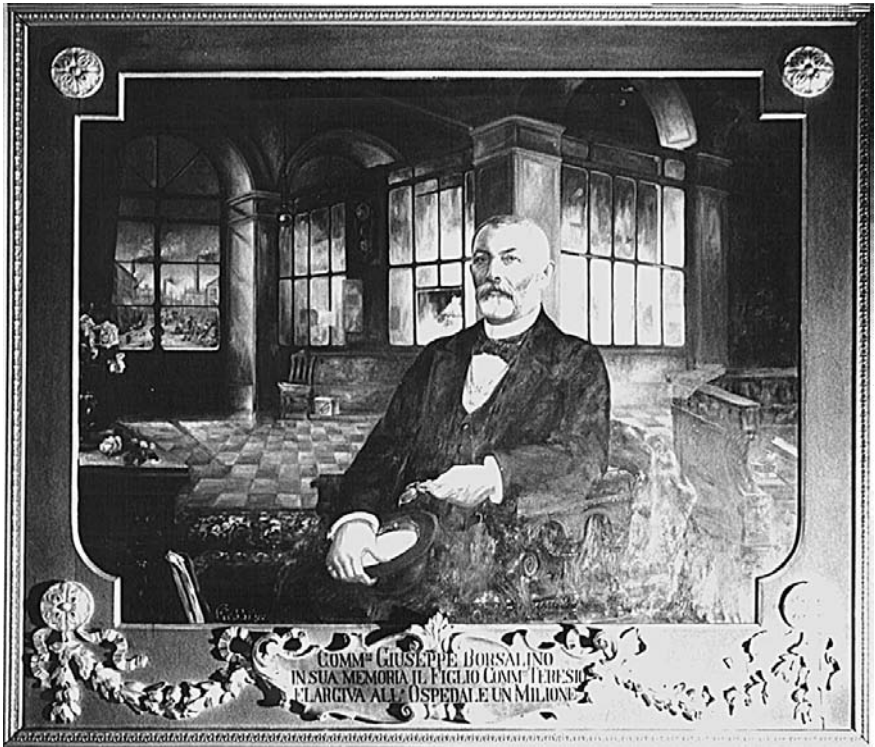
1. Lorenza Lorenzini, Marco Necchi, *Alessandria storia e immagini*, Casa Ed. Il Quadrante, Alessandria 1982, pp. 16-17.
2. Ausilia Roccatagliata, *Variazioni climatiche, pestilenze e vita sociale nel territorio alessandrino nel sec. XIII-XVII*, in «Rivista di Storia, Arte, Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1976, p. 189.
3. *Ibidem*, p. 191.
4. Claudio Zarri, *Alessandria e la peste*, in «La Provincia di Alessandria», luglio-settembre 3-1980, p. 33.
5. L. Lorenzini, M. Necchi, *Alessandria storia...*, op. cit., p. 32.
6. A. Roccatagliata, *Variazioni climatiche...*, op. cit., p. 195.
7. Ludovico Vergano, *Una casa alessandrina nel XV secolo*, in «Alessandria» VII 1939, pp. 57-59.
8. Claudio Zarri, *Girardo de Berneris medico della peste*, in «La Provincia di Alessandria», 303/2 1993, pp. 21-?.
9. A. Roccatagliata, *Variazioni climatiche...*, op. cit., p. 200.
10. *Ibidem*, p. 201.
11. *Ibidem*, pp. 201-209.
12. Fausto Bima, *Storia degli alessandrini*, Ugo Boccassi, editore, Alessandria 1984, pp. 72-73.
13. Giuseppe Antonio Chenna, *Del vescovato, dei vescovi e delle chiese della città e diocesi di Alessandria 1785*, vol. II, pp. 340-362.
14. Francesco Gasparolo, *Notizie sulle Confraternite di Alessandria*, Tipografia popolare casalese 1921, p. 35.
15. Adalberto Pazzini, *La medicina nella storia*, Bramante Ed. Milano 1967, pp. 285-287.
16. Girolamo Ghilini, *Annali di Alessandria* (annotati e documentati da A. Bossola) in 4 vol., Ed. Riccone, Alessandria 1903, vol. II, p. 381.
17. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 342.

18. Franco Andreucci, *L'ospedale di san Jacopo di Altopascio in Alessandria*, in «Rivista di Storia, Arte e Archeologia per le province di Alessandria e Asti», 1974-75, pp. 53-67.
19. Claudio Zarri, *Antichi ospedali alessandrini e lo Spedal grande di via Treviso*, in «La provincia di Alessandria» n. 4, 1979, p. 27.
20. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., pp. 345-346.
21. Pietro Angiolini, *Vecchia Alessandria: ospedali d'altri tempi*, in «Il Piccolo» 11-6-1955.
22. C. Zarri, *Antichi ospedali...*, op. cit., p. 28.
23. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., pp. 360-362.
24. *Ibidem*, p. 341.
25. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit.
26. *Ibidem*.
27. F. Gasparolo, *Notizie sulle...*, op. cit., p. 30.
28. F. Gasparolo, *Cenni sull'ospedale per gli ammalati col titolo di s.s. Antonio e Biagio*, in «Rivista Storia Arte e Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1908, pp. 3-4.
29. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 347.
30. F. Gasparolo, *Cenni sull'ospedale...*, op. cit., p. 4.
31. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 350.
32. Giovanni Maconi, *La storia della medicina e della chirurgia*, Casa Ed. Ambrosiana, Milano 1991, pp. 5-6.
33. Giovanni Maconi, *La chirurgia nell'Università di Pavia*, Centro Stampa, via Vescovado, Alessandria 1987, p. 24.
34. C. Zarri, *Giraud De Benieris...*, op. cit., p. 23.
35. G. Penso, *La medicina medioevale*, Ciba-Geigy Edizioni 1989, pp. 39-48.
36. Giovanni Cardello, *Gli statuti del Collegio dei medici di Alessandria*, «Rivista Storia Arte e Archeologia delle Province di Asti e Alessandria» 1933, pp. 242-251.
37. G. Maconi, *La chirurgia...*, op. cit., pp. 29-31.
38. G. Maconi, *Storia della medicina...*, op. cit.
39. C. Zarri, *Antichi ospedali...*, op. cit., p. 27.
40. C. Zarri, *Alessandria e la peste*, op. cit., pp. 35-36.
41. Guglielmo Schiavina, *Annali di Alessandria*, Stamperia Bernabè e Borsalino, Alessandria 1861, p. 282.
42. A. Pazzini, *L'ospedale nei secoli*, Ed. Orizzonte medico, Roma 1958, pp. 160-163.
43. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 351.
44. Monumenta capitolaria 1451-1798, T. II, Miscellanea, n. 27.
45. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 293.
46. L. Lorenzini, M. Necchi, *Alessandria storia...*, op. cit., p. 22 e p. 72.
47. A. Pazzini, *L'ospedale nei secoli*, op. cit., p. 176.
48. Huldrych Koelbing, *Storia della terapia medica*, Ciba Geigy Ed. 1989, p. 135.
49. Ferruccio Ravazzini, *Alessandria VI 1938*, pp. 197-203.
50. Archivio di Stato di Alessandria (ASAL), *Archivio Storico dell'Ospedale*, vol. 1-1-3 2.

51. Riccardo Lera, Roberto Botta, *L'Uspidalët*, Le Mani, Recco (Genova) 2001.
52. ASAL, *Arch. Ospedale*, vol. 1-7-2 2.
53. Giuseppe Penso, *La medicina romana*, Ciba Geigy Edizioni 1989, p. 137.
54. Adolfo Paolini, *Servizio sanitario militare*, Enciclopedia Treccani vol. XXV 1949, p. 685.
55. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., pp. 360-362.
56. Anna Marotta, *La cittadella di Alessandria*, Ed. Cassa di Risparmio di Alessandria 1991, pp. 32-33.
57. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit., 28-5-1955.



## Parte Seconda



Giuseppe Borsalino. Alla sua memoria il figlio Teresio donò, nel 1913, un milione di lire all'Ospedale, per istituirvi uno speciale reparto per tubercolosi poveri.

## Lo Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio (1579-1790)

Questa parte del libro dedicata allo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio» abbraccia il periodo di tempo che va dal 1579, anno in cui, con l'abbattimento dell'ospedale di san Biagio, quello di sant'Antonio divenne lo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio», al 1790, quando lo Spedal Grande venne trasferito nella sede in cui si trova l'attuale ospedale.

In questo lasso di tempo, durato oltre due secoli, la città di Alessandria continuò a rimanere fino al 1706 sotto la denominazione spagnola, quindi passò sotto quella del ducato e poi del regno di Savoia.

La dominazione spagnola in Italia anche in questi periodo continuò ad avere un carattere quasi esclusivamente fiscale, che mirava ad imporre tasse e tributi di ogni genere per spremere la maggior quantità di denaro possibile dai sudditi (specialmente dalla borghesia e dai piccoli proprietari), cosa che portò al decadimento di tutte le attività produttive, soprattutto dell'agricoltura, favorendo la ricostituzione dei latifondi di proprietà delle famiglie nobili. Aumentò così la potenza della nobiltà che, al riparo dai suoi privilegi, poté commettere ogni specie di arbitrio e di violenza, sfidando impunemente le leggi. Sia pure in maniera più attenuata, anche Alessandria si trovava allora nelle stesse condizioni; infatti, anche qui la nobiltà era potente perché, oltre a possedere la maggior parte dei terreni coltivabili, che dava in affitto ai contadini ad alto costo, occupava anche i posti più importanti del-

la pubblica amministrazione. Inoltre, per conservare la sua preminenza nella società, impediva con ogni mezzo l'accesso popolare alle professioni prestigiose o comunque degne di rispetto. Gli statuti dei Collegi professionali dei medici, degli «speziali» e dei dottori in legge, per esempio, contenevano norme rigorose, erogate per impedire infiltrazioni da parte della plebe.

Negli ultimi due decenni del 1500 e nel primo decennio del 1600 non si ebbero in Alessandria scontri armati né perturbazioni atmosferiche degne di nota, ma verso la fine del 1500 incominciarono a verificarsi degli stati persistenti di penuria di cereali, spesso dovuti a speculazioni e frodi (contrabbando), che le autorità cittadine cercarono di arginare con provvedimenti non sempre tempestivi ed efficaci. Infatti anche negli anni successivi, pur essendo stati i raccolti sufficienti, si verificarono episodi di fame a causa dei prezzi esorbitanti della farina, perché il frumento veniva esportato in modo illecito. Protraendosi questa situazione, le conseguenze si fecero sempre più gravi, al punto che la popolazione fu ridotta alla fame e «molti poveri morirono per lo scarso nutrimento, ridotto a lupini ed erba, e molte giovani donne si prostituirono per fame». Solo un avvenimento fortuito, rappresentato dall'arrivo a Genova di navi cariche di grano, valse a rimediare in parte a questa situazione.

Alla fine del 1500, non preceduta da perturbazioni atmosferiche né da carestie, comparvero in Alessandria nuove epidemie ad alta diffusione, rappresentate soprattutto da influenze, con un numero relativamente esiguo di vittime, perché si trovò nel melarancio (un tipo di arancia molto dolce) una cura abbastanza semplice ed efficace. Eccezionale gravità acquistò, invece, nel 1598 un'altra epidemia, molto probabilmente dovuta a polmonite fulminante, di origine tifoidea, che nel giro di tre mesi provocò la morte di ben cinquecento persone. La peste, che nel 1599 infuriò in Italia e in altre nazioni europee, sfiorò l'alessandrino solo di tanto in tanto, con focolai sparsi e poche vittime, grazie anche alla

presenza di un corpo scelto di guardie, che controllavano in continuazione i confini per impedire l'entrata di persone infette o sospette.

Nel 1603 si verificarono alcuni casi di malattie gastrointestinali, che guarirono facilmente, ed un'epidemia di morbillo che, invece, causò la morte di un grande numero di bambini. Nel 1604 si registrò una recrudescenza di febbre malarica terzana, assai diffusa, ma con poche vittime. All'inizio del 1615 si manifestò un'ondata di gravi febbri castrensi, diffuse soprattutto fra i soldati napoletani che si trovavano ad Alessandria, che provocò molte vittime, parecchie delle quali morte improvvisamente per strada. Sollecitati dai cadaveri di questi soldati, i lupi si accanirono sui miseri resti, poi assalirono donne e bambini, causando una strage di proporzioni tali che vi si dovette porre rimedio con vere e proprie battute di caccia dietro ricompensa<sup>2</sup>. Durante l'estate dello stesso anno esplose un'epidemia, forse di tifo, che fece molte vittime, specie fra i giovani, tanto che l'anno 1615 rimase a lungo nel ricordo dei posteri come un anno di grande moria.

Gli eventi più importanti che nel 1600 influirono negativamente sul settore socio-sanitario furono gli scontri armati fra l'esercito spagnolo e quello franco-piemontese (iniziati nel 1613 e terminati nel 1659 con la pace dei Pirenei) e la peste del 1630. I primi scontri fra l'esercito spagnolo e quello franco-piemontese (essendosi il ducato di Savoia alleato con la Francia, con l'intento di occupare anche il ducato di Milano allora dominio degli spagnoli) iniziarono nel 1613, in occasione della guerra di successione al ducato di Mantova e del Monferrato, e si protrassero, con vari intervalli, fino al 1659. L'esercito franco-piemontese, che aveva assediato Casale, faceva scorrerie nel territorio alessandrino per razzare bestiame, saccheggiare e distruggere le cascine, mentre soldati di varie nazionalità che combattevano per il ducato di Milano, schieratosi a favore del duca di Mantova contro i franco-piemontesi, si stanziarono ad Alessandria, occupando le case degli alessandrini, che dovevano fornire

loro anche coperte, suppellettili e utensili da cucina. La popolazione alessandrina divenne così vittima sia degli eserciti alleati sia di quelli nemici. La situazione peggiorò nel 1626, quando arrivarono nella città tre reggimenti, costituiti complessivamente da sedicimila soldati tedeschi, inviati dal governatore spagnolo di Milano per combattere contro i franco-piemontesi.

Questi eventi bellici, insieme alle avverse condizioni atmosferiche, provocarono una grave penuria alimentare, che sembra abbia favorito la comparsa della peste del 1630, la più grave manifestazione epidemica della storia di Alessandria. La peste, penetrata nel milanese con le truppe tedesche e in Piemonte con quelle dell'esercito francese di stanza a Casale, causò i primi morti nell'ottobre 1629 in Valtellina e nel comasco. Un mese dopo si portò a Milano e in breve si diffuse in tutta l'alta Italia, favorita dallo spostamento degli eserciti, causando ovunque numerosi i decessi.

In Alessandria la peste, nota come peste del Manzoni o dei «Promessi sposi», perché descritta nel celebre romanzo dello scrittore milanese, si manifestò per la prima volta il 23 giugno 1630, quando ormai infuriava in Lombardia da otto mesi mietendo migliaia di vittime. Stando alla scarsa documentazione che si ha su questo evento, negli otto mesi precedenti all'inizio della peste non risulta che per scongiurare il contagio l'Amministrazione comunale di Alessandria avesse preso provvedimenti diversi da quelli cui si ricorreva generalmente nelle altre città. Qui, come altrove infatti, dominavano le pratiche religiose: si invocavano i santi Baudolino e Valerio, protettori della città, si intensificavano le pratiche di devozione alla Madonna e ai santi Sebastiano e Rocco, poiché, come era stato detto in una seduta del Consiglio comunale «niun rimedio è più giovevole che il ricorrere al Signore, ai suoi santi e alla Madonna». Sempre in quest'ottica, il Consiglio comunale decise di donare un'urna d'argento alla chiesa di san Siro, per custodire più degnamente la reliquia di san Sebastiano, consistente nel frammento dell'osso di un braccio. L'urna fu conservata per al-

cuni anni in questa chiesa e poi venne trasferita in Duomo. Il Consiglio comunale dispose, inoltre, che venissero recitate pubbliche preghiere nella chiesa di san Marco e di san Francesco e, se ci fosse stato bisogno, si facesse una processione generale con la santissima Croce; impose poi la tassa di «un ducato per cadaun capo di casa, tanto de cittadini quanto de abitanti del contado da esigersi nel termine di giorni 15». La somma raccolta venne messa a disposizione dei Conservatori della Sanità per apprestare un lazzaretto e per realizzare opere di carattere profilattico, come palizzate per impedire l'accesso di estranei in città. Ma quando la peste divampò, ad Alessandria venne utilizzato come lazzaretto lo «Spedal Grande dei santi Antonio e Biagio», previa sistemazione dei normali degenti in un'altra sede. Tuttavia, nelle prime settimane dall'inizio del contagio «mancò al Comune la necessaria tempestività nel prendere le opportune misure di difesa, non solo per lo sgomento di fronte all'eccezionale gravità della situazione, ma anche a causa delle reiterate assenze dal Consiglio di alcuni membri che, per paura di contrarre la malattia non osavano uscire di casa, facendo così mancare il numero legale per poter deliberare i provvedimenti da prendere»<sup>4</sup>.

La peste infuriò in Alessandria con una violenza inaudita dalla fine di giugno fino all'ottobre del 1630, uccidendo 4.000 persone sopra una popolazione valutabile intorno ai 12.000 abitanti. Il silenzio delle fonti storiche ha reso impossibile la ricostruzione di quei mesi di terrore; si sa però che, oltre alle sofferenze dovute alla peste, la popolazione dovette subire la prepotenza e i saccheggi dei soldati, soprattutto tedeschi, stanziati in Alessandria e nei sobborghi perché, nonostante la peste, la guerra fra spagnoli e franco-piemontesi continuò ugualmente. Nell'inverno del 1630 la peste incominciò a diminuire di intensità, fino a scomparire del tutto verso il giugno del 1632. Nell'agosto di quell'anno si provvide a disinfettare, secondo i metodi di allora, lo Spedal Grande, che era stato adibito a lazzaretto: si bruciarono i materassi, le coperte e ogni cosa che fosse venuta in contatto con gli appestati;

tutto fu poi sostituito con una notevole spesa, e nella primavera del 1633 l'ospedale venne riaperto alla normale attività. Il ritorno alla normalità venne salutato ad Alessandria con una grande processione, richiesta dal Comune e effettuata il 4 febbraio 1633, con la partecipazione del popolo, del clero e di tutte le confraternite presenti in città. Mosse dal Duomo (allora in Piazza della Libertà), si snodò per le principali vie cittadine, passando davanti allo Spedal Grande e ritornando poi al Duomo attraverso la «Contrada larga» (attuale via dei Martiri).

La guerra fra l'esercito francese e quello spagnolo, che non si era fermata neppure durante la peste, continuò anche dopo e nel 1643 l'esercito francese, dopo aver saccheggiato il convento di Boscomarengo, assediò Alessandria, ma, non riuscendo a vincere la resistenza dei difensori, dopo cinque giorni tolse l'assedio. Durante i saccheggi compiuti dall'esercito francese nell'alessandrino migliaia di contadini abbandonarono i loro paesi e si rifugiarono nella città: nel 1648 la popolazione di Alessandria, che dopo la peste del 1630 si era ridotta a ottomila unità, era raddoppiata. Gli abitanti del contado, vessati dalle violenze degli eserciti e dalla crescente esosità dei proprietari terrieri (più della metà delle terre fertili nel contado alessandrino erano in mano alle famiglie nobili), si difendevano compiendo alle volte atti criminosi. «Il furto e il contrabbando di frumento, che era diventato quasi una tradizionale risorsa del mezzadrio in tempo di pace, durante le depredazioni belliche si trasformò in imprese banditesche. Non contentandosi di pascere il bestiame nei prati altrui e di partire con sacchi pieni di erba, tagliavano anche le messi con assistenza di schioppette e con minacce ai propri padroni»<sup>5</sup>.

Ad aggravare questa situazione, negli anni che vanno dal 1647 al 1655, intervennero anche avversità meteorologiche intense e persistenti, che causarono carestie talmente gravi che «i poveri vivevano quotidianamente di erbe cotte senza condimento e senza sale e molti morirono di fame». Per contribuire a migliorare questa condizione così critica,

il nobile alessandrino Francesco Ghilini nel 1653 favorì l'apertura, nello Spedal Grande, di un Monte di Pietà con la donazione di un capitale di 1.000 ducati e della rendita di sei botteghe di sua proprietà. Destinato inizialmente solo al soccorso della nobiltà, venne poi aperto a tutti i cittadini che poterono ottenere prestiti dietro il deposito di un pegno e il pagamento di interessi sul denaro ottenuto. Fu questa una delle prime Opere pie sorte nell'ospedale alessandrino nel corso dei secoli per soccorrere i poveri e i bisognosi, perché fino a non molti anni fa gli ospedali avevano, oltre allo scopo di curare gli ammalati, anche quello di aiutare gli indigenti.

Durante le continue guerre fra la Francia e la Spagna per avere la supremazia in Europa, Alessandria subì nel 1657 da parte dell'esercito francese un nuovo assedio, che durò 33 giorni, durante i quali, a causa dei violenti combattimenti per difendere la città, si ebbero numerosi morti e feriti soprattutto fra i cittadini alessandrini, ma alla fine, grazie all'arrivo di rinforzi provenienti dalla Lombardia, gli assediati si ritirarono. Dopo due anni, nel 1659, fu firmata fra la Spagna e la Francia la pace dei Pirenei, che fu salutata anche in Alessandria con straordinaria esultanza, perché dopo vari decenni erano finalmente finite le guerre che avevano arrecato gravi danni alla città e al suo territorio ed era iniziato un periodo di pace che sarebbe durato alcuni decenni.

Anche durante questo periodo non mancano le calamità naturali provocate da variazioni climatiche. Nel 1677 le ripetute inondazioni causate dallo straripamento dei fiumi produssero una carestia talmente grave che «molti furono indotti a mangiare crusca, ghiande e castagne macinate ridotte in farina»; inoltre «i fiumi lasciarono numerose lagune e pantani, fonti di vapori ed esalazioni che cagionavano infermità maligne e contagiose, sebbene non mortali». Nel 1695, a causa di un inverno particolarmente rigido, durante il quale il Tanaro rimase gelato per più di due mesi, morirono gli alberi e la campagna venne talmente danneggiata che il raccolto e la vendemmia furono molto scarsi e pro-

vocarono grave penuria alimentare. Nel 1705 vi fu ancora una terribile inondazione nei territori di Casale, Vercelli e Alessandria (secondo un cronista dell'epoca «le campagne parevano un arcipelago») che procurò gravissimi danni. Nel 1732 si verificò un'alluvione altrettanto grave, causata dalle continue piogge, che dapprima allagò tutte le campagne poi, rotte le mura, penetrò in Bergoglio, producendo notevoli danni.

Con l'ascesa di Vittorio Amedeo «alla reggenza del Ducato, il Piemonte rompe la tradizionale politica di soggezione alla Francia ed entrò nella politica generale dell'Europa, partecipando come alleato dell'Austria a due guerre contro i francesi, sempre nella speranza di espandersi soprattutto in Lombardia. Dopo la sconfitta degli spagnoli, in base ai patti stipulati con gli austriaci nel 1703 e ribaditi dalla pace di Utrecht del 1713, Vittorio Amedeo» ottenne nel 1707 l'annessione di Alessandria, e nel 1713 la sua definitiva assegnazione insieme al regno di Sicilia con il titolo regio, che successivamente dovette cedere in cambio del meno ricco regno di Sardegna. Alessandria ed il suo territorio continuarono ad essere, anche sotto il regno sabauda, una terra di frontiera, sempre con un ruolo strategico primario quale baluardo orientale del Piemonte.

L'assolutismo monarchico del re Vittorio Amedeo II subentrò al sistema di governo spagnolo, che in quasi due secoli di dominio aveva lasciato agli alessandrini, pur avendoli oberati di tasse, una discreta parte dei loro antichi privilegi. Nacquero così nuovi organismi amministrativi, tutori periferici dell'autorità del sovrano, i quali, vincendo la tenace resistenza della nobiltà e del clero, accentrarono nella propria sfera tutte le attività, comprese le opere caritative, e le sottoposero ad un rigido controllo, al quale dovette sottostare anche lo Spedal Grande, che fino a quel momento era stato esonerato dall'obbligo di presentare i rendiconti finanziari ai magistrati competenti. Secondo questo nuovo indirizzo, nel 1717 venne istituita con Regio Editto la Congregazione generale di Carità, che doveva amministrare tutte le Opere pie

esistenti nel regno, compresi gli ospedali, e controllare la mendicITÀ con la creazione di una rete di ospizi generali di Carità.

Gli istituti di beneficenza, sorti in Alessandria grazie alle elargizioni di privati e destinati al soccorso dei bisognosi, erano allora lo Spedal Grande e gli Ospizi di san Giuseppe e di santa Marta, tutti retti da amministrazioni affidate a Congregazioni particolari elette dalla Congregazione generale presieduta dal Vescovo.

L'ospizio di san Giuseppe sorse nel 1604 per opera del governatore di Alessandria Roderico Orosco come ospizio per mendicanti, sotto il titolo di santa Maria della Pietà, ma si ignora il luogo dove sorgeva<sup>6</sup>. Nel 1641 vennero assegnate a questo ospizio, che nel frattempo aveva assunto anche il titolo di san Giuseppe, la chiesa di san Giuseppe (situata nell'attuale via Morbelli) ed alcune case attigue. L'ospizio era retto «da alcuni gentiluomini che sceglievansi dalla Congregazione generale». In esso «si ricoveravano poveri di ogni sesso e età che ascendevano però a piccolissimo numero»<sup>7</sup>. Nel 1686 venne redatto un regolamento dell'ospizio, intitolato «Gli ordini e le regole circa il buon governo del Venerando ospedale dei poveri mendicanti della città di Alessandria sotto il titolo di s. Maria della Pietà e di s. Giuseppe», approvato dal vescovo, in cui, tra l'altro, si legge «che d'ora innanzi il precipuo scopo dell'Ospizio fosse quello di allevare ed educare figli e figlie, accettandoli all'età di anni sei compiuti»<sup>8</sup>.

Dopo il Regio Editto del 1717 «Sulla mendicITÀ bandita» già ricordato, che prevedeva l'istituzione di Ospizi di Carità, vennero utilizzati a questo fine i locali dell'Ospizio di san Giuseppe, nel quale vi era la possibilità di ricoverare «60 individui, cioè 20 fra figli e uomini e 40 figlie». I ricoverati storpi, ciechi o deperiti venivano mandati a questuare, mentre quelli abili al lavoro venivano impiegati nei laboratori tessili allestiti nell'Ospizio, che si trasformò lentamente in un opificio tessile e, a partire dal 1728, «venne preso sotto lo speciale patrocinio del re e sopra la sua porta d'ingresso venne

affisso lo stemma reale». Nel 1726 l'amministrazione dell'Ospizio decise di mantenere a 60 i posti a disposizione per i ricoveri, ma di riservarli solo alle donne.

L'orfanotrofio di santa Marta, come si è già ricordato, fu istituito nel 1569 dal vescovo Guarnero Trotti; la sua primitiva destinazione non era per le orfane, ma per le «convertite», termine con il quale venivano allora chiamate «le meretrici che convertendosi avevano abbandonato il loro turpe mestiere». In seguito divenne un orfanotrofio: «quando cangiasse scopo non ci riuscì possibile ritrovare negli antichi documenti né sapremmo dire tamporo il luogo preciso in cui sorgesse dapprima l'edificio, si sa unicamente ch'egli era presso la chiesa di s. Giovanni Grande» (l'attuale chiesa di san Rocco)<sup>9</sup>. Nel 1603 il vescovo Pietro Giorgio Adescalchi fece ristrutturare la chiesa e la casa dei santi Giacomo e Filippo degli Spandonari (situato nell'isolato in cui si trova oggi la scuola media Cavour, nella via omonima) e vi fece sistemare le orfane di santa Marta, che in essa erano ancora presenti nel 1785<sup>10</sup>. La gestione di questo orfanotrofio era affidata ad una Congregazione particolare, veniva mantenuto con le elemosine dei cittadini e con il ricavato dai lavori fatti dalle orfane. Queste erano educate cristianamente da maestre che insegnavano loro qualche mestiere. Venute a maggior età, se non si sposavano, venivano alloggiate presso le Dame di Carità in attesa di una sistemazione. A causa dell'esiguità del reddito l'orfanotrofio aveva poche ricoverate. Nel 1624, come risulta dagli atti di una visita pastorale, ne aveva solo sette, e alla fine del 1700, diciotto.

Il fatto più importante, dal punto di vista edilizio, verificatosi sotto il regno di Savoia, fu l'abbattimento del quartiere Bergoglio (iniziato nel 1728 e portato a termine nella seconda metà del 1700), per innalzarvi l'attuale «Cittadella» militare: una piazzaforte costruita secondo i più moderni canoni dell'ingegneria militare di quel tempo, a difesa della città e dell'intero regno. La maggior parte degli abitanti di questo quartiere, ammontanti a circa 4.000, si stabilirono gradualmente nelle campagne di Valmadonna, Valle san Bartolomeo e san

Michele e solo pochi si trasferirono in città. La vecchia «Cittadella spagnola», che sorgeva nell'attuale piazza Matteotti, venne demolita e il sedime trasformato in una pubblica piazza. La costruzione della nuova «Cittadella», iniziata nell'estate del 1732, si protrasse a lungo, sia per le difficoltà tecniche dovute alla qualità «arenosa e acquereccia» del suolo, sia per gli ostacoli diplomatici frapposti dalla corte di Vienna, contraria al rafforzamento della piazzaforte alessandrina, sia anche per i frequenti straripamenti del Tanaro. Per primi vennero edificati i bastioni esterni fortificati, terminati nel 1745. Poi, nella seconda metà del 1700, vennero costruiti, nel giro di una ventina di anni, i nuovi edifici interni, man mano che venivano demoliti quelli vecchi<sup>11</sup>. Fra questi edifici vi era anche l'ospedale militare tuttora esistente che, come è già stato ricordato, era uno dei primi ospedali di questo tipo nel Settecento europeo, al quale si sono poi ispirati i progettisti di altri ospedali militari italiani e stranieri. La «Cittadella» di Alessandria, che «per più di un secolo e mezzo fece di questa città una delle più temibili piazzeforti d'Europa, le diede, però, quel cupo carattere di città caserma, sacrificando a questa sua funzione monumenti artistici e possibilità dello sviluppo economico»<sup>12</sup>.

In questo secolo le famiglie nobili di Alessandria, le Confraternite, le chiese e i conventi e tutti quelli che disponevano di mezzi notevoli, compresi gli artigiani e i commercianti, trasformarono le loro vecchie sedi o ne costruirono di nuove, dando alla città una sua ben definita fisionomia architettonica.

Lo sviluppo dell'edilizia portò anche un po' di benessere sociale, ma la città continuava comunque a traboccare di accattoni giunti dal contado, che creavano anche problemi di ordine pubblico, al punto che nel 1734 il Governatore della città li fece radunare nell'Ospizio di san Giuseppe e, dopo averli riforniti di pane, li fece accompagnare dalle guardie alle porte della città stessa, intimando pene molto severe a chi avesse osato fare ritorno.

Nella seconda metà del 1700 il rinnovamento edilizio venne esteso anche agli edifici sede di strutture sociali. Nel

1779 venne ristrutturato l'ospedale di san Giacomo di Altopascio, situato dove si trova oggi la Casa di Riposo di corso Lamarmora, e trasformato nell'«ospedale dei pazzerelli» (manicomio); tre anni dopo, nel 1782, si iniziava presso il convento di san Bernardino (sede delle attuali carceri di piazza Soria) la costruzione dell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio.

Nello stesso periodo di tempo si sviluppava ad Alessandria l'industria della seta (nel 1771 in città vi erano 19 filatoi per la filatura della seta e la produzione dell'organzino), che occupava in prevalenza donne di estrazione contadina, le quali con questo lavoro saltuario arrotondavano i magri bilanci del lavoro agricolo. Tale attività, tuttavia, pur apportando qualche beneficio, non riusciva a far fronte alla dilagante povertà del contado, che ingrossava le fila dei mendicanti e dei vagabondi: essi costituivano una grave piaga sociale e una minaccia costante all'ordine pubblico.

Questa era, per sommi capi, la situazione sociale e sanitaria di Alessandria nei due secoli compresi fra la fine del 1500 e la fine del 1700. Per quanto riguarda la situazione ospedaliera di quel tempo, si segnala che verso la fine del 1500 e nei primi decenni del 1600 la maggior parte degli antichi ospedali alessandrini cessò l'attività per mancanza di fondi o per cattiva amministrazione oppure per vetustà dei locali. Non estranee alla chiusura di questi ospedali furono anche le mutate condizioni morali dei tempi. Infatti «quando la corruzione intaccò anche le cose più sante, come i pellegrinaggi individuali, lasciando le porte aperte al vagabondaggio, si fece un unico fascio dei pellegrini veri e di quelli falsi. Sulla consuetudine di pellegrinare a piedi per penitenza o per fervore di pietà cadde allora il discredito della popolazione e molti di questi ospedali, che ospitavano e ristoravano anche i pellegrini, decadde e scomparvero ed in alcuni casi intervennero anche le Autorità per farli chiudere o per trasformarne lo scopo».

Fra i pochi ospedali che allora rimasero in attività ad Alessandria quello di sant'Antonio era senz'altro il più im-

portante, sia per la disponibilità di posti letto sia per le cure che si prestavano agli ammalati. Infatti nel 1565, l'anno della sua unione con l'ospedale di san Biagio, in esso «si trovavano 12 letti sia per uomini sia per donne» che però nel giro di pochi anni aumentarono perciò si decise di ampliarlo. Nel 1566 incominciò la sua ristrutturazione, come ce ne assicura anche un breve di Pio V del marzo dello stesso anno, con il quale si concedeva l'indulgenza a favore dei fedeli che facessero offerte per finanziare i lavori, che furono portati a termine nel 1570. Ma per fare progredire questo ospedale il 7 gennaio 1566, giorno della sua incoronazione in san Pietro, Pio V aveva già donato tutti i beni dell'antica chiesa e dell'annesso ospedale di san Cristoforo in Bergoglio, appartenenti ai Religiosi Crociferi, che li avevano dati temporaneamente in commenda al canonico Federico Cancellieri<sup>13</sup>. Questa donazione papale fu sollecitata dall'arcidiacono del duomo di Alessandria, Alessandro Cancellieri, e fu sostenuta anche dal cardinale alessandrino Giangiacomo Dal Pozzo<sup>14</sup>. Pertanto, come è stato giustamente fatto osservare, lo Spedal Grande è sorto dalla fusione dei beni patrimoniali non di due ospedali, come generalmente viene riportato, ma di tre: quello di sant'Antonio, di san Biagio e di san Cristoforo<sup>15</sup>.

Con una bolla del 15 marzo 1571, Pio V donava inoltre allo Spedal Grande anche i beni della chiesa di san Siro, già appartenuta all'Ordine degli Umiliati, da lui soppresso durante il risanamento degli Ordini religiosi che si erano eccessivamente arricchiti. La pregevole pergamena su cui è scritta questa bolla pontificia è stata conservata a lungo nella biblioteca dell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio, reca in latino questo finale: «... da san Pietro in Roma l'anno dell'incarnazione del Signore 1577 il 15 marzo anno sesto del nostro pontificato». Tale data è, però, in contrasto con la vera cronologia del pontificato di Pio V, svoltosi fra il 7 gennaio 1566, giorno della sua elezione al soglio pontificio, e il primo maggio 1572, quando morì. Si ritiene che tale errore sia stato commesso dal calligrafo che stese la bolla sulla pergamena

e che, molto probabilmente, ha letto l'ultima cifra S come se fosse 7<sup>16</sup>. Una lapide, già murata nello Spedal Grande e poi tolta per lavori di ristrutturazione, così ricordava le due donazioni fatte a questo ospedale da Pio V «Pio V Pont. Max. con la cessione del priorato di san Cristoforo rialzò l'ospedale di sant'Antonio: con quelle della prevostura di san Siro del 1571 dupplicò per lo meno gli stabili dei due ospedali poco prima riuniti».

Nel 1571 il vescovo alessandrino Baglione lasciava allo Spedal Grande un legato intestato «Hospitali noviter constructo in presenti civitate sub vocabulo divi Antonii», nonostante fosse già da alcuni anni unito a quello di san Biagio e avesse assunto il nome di «Hospitale s.s. Blasi et Antonii» o di «Hospitali ecclesiae s.s. Antonii et Blasii noviter constructo» come risulta anche da testamenti del 1568 e 1569.

Nel 1573, con atto rogato dal notaio Boidi il 31 agosto, lo Spedal Grande, come si è già ricordato, cedeva al Collegio dei chierici regolari della Congregazione di Somasca la chiesa di san Siro (chiusa al culto con la bolla di Pio V sopracitata) e gli immobili ad essa annessi, che facevano parte della donazione di Pio V (mantenendo però «i frutti, redditi e proventi ammontanti a circa 150 ducati d'oro annui») e ricevette in cambio alcune case situate presso l'ospedale di san Biagio, nelle quali i Padri Somaschi accoglievano i ragazzi orfani, essendo questo lo scopo della loro Congregazione. Tale permuta venne effettuata perché l'ospedale di san Biagio voleva costruire su tale sedime il reparto delle donne, del quale era ancora sprovvisto, come risulta dalla delibera dei Regolatori del 30 ottobre 1576<sup>17</sup>. Già nel 1574, però, il sacerdote Antonio Francesco Inviziati si era impegnato a finanziarne la costruzione, ma i lavori iniziati in quello stesso anno andarono per le lunghe, tanto che dagli atti della visita pastorale del 1576 risulta venisse ordinato che «locus pro foeminis descripto quanto citius aedificetur»<sup>18</sup>. In segno di riconoscenza verso questo sacerdote, nel Consiglio di amministrazione del 18 dicembre 1609 fu stabilito dai Regolatori di collocare nella chiesa dello Spedal Grande una lapide recante lo stemma della sua famiglia.

Nel 1579, quando venne abbattuto l'ospedale di san Biagio, quello di sant'Antonio diventò l'unico Ospedale dei santi Antonio e Biagio e venne denominato Spedal Grande («ospitale magno») o, più raramente, «Spedale maggiore» («hospitalis majoris») o «ospedale di via Treviso» perché il suo ingresso principale dava su questa via. Pur essendo originato dall'unione patrimoniale di tre ospedali, il nuovo ospedale mantenne come patrono solo quelli di due, cioè sant'Antonio e san Biagio. Un breve cenno sulla vita di questi due santi spiega il motivo per il quale essi furono scelti come protettori prima dei due antichi ospedali, poi dello Spedal Grande e infine dell'attuale ospedale.

Sant'Antonio abate nacque nel 251 a Queman, località del medio Egitto posta sulla riva del Nilo, da genitori cristiani. Trascorse la sua fanciullezza nell'agiatezza, essendo la sua famiglia ricca di denaro e di terre, in compagnia di una buona sorella. Rimasto orfano a 18 anni, fu colpito dal richiamo evangelico «Va', vendi tutto quello che hai e seguimi». Lasciò, infatti, le terre ai suoi vicini, divise il denaro fra la sorella e i poveri e si diede alla vita eremitica. Il suo primo rifugio di penitenza fu una cella vicino a casa sua, poi un'antica tomba egiziana scavata nella montagna, dove rimase fino a 35 anni; quindi i ruderi di un castello abbandonato nel deserto, dove abitò per 20 anni. Da ultimo si ritirò sulle rive del Mar Rosso, in un deserto inospitale. Durante la permanenza in questi luoghi fu sottoposto a terribili lotte con il demonio, che sovente lo riducevano in condizioni fisiche pietose. Questa vita di penitenza attirò a lui molti visitatori: alcuni per curiosità, altri per desiderio di miracoli o di imitazione. Fu a causa di questi ultimi che si decise ad aprire la sua spelonca ai discepoli, dando inizio ad un movimento eremitico di grandi dimensioni, così che nel deserto sorsero numerose spelonche o cellette di eremiti. Nel 311, essendosi scatenata la persecuzione di Massimiliano, lasciò la sua comunità ed andò ad Alessandria d'Egitto per confortare i cristiani perseguitati e per sete di martirio. Rimasto illeso, ritornò alla sua vita di eremita, ma per fuggire le folle che

continuavano ad andare da lui per chiedere miracoli, si inoltrò nel deserto con i suoi discepoli e sul monte Quohzum fondò un monastero, tuttora esistente, che porta il suo nome. Qui continuò la sua vita monastica, compiendo numerosi miracoli, guarendo ammalati e convertendo i visitatori, fra i quali c'erano anche filosofi greci e eretici ariani. Morì nel 356, all'età di 106 anni. I resti del suo corpo sarebbero stati trovati nel 561 e portati ad Alessandria d'Egitto, poi a Costantinopoli e finalmente, nell'XI secolo, in Francia, nella chiesa dell'Abbazia di Saint Marcellin nella diocesi di Grenoble. Il suo culto iniziò nel V secolo e si diffuse ben presto sia in Oriente sia in Occidente.

Sant'Atanasio (293 o 295-373), il grande patriarca di Alessandria d'Egitto, che, oltre ad essere stato amico ed ammiratore di sant'Antonio abate, fu anche il suo primo biografo, lo chiamò il «fondatore dell'ascetismo», cioè della vita austera di sacrificio e di penitenza. Di sant'Antonio abate si conservano anche alcuni scritti intitolati «Sermoni e lettere» (la cui autenticità è stata però messa in dubbio), in cui sono anche contenute regole di vita monastica. L'importanza storica di questo Santo, tuttavia, non sta negli scritti, ma nel fatto che egli fu senza dubbio una delle più grandi figure dell'ascetismo cristiano primitivo, dal quale derivarono alcuni modelli di vita eremitica tuttora attivi. Pochi santi ebbero la sua popolarità: egli è invocato per la salute del corpo e specialmente contro quell'affezione nota come «fuoco di sant'Antonio», nome volgarmente usato per indicare l'herpes zoster. Nelle campagne gli venne poi affidata anche la protezione del bestiame e fu da allora che apparve nell'iconografia del santo la presenza ai suoi piedi di un roseo porcellino come simbolo di salute e di floridità. La sua festa si celebra il 17 gennaio<sup>19</sup>.

La vera storia di san Biagio è molto vaga e oscura. Sembra sia vissuto a Sebaste in Cappadocia (l'odierna Anatolia), tra il III e il IV secolo, quindi fu contemporaneo di sant'Antonio abate. Pare che fosse medico e vescovo di quella città. Quando incominciò la persecuzione dei cristiani ad opera

di Licinio, procuratore romano delle regioni orientali dell'impero, fuggì dalla città e si rifugiò in una grotta sui monti. Pare che anche in questo luogo continuasse a svolgere in segreto la sua opera di vescovo. Secondo la leggenda, un gruppo di animali selvatici lo visitava nella caverna portandogli del cibo; scoperto da alcuni cacciatori, venne arrestato e processato nel 316 dal preside Agricolaio che, dopo averlo sottoposto a varie torture perché rifiutava il sacrificio pagano, lo condannò alla decapitazione. Si narra che, mentre veniva condotto al martirio, «venne una femmina e pose ai piedi del Santo un figliolo che moriva perché gli s'era travolto un osso di pesce entro la gola. E san Biagio, ponendo le mani sopra di lui, pregò Iddio, e il fanciullo fu subito sanato». Questo miracolo compiuto sulla via del martirio ha valso al santo la qualifica di protettore di tutti i mali della gola, che la tradizione ha confermato con un culto secolare tuttora praticato<sup>20</sup>.

Verso il 1000 il nome di san Biagio fu inserito nel Calendario Romano, grazie al grande sviluppo che prese allora la sua devozione in Roma, dove sorsero in suo onore 35 chiese. Le sue reliquie si venerano nella chiesa «Ad caput seculae» in Roma. Si dice che tra le reliquie della Basilica Vaticana vi sia anche la gola di san Biagio. Il suo anello episcopale è invece custodito, sempre a Roma, nella chiesa di san Carlo a Catinari<sup>21</sup>. La sua festa si celebra il 3 febbraio e in quel giorno vi è la consuetudine di benedire la gola incrociando due candele benedette sul collo dei fedeli.

Quando venne terminato, cioè verso il primo decennio del 1600, lo Spedal Grande non aveva le caratteristiche architettoniche dei grandi ospedali dell'epoca, vale a dire o con la pianta a crociera o di tipo massiccio, perché originò dall'ampliamento e dalla ristrutturazione dell'antico e piccolo ospedale di sant'Antonio che, come tutti gli altri ospedali del suo tipo, aveva le caratteristiche di un normale edificio di abitazione, al quale in seguito vennero anche incorporate delle case limitrofe.

A lavori ultimati, occupava quasi tutto l'isolato di forma trapezoidale compreso fra la strada di san Giovanni Decol-

tato (attuale corso Virginia Marini), la strada dell'ospedale Vecchio (attuale via Treviso), la strada Reale (attuale via Vochieri) e la piccola piazza dove si trovava l'antica cappella di san Rocco (attuale largo Vicenza). Tale complesso copriva un'area di oltre 6.000 m<sup>2</sup>. La facciata in via Treviso misurava un centinaio di metri e corrispondeva all'intera strada odierna: per questo l'ospedale veniva anche chiamato Spedal Grande di via Treviso. I lati rivolti su via Vochieri e su corso Virginia Marini erano rispettivamente di 55 e 130 metri, mentre quello che dava sulla piazzetta sede della cappella di san Rocco era di circa 20 metri. Una pianta di Alessandria del 1620 indica chiaramente con una freccia il sedime su cui sorgeva lo Spedal grande, che mantenne invariate le sue dimensioni fino al 1790, quando cessò la sua attività. Esso era posto su due piani, il pianterreno e il piano superiore.

Al piano superiore si accedeva attraverso la scala grande, in corrispondenza dell'ingresso principale, situato in via Treviso. In questo piano si trovavano i locali destinati all'abitazione dei dipendenti che dovevano, per regolamento, risiedere nell'ospedale; i locali del Monte di Pietà (al quale però si accedeva da un'altra scala, situata nella zona retrostante l'altare della Beata Vergine dell'Assunta nella chiesa dell'ospedale) e i locali per le riunioni della Congregazione particolare.

Al piano terreno vi era l'ingresso principale su via Treviso e, a sinistra di chi guarda la facciata dell'ospedale, si trovava la chiesa, quindi il reparto delle donne, l'ossario, il sepolcro e un ingresso secondario.

La chiesa dello Spedal Grande era di dimensioni modeste (circa 18 metri di lunghezza e 7 di larghezza), perché serviva solo per l'ospedale, a differenza delle chiese degli altri ospedali, che servivano anche per tutta la parrocchia. Essa sorse insieme all'ospedale di sant'Antonio ed era inizialmente dedicata solo a questo santo; ma quando avvenne l'unione di questo ospedale con l'ospedale e la chiesa di san Biagio per costruire lo Spedal Grande, la chiesa di sant'Antonio venne

intitolata ai due santi. Il suo ingresso era situato in corrispondenza della porta principale dell'ospedale, di fianco alla scala grande che portava al piano superiore. Aveva due altari, quello principale e quello dedicato alla Beata Vergine Assunta, posto sul lato destro della chiesa vicino all'ingresso. Nel suo interno si trovavano i busti marmorei di quattro benefattori (il papa Pio V, l'arciprete Biagio Arnuzzi, Biagio Moizi e Lorenzo Sappa) e lo stemma della famiglia Inviziati, per ricordare il sacerdote Francesco Inviziati, anch'egli benefattore.

In questa chiesa aveva sede anche la Confraternità di sant'Antonio e Biagio, istituita dal papa Gregorio XIII con bolla del 1° febbraio 1585. Essa era «composta dell'uno e dell'altro sesso e il suo ufficio principale era di compiere in detto ospedale opere di pietà e di misericordia verso i poveri ricoverati». Con la stessa bolla pontificia con cui aveva istituita questa Confraternita, il pontefice «concesse varie indulgenze a tutti i confratelli indistintamente, i quali nei giorni in essa indicati avrebbero visitata la detta chiesa». La Confraternita nel 1908 non esisteva più e «l'indulgenza era trasantata. Da qual tempo tale sparizione sia cominciata niuno lo ricorda».

Malgrado la sua angustia «detta chiesa soleva anche d'ordinario essere una delle chiese destinate a visitarsi nel tempo dei Giubbilei perché, forse, l'ospedale in occasione delle visite che si facevano poter potesse delle limosine de' fedeli per l'acquisto delle indulgenze prescritte». Anche durante il Giubileo del 1751 essa venne inclusa insieme alla chiesa Cattedrale e a quelle dei Padri Gesuiti e di san Baudolino fra le chiese «destinate in Alessandria per pigliare il Santo Giubileo».

A destra dell'ingresso principale, nell'angolo con via Vochieri, vi era la farmacia («bottega della speziaria»), mentre in via Vochieri si trovavano, tra due ingressi secondari anche le scuderie. Nel corso Virginia Marini, procedendo da est a ovest, vi erano i locali del torchio per l'olio, un portico, il forno e le camere a pagamento. Da via Treviso, var-

cato l'ingresso principale, si accedeva ad un cortile sul quale dava il reparto degli uomini, che era fiancheggiato da portici sui due lati. Ad ovest di questo nucleo principale si trovava un altro cortile, sul quale davano alcune camere a pagamento, che, insieme a quelle a pagamento che davano sul corso Virginia Marini e ai locali adibiti a sepolcro, delimitavano un altro cortile, detto di san Rocco. Da via Vochieri, attraverso l'ingresso secondario posto a sud, si accedeva ad un cortile nel quale si trovavano un giardino, la lavanderia e la cucina, mentre attraverso l'altro ingresso si accedeva ad un piccolo cortile rustico, in cui vi erano altri locali e un porticato.

Dello Spedal Grande si trovano attualmente solo alcune parti, prevalentemente settecentesche, avendo il complesso subito col tempo profonde alterazioni e smembramenti. «Una delle parti più antiche, forse risalente alla seconda metà del 1500 quando l'ospedale di sant'Antonio venne ristrutturato e ampliato, è l'edificio, che corrisponde all'antico reparto delle donne, sito nella parte centrale di via Treviso. Esso presenta finestre e porte con catene, che denunciano una struttura interna a botte, mentre nella parte interna, in cui sono stati ricavati locali ad uso di civile abitazione ed un laboratorio artigiano, è ancora conservata intatta la volta originale sulla quale, fino a non molti anni fa, vi erano tracce di affreschi, oggi non più riconoscibili per la fuliggine che vi si è sovrapposta. L'ingresso principale dello Spedal grande (corrispondente al numero civico 13 di via Treviso) ha una copertura in parte a botte e in parte a crociera. Sotto l'androne, ridotto in larghezza rispetto all'originale, si apre una porta che comunica con un ampio locale ad arcate, che faceva parte dell'antica chiesa ora adibita a magazzino. Dal portone indicato con il numero civico 19 di via Treviso si accede ad un piccolo cortile (che costituiva una piccola parte dell'ampio cortile dello Spedal Grande, che giungeva fino a corso Marini), sul cui lato destro si vede ancora una delle sei arcate del porticato che fiancheggiava da ambo i lati il reparto degli uomini. In questo frammento di porticato è ben visibile la

prima semicolonna in pietra, mentre è quasi completamente murata la seconda colonna e la copertura a crociera ad angoli vivi»<sup>22</sup>.

Poiché, come si è già ricordato, lo Spedal Grande non aveva pregi artistici, non fu conservato, come invece avvenne per ospedali di altre città, e fino dalla prima metà del 1800, pochi decenni dopo la sua chiusura, l'area sulla quale sorgeva venne divisa in numerose proprietà civili, che divennero sede di edifici ad uso di abitazione, di laboratori e di botteghe ricavate dalla ristrutturazione degli stabili che lo costituivano<sup>23</sup>.

Lo Spedal Grande, grazie alle donazioni fatte da Pio V e da altri benefattori e ai beni degli ospedali e delle chiese di sant'Antonio, di san Biagio e di san Cristoforo, aveva già nel 1776 un buon patrimonio che, da quanto risulta dagli atti della visita pastorale effettuata in quello stesso anno, era costituito da 15 case in Alessandria, dalle quali percepiva un canone annuo di 1.776 lire e due soldi; 42 giornate di terreni livellati, corrispondenti a 78 tavole (la tavola era un'unità di misura di superficie, che aveva valori diversi a seconda dei luoghi: a Torino corrispondeva a 0,38 ara, a Milano a 0,27 ara, mentre a Firenze a 3,41 are e a Roma a 10 are), dai quali ricavava un canone annuo di 398 lire e 15 soldi; 123 giornate, corrispondenti a 53 tavole di terreni livellati, il cui canone annuo in natura corrispondeva a 695 lire e 3 soldi; 118,88 giornate di terreni dati in affitto temporale, che rendevano annualmente 3.173 lire e 13 soldi; 10 giornate, corrispondenti a 7 tavole di vigna, data a mezzadria, fonte di un reddito annuo di 27 lire e 10 soldi; dai possedimenti di Cassinanuova, Rocche, Resiga, Fiscala, Guaracca, Rana, S. Giuliano e Casa Da Po, di 1,171,95 giornate, si ricavava un reddito annuo di 19.769 lire; tre mulini, di cui due natanti sul Tanaro ed uno terragno con tre macine alla Ressiga, producevano un reddito annuo di 3.528 lire; tributi riscossi da vari comuni, corrispondenti alla somma annua di 1.357 lire e 12 soldi; pagamenti effettuati da privati, ammontanti a 3.486 lire e 18 soldi annui; interessi maturati su banche di

Milano, Roma e Genova di 904 lire annue; interessi maturati presso le Regie finanze ammontanti a 93 lire e 9 soldi annui. Tutte queste entrate formavano un capitale di 35.210 lire antiche di Savoia e 2 soldi, corrispondenti a 39.231 lire nuove e 11 centesimi. Detratte da questo capitale circa 17.000 lire nuove per il pagamento di tasse testamentarie, dei lavori di manutenzione degli stabili, dei salari dei dipendenti e di varie altre cose, rimanevano circa 22.000 lire nuove, con le quali si mantenevano annualmente 52 letti per il ricovero degli ammalati<sup>24</sup>.

Fra i redditi allora goduti dallo Spedal Grande, per interesse storico, va ricordato, benché fosse modestissimo, quello riguardante «la gratuita elargizione del sale per uso dell'ospedale», fatta annualmente dal Regio Banco di Alessandria. Non si conosce quando iniziò questa elargizione, ma si sa che prima del 1643 lo Spedal Grande godeva di tale beneficio e che nel 1791 al sale in natura fu sostituita la somma di 94 lire di Savoia, che veniva versata dal «Regio banchiere del sale», come pure si sa che tale sussidio venne tolto dopo il 1800 dal governo francese napoleonico, al quale la Commissione degli Ospizi nell'adunanza del 3 marzo 1802 richiese inutilmente la continuazione<sup>25</sup>.

Sempre per interesse storico si è ritenuto opportuno ricordare che fra le sopraindicate proprietà dello Spedal Grande alcune erano «in diretto dominio della Canonica Lateranense di san Pietro in Ciel d'oro di Pavia, alla quale pervennero, insieme a moltissimi latifondi e a paesi pressoché interi, per donazione di Liutprando, re dei Longobardi, con diploma del 2 aprile 712, confermata con l'aggiunta di altre donazioni e diritti, anche, da Corrado imperatore e da Ottone re, con altri diplomi del 21 febbraio 800 e 2 aprile 850». Una parte di questi beni fu donata dai Canonici Lateranensi allo Spedal Grande «per utile dominio in perpetuo», con atto del 7 marzo 1611 rogato dal notaio Valenti, annullato e poi convalidato con un altro atto del 7 dicembre 1623, rogato dal notaio Crivelli. In seguito alla soppressione dei Canonici Lateranensi, i beni da essi goduti furono donati all'ospedale san Matteo

di Pavia. L'elenco delle donazioni sopraricordate e di quelle successive ricevute dallo Spedal Grande si trova nell'Archivio storico dell'ospedale di Alessandria «per ordine cronologico, numerico e sinottico»<sup>26</sup>.

Prima della fondazione dello Spedal Grande i due antichi ospedali che lo costituirono erano retti ciascuno da una propria amministrazione. Dopo la loro riunione (1565) sembra sia stata istituita una Congregazione amministrativa composta dal Priore della città e da alcuni deputati. Intorno al 1584 fu creata una Congregazione generale, presieduta dal Vescovo o dal suo Vicario e sottoposta al diretto controllo del papa che non raramente interveniva con Brevi o Bolle.

La Congregazione generale, che aveva la sua sede nel palazzo vescovile, era dapprima, composta da un numero di membri che variava secondo il parere e l'arbitrio del vescovo o del suo Vicario (in alcuni anni raggiunse anche le 85 unità), ma in seguito si stabilizzò sulle quaranta unità, tanto che venne anche chiamata «Congregazione dei quaranta». Fra i suoi compiti aveva anche quello di procedere ogni anno, per amministrare l'ospedale, all'elezione della Congregazione particolare dell'ospedale (o semplicemente Congregazione dell'ospedale), scegliendo «nel suo seno, senza distinzione tra nobile e borghese, un priore, sovente dottore e del nobile Collegio di questa città, nonché quattro deputati (o regolatori), fra i quali rieleggeva uno della cessata Congregazione particolare perché, «essendo informato dei negozi passati, possa dar più facile e sicura informazione a quelli che entreranno nel nuovo governo, i quali senza alcun informazione dei negozi passati più difficilmente potranno provvedere agli occorrenti bisogni. Nella medesima adunanza designava un avvocato, un procuratore ed un notaio, i quali per due anni prestavano i loro uffici allo spedale». Dopo le modifiche apportate nel 1616 al regolamento del 1589, la Congregazione particolare, eletta sempre con le stesse procedure, era mantenuta in funzione non più per un anno ma per due ed in seguito anche per tre. Di rado, però, e «non mai le di lei funzioni si restringevano a così breve

tempo e, secondo l'urgenza e la gravità degli affari incominciati sotto la di lei direzione, veniva conservata quando quattro, quando sei, e sino a dodici e diciannove anni, come avvenne dal 1628 al 1640, dal 1724 al 1735 e dal 1741 al 1760; ond'è che fu poi stabilito il rinnovelamento della Congregazione ogni cinque anni»<sup>27</sup>.

Nel 1589 la Congregazione particolare dell'ospedale compilò un regolamento intitolato «Ordini stabiliti per il buon governo del Venerando Hospitale di s. Antonio e s. Biagio della Città di Alessandria dalli signori Priore e Deputati d'esso Hospitale con partecipazione e consenso di Monsig. Illustriss. e Reverendiss. il vescovo. L'anno MDLXXXIX» (pubblicati a stampa da Ercole Quinciano, conservati nell'Archivio storico dell'ospedale solo in copia manoscritta settecentesca nel volume contrassegnato 1-3-1 2).

Nel 1616 gli Ordini primitivi vengono riformati, assumendo il titolo di «Ordini riformati circa il buon governo del Venerando Hospitale de s.s. Antonio e Biagio della Città d'Alessandria» (pubblicati a stampa da Dionisio Monti libraio e stampatore, Alessandria 1616). Nell'archivio storico dell'ospedale esiste la copia a stampa, piuttosto danneggiata, e una copia manoscritta settecentesca, entrambe raccolte nello stesso volume in cui si trovano gli Ordini stabiliti del 1589 (da alcuni tali Ordini vengono citati come «Ordini stabiliti» quelli del 1589 e come «Ordini riformati» quelli del 1616).

Il regolamento del 1589 è considerato il primo regolamento dell'ospedale, perché non risulta che prima di quell'anno né lo Spedal Grande né i due ospedali dalla cui fusione esso sorse ne possedessero alcuno. Esso venne, molto probabilmente, compilato per ovviare ad inconvenienti che accadevano in ospedale per la mancanza di regole scritte. Infatti nella sua parte introduttiva si legge: «nell'amministrazione dell'Hospital nostro, non sapendo i Ministri (funzionari) quello che habbin à osservare et essequire, e non sapendo i signori Deputati, che di tempo in tempo si mutano, quello che pertenga all'Ufficio di ciascuno, malamente si

può provvedere a molti danni che occorrono e a molte controversie che tra essi Ministri alcune volte nascono, non avendo lege scritta che potesse informare delle regole del governo. Volendo adunque i signori Priore e Deputati à questo provvedere per il debito loro, a honor d'Iddio e beneficio et utile di questa veneranda Casa et ancora perché sia più diligentemente provvista al bisogno dei poveri che saranno per refrigerio loro ammessi a questo Santo Hospitale, han deliberato mettere in scritto una chiara e certa forma di Ordini per tal governo che siano per l'avenire inviolabilmente osservati».

La compilazione degli «Ordini riformati», avvenuta 27 anni dopo quella degli «Ordini stabiliti», fu, molto probabilmente, dovuta all'ampliamento dei compiti dell'ospedale, all'accorpamento di nuove spese di intervento e al ridimensionamento delle competenze di alcuni funzionari; infatti nella parte introduttiva di questi ordini si legge che gli «Ordini stabiliti» sono stati riformati perché «alcuni ordini precedenti sono stati levati, altri aggiunti et alcuni mutati conforme a quello che ci ha mostrato l'esperienza»:

Gli «Ordini riformati» del 1616 sembra siano rimasti in vigore senza sostanziali modifiche fino al 1873. Essi, insieme agli «Ordini stabiliti», hanno organizzato e scandito per oltre due secoli la vita interna dell'ospedale, e pertanto, costituiscono la fonte di informazione più importante per conoscere la storia di questa istituzione nel periodo in cui sono stati in vigore.

La Congregazione generale, secondo gli «Ordini stabiliti» del 1589, doveva tenere nella sede vescovile «la sua general ragunanza due volte ogni anno, l'una al principio di gennaio e l'altra al principio di luglio» mentre secondo gli «Ordini riformati» del 1616 «farà la sua general ragunanza al principio d'ogni duo anni». Durante tali «ragunanze» venivano eletti il priore e i deputati della Congregazione particolare e si discutevano i «negotii più ardui» dell'ospedale, «intendendo negotio arduo, quando si tratterà d'alienatione, permutatione, fitto perpetuo de beni dell'Hospitale ò transartione di qualche lite d'importanza».

La Congregazione particolare si riuniva invece all'inizio di ogni settimana in un locale dell'ospedale, per trattare e definire gli affari sui quali doveva prendere provvedimenti. Prima di iniziare la seduta, il priore e i deputati si inginocchiavano davanti al Crocefisso e facevano recitare al Cappellano dell'ospedale l'orazione «pro actiones nostras».

I compiti del priore e dei deputati erano molteplici e interessavano sia il campo amministrativo sia quello sanitario, assistenziale e anche quello religioso. Essi infatti controllavano i libri contabili delle entrate e delle uscite, delle oblazioni e delle rendite, per rendersi conto se tutto fosse stato fatto diligentemente. Il priore provvedeva alle spese minute quotidiane, mentre per quelle di una certa importanza doveva interpellare i deputati e fare sottoscrivere le ordinazioni da almeno tre di loro. Aveva cura che gli «ufficiali» (funzionari) dell'ospedale attendessero con diligenza al loro ufficio, «provvedendo alle cose necessarie e utili che servivano a detto Hospitale». Uno dei deputati, almeno una volta all'anno, visitava i terreni e gli immobili dell'ospedale insieme al fattore generale «accioché si provenga a qualche nuovo miglioramento».

In campo sanitario, nessun ricovero in ospedale di ammalati (anche in possesso dei requisiti chiesti dal regolamento) poteva essere effettuato «senza licenza del priore con scrittura indirizzata al maggiordomo». Tuttavia il priore aveva facoltà di ricoverare, anche in mancanza dei requisiti richiesti dal regolamento. «Qualche povero infermo, di cui possi lui haver certa notizia che sij povero ò che sia in caso di apparente necessità». Dopo il ricovero, però, era il medico che doveva decidere se trattenerlo o meno in ospedale, dopo aver accertato quanto stabilito dal regolamento sulla curabilità della sua malattia.

Il priore e il deputato di turno settimanale visitavano giornalmente «li poveri infermi e intenderà da essi come siano trattati o come siano provvisti di cose che li bisognano». In campo assistenziale, quando furono istituiti il brefotrofio e l'opera pia per le dotazioni matrimoniali, il priore e i deputati

controllavano una volta all'anno il numero degli «esposti» (trovatelli) presenti nel brefotrofito e dimettevano «quelli che giudicavano potersi guadagnare il vivere» e intervenivano anche nell'assegnazione delle doti alle ragazze povere da maritare. In campo religioso il priore e i deputati «ordinavano a tempo debito che si celebrassero con solennità la festa dei santi Antonio e Biagio e di alcuni altri santi per mantenere viva la loro divozione».

Il personale con mansioni direttive dello Spedal Grande era costituito dal maggiordomo e dalla governatrice. Nel primo regolamento dello Spedal grande, compilato nel 1589, nel capitolo dedicato all'«Ufficio del maiordomo» si legge: «è molto necessario che in ogni casa vi sia chi habbia cura principale di essa, altrimenti ogni cosa in breve tempo si risolvrebbe in disordine e confusione, perciò conviene nella istessa casa dell'Hospitale vi sia il maiordomo (il quale) con la continua assistenza et prudenza governa il tutto». Dopo il priore e i deputati, «il maiordomo haurà la suprema autorità nella casa dell'Hospitale» e in assenza del priore e dei deputati «a lui porteranno ubidienza tutti gli altri che risiederanno nella casa». Veniva nominato dalla Congregazione particolare, che nello sceglierlo doveva preoccuparsi che fosse «persona di esperienza e di buono spirito, disposto a tal servigio principalmente per carità à honore e gloria d'Id-dio». Il suo incarico «durava all'arbitrio delli Signori Priore e Deputati, li quali quando trovassero qualche mancamento malitioso» potevano privarlo dell'incarico. Doveva risiedere stabilmente nell'ospedale «elegendosi il luoco più atto et controllerà ogni hora le attioni di ciascuno in generale e particolare, vedendo come attendono con diligenza all'ufficio loro, provvedendo che in Hospitale non si gioca, non si bestemia, non si dicano parole disoneste né si facciano cose che non convenga a luoco pio, provvedendo ai disordini, se ne occorresse» perché se allora la città era un luogo pericoloso, nemmeno l'ospedale era del tutto sicuro, infatti non casualmente il maggiordomo teneva un archibugio nella propria stanza, mentre la Congregazione riteneva di mettere

per iscritto nel regolamento che gli infermieri «anderanno per detto Hospitale e Crociere (corsie) senz'arme e penne come si ricerca in un simile divoto luoco».

I compiti del maggiordomo erano numerosi e riguardavano tutto quanto avveniva in ospedale: assumeva e licenziava, con il consenso del priore e dei deputati, gli infermieri, le infermiere, le balie e gli altri «servitori dell'Hospitale». Aveva cura particolare «di conoscere ogni giorno e di vedere con la sua presenza come siano ben curati gli infermi, con qual qualità serviti e come gli siano somministrati i medicamenti ordinati dal medico». Provvedeva alle spese ordinarie, quali quelle per il vitto e «le cose necessarie di casa come legna, olio, sapone, carbone ed altre cose simili» e alle spese straordinarie fatte «per la Spetiaria (farmacia), negotij di campagna, fabbriche, riparazioni, liti ed altri simili». Aveva autorità di esigere tutti i crediti dell'ospedale, eccettuati quelli di Roma, Milano e Genova e di fare le quietanze necessarie. Aveva in consegna e a suo carico tutte le biade, il frumento, il vino e «altre robbe di casa di qualsivoglia sorte» custodite negli edifici dell'ospedale, mentre quello che si trovava nelle cascine dell'ospedale, fuori dalla città, era a carico del fattore generale. Non permetteva che «alcun ufficiale né servitore né servo, che dovevano per regolamento risiedere nell'ospedale (cioè il cappellano, il fattore generale, il dispensario, l'infermieri e le infermiere, i servitori e il cuoco), andassero a dormire fuori dall'Hospitale e per ciò si faceva consegnare ogni sera le chiavi delle porte».

L'autorità attribuita al maggiordomo con il primo regolamento («Ordini stabiliti») venne ridimensionata con il secondo («Ordini riformati»), riducendone i margini di discrezionalità e l'ampia autonomia operativa; nonostante ciò, il maggiordomo, rimase dopo il priore e i deputati, il personaggio più autorevole dell'ospedale. Pur avendo un nome importante, la governatrice aveva compiti molto limitati, che consistevano «nella cura di tutte le utensilie, biancherie e robbe di casa» del reparto femminile. Aveva alla sua dipendenza «una serva per il servizio di cucina (cuoca) e due

infermiere per servitio delle donne inferme», che non potevano essere aumentate «neppure quando cresceva il numero delle inferme o per impedimento di una di esse». Infatti, in caso «di bisogno di aiuto in cucina alla suddetta serva, supplirà essa (la governatrice), come farà in crociera (corsia) per il servitio delle inferme». Inoltre «se di tempo in tempo gli sarà dato dalli Signori Priore e Deputati qualche ordine per servitio nell'Hospitale, sarà obbligata ad eseguirlo e inoltre farà tutto quello che giudicherà utile per detto Hospitale».

Il personale amministrativo dell'ospedale era costituito «dal fattore generale, dal ragioniato, dal thesoriero (o sij casero), dal cancelliere, dall'avvocato, dal procuratore, dal notaro e dallo scrivano».

Il fattore generale, che si occupava delle proprietà terriere dell'ospedale, dipendeva dal maggiordomo, al quale doveva sempre rendere conto del suo operato. Prima della nomina doveva obbligarsi con un atto notarile ad esercitare il suo ufficio «con tutta quella cura, diligenza, sollecitudine, fedeltà e realtà che deve havere un bravo e diligente fattore. Darà inoltre idonea sigurtà di dare buon conto di quanto gli sarà consegnato o perverrà nelle sue mani». A garanzia di quanto dichiarato nell'atto notarile, si impegnava in solido «nelle forme stabilite dalla Regia Ducal Camera» versando una somma di denaro fissata dal priore e dai deputati. Non poteva, inoltre, «attendere ad altri negotij né propri né d'altri oltre a quelli del detto Hospitale». Doveva «essere libero da ogni impedimento che lo potesse ritrahere dal servitio continuo dell'Hospitale come moglie, figlioli e simili». Aveva l'obbligo di risiedere in ospedale, «di non star fuori di esso alla notte» e «di osservare l'ordine di confessarsi e comunicarsi la prima domenica di ogni mese».

Faceva parte dei suoi compiti «la visita quotidiana alle possessioni ospedaliere», per vedere se erano lavorate a debiti tempi e conforme all'obbligo dei massari e, almeno una volta alla settimana, doveva visitare «i mulini dell'Hospitale, tanto sopra il fiume Tanaro quanto della Resiga (nome di una ca-

scina di proprietà dell'ospedale) e avendo bisogno di qualcosa, ne dava subito avviso al maiordomo». Al tempo del raccolto del grano controllava il numero dei covoni e se le messi erano state ben raccolte, e non permetteva di spigolare alle persone non autorizzate dal priore e dai deputati. Alla fine del raccolto riceveva in consegna il frumento e le altre vettovaglie, che depositava nelle masserie dell'ospedale, «avvertendo che nella misura non segua alcuna frode». Al tempo della vendemmia usava ogni diligenza «che le ughe (uve) e i frutti si raccolgano con buona stagione e che L'Hospitale non ne senta danno alcuno».

Il fattore generale, per i compiti che svolgeva come responsabile delle proprietà terriere dell'ospedale, oltre ad essere un diligente controllore dei lavori eseguiti dai massari che erano alle sue dipendenze, doveva essere anche un onesto e fedele dipendente dell'ente, poiché i raccolti agricoli, che costituivano una delle maggiori fonti di reddito, erano allora difficilmente controllabili e quindi potevano diventare facile oggetto di frodi. Perciò appaiono più che giustificate le cautele che venivano prese nei suoi confronti, sia al momento della sua assunzione (atto notarile, versamento della cauzione), sia durante il suo servizio (obbligo di risiedere in ospedale, di essere celibe, di non svolgere lavori per altri e di comunicarsi una volta al mese).

Il ragioniato (ragioniere) doveva essere «prattico esperto e fidato». Il suo compito era quello «di fare li conti con tutti quelli che haveranno da fare con detto Hospitale per qual si voglia causa e di scriverli nei libri per li debiti e crediti, tenendo conto e regola distinta e chiara in modo che non ne segna confusione». Faceva inoltre «le divisioni e le suddivisioni delle heredità e dei crediti nella maniera e forma che si conviene ad un esperto ragioniato». Partecipava alle riunioni della Congregazione particolare «alla quale consegnava di tempo in tempo la nota delli debitori verso l'Hospitale acciòché si possa ordinare ciò che converrà per l'essattione delli crediti».

Il thesoriero (o sij Cassero) aveva il compito di ricevere «tutti li redditi e entrate di esso Hospitale, tanto di Roma, Mi-

lano, Genova quando di Alessandria e altrove in qual si voglia modo gli spetteranno» e di custodirli in Tesoreria a suo rischio e pericolo. Doveva inoltre pagare i creditori con un mandato sottoscritto dal priore e da almeno tre deputati e registrato dal ragioniere.

Il cancelliere aveva il compito di scrivere, registrare e conservare «gl'Instrumenti che si faranno con qual si voglia particolare che habbia negotio con detto Hospitale e parimenti tutti gli ordini, mandati e confessi di pagamenti fatti».

L'avvocato veniva interpellato in occasione di liti di qualsiasi genere riguardanti contratti, affitti, atti notarili e «tutti gli altri negotij che appartengono all'Hospitale e dalli quali può ricever lesione». Generalmente cercava di evitare la causa e di accordarsi con la controparte attraverso altre vie, magari ricorrendo a due periti, «che si elegeranno uno per parte, come parerà più espediente al Priore e Deputati, sendo più lo devole terminare le liti con honesto accordo, che litigando e mettersi a pericolo di molte spese».

Il procuratore nelle liti di sua competenza si comportava come l'avvocato, inoltre «teneva fedele e chiaro conto delle spese delle liti e raggugliava almeno una volta alla settimana alli Priore e deputati il termine in che si troverà ciascuna causa».

Lo scrittore (impiegato), che lavorava con il procuratore, aveva il compito di preparare tutto quanto «servirà le cause dell'Hospitale».

Il notaio rogava gli atti di acquisto e di vendita dell'ospedale, con l'obbligo di darne subito copia al ragioniato, che li riportava nel libro dei crediti o dei debiti; conservava nel suo ufficio tutti gli atti notarili; partecipava a tutte le adunanze sia della Congregazione generale sia di quella particolare e scriveva «gli ordini che si faranno» in un apposito libro. «L'avvocato, il procuratore e il notaio venivano eletti dalla Congregazione generale e duravano in carica per due anni, mentre gli altri venivano eletti dalla Congregazione particolare e duravano in carica a l'arbitrio delli Signori Priore e Deputati».

Un dipendente particolare dello Spedal Grande, citato però solo nel primo regolamento del 1589 («Ordini stabiliti»),

era il «collettore ordinario delle elemosine approvato da Monsig. Reverendissimo (il vescovo)», che il martedì e il venerdì di ogni settimana andava a chiedere l'elemosina del pane, mentre al sabato andava «con la bussola serrata da una chiave» a chiedere l'elemosina di denaro. Alla sera consegnava le elemosine al maggiordomo, che le controllava alla presenza del cappellano dell'ospedale e le segnava su un apposito libro. Il collettore di elemosine, per farsi riconoscere durante la questua, portava un «segno o tavoletta». Per questo suo servizio prendeva dall'ospedale «un salario condecante concordato con il Priore e i Deputati».

Il personale sanitario era composto da «un medico, un cirugico (o cirogico) e uno spetiario». Il medico e il chirurgo «visitavano gl'infermi due volte il giorno a hora competente, ordinandoli in scritto quello che sarà necessario per la loro cura e anco per il vivere (dieta)». Alla visita erano presenti, oltre agli infermieri «che terranno conto di quanto ordinato alli infermi», anche il farmacista («spetiario»), che «scriverà sopra un libro tutte le ricette ch'ordinerà il medico per servitio delli infermi». Il medico aveva anche il compito di redigere «la fede dell'infermità a quelli che chiederanno di essere ammessi nell'Hospitale, avvertendo di non ammettere né far fede d'infermità a quelli ch'havessero mali incurabili e perpetui ò che havessero infermità che per contagione potesse nuocere alli altri infermi ovvero alli servienti ò le donne gravide che non siano vicine al parto di un mese». Tali fedie, però, potevano essere rilasciate anche da altri medici, collegiati nel Collegio della Città.

Il medico, inoltre, «di tempo in tempo, di compagnia del Signor Priore o di uno dei Deputati, habbi a visitare i composti e medicamenti che saranno nella Spetiaria (farmacia) per controllare se saranno buoni e perfetti acciò gl'infermi non ne sentino danno ò poco giovamento».

«Il cirugico (chirurgo) sarà obbligato, sera e mattina, attendere alla cura dè poveri feriti ò che haveranno altro male e anche fare l'ufficio del Barbiero per quanto spetta al servitio dè medicamenti, come di salassi, ventose, serviciali (clisteri) e altri simili bisogni. Visiterà di più anche le persone

sospette d'infirmità incurabile e anco toserà o farà tosar qualche povero necessitoso che si troverà in cura nel detto Hospitale». Per quanto riguarda «il salario del medico e del cirugico, trovandosi chi serva per Carità, si accetta, altrimenti se li pattuisce un salario ordinario mediante il quale habbiano ad attendere alla cura di tutti gl'infermi che sopravveranno nell'Anno. Nel che prenderanno cura il Priore e i Deputati di fare il beneficio de poveri hifermi et l'utile dell'Hospitale, salariando persone atte a ben servire, e dandoli salario non eccessivo, ma corrispondente alla fatica che verisimilmente stanno per fare».

Dello «Spetiario» (farmacista) si parla solo nel secondo regolamento ospedaliero del 1616 («Ordini riformati»), perché la «Spetiaria» (farmacia) dell'ospedale è sorta dopo la compilazione del primo regolamento ospedaliero del 1589 («Ordini stabiliti»). Nel periodo antecedente l'istituzione della farmacia i medicinali erano tenuti in un piccolo armadio situato nel reparto degli uomini<sup>28</sup>. «Era compito dell'infermiere, dietro prescrizione del medico, distribuire le medicine, gli sciroppi ed altri medicamenti, i quali non saranno dati fuori dall'ospedale perché le deboli entrate non consentono per il momento che si apra questa via alla quale infiniti mirerebbero, sicché non si potrebbe resistere».

Non si conosce la data in cui fu istituita la prima farmacia dell'ospedale, ma essa è sicuramente compresa fra il 1589 (anno in cui entrò in funzione il primo regolamento dell'ospedale nel quale non compare la figura dello «speciale») e il 1606, quando venne effettuato il primo inventario della farmacia allora chiamata «bottega di s. Antonio e Biagio» («inventario degli utensili della bottega di s. Antonio e Biagio e robe che al presente vi si trovano; addi 1° luglio 1606») <sup>29</sup>. Nel regolamento dell'ospedale del 1616 si trova un capitolo riguardante «l'ufficio dello spetiario» nel quale fra l'altro si legge che è vietato allo Speciale «di dare al di fuori dell'Hospitale cosa alcuna, ancorché minima, ma che s'alcuno sarà infermo e d'infirmità ammissibile (conforme alli ordini) haverà bisogno di medicamenti, venendo all'Hospitale (cioè facendosi

ricoverare) sarà provvisto di tutti li medicamenti alla sua infirmità necessarij», quindi fino a quell'anno la farmacia non era ancora aperta al pubblico ma serviva solo ai bisogni dell'ospedale.

Ad un certo punto però l'assistenza farmaceutica ospedaliera non bastava più a soddisfare le esigenze della popolazione alessandrina ma per fortuna a fare fronte a questa situazione intervenne la beneficenza privata. Nel 1673 infatti il canonico Giacomo Francesco Pomesano, volendo assistere nella propria casa «i poveri ammalati vergognosi», istituì un'Opera pia (Opera pia Pomesano) che disponeva di un medico, un chirurgo, un flebotomo e di una farmacia fatta erigere in ospedale, «provvista di tutto il bisognevole» per fornire a domicilio le medicine a questi ammalati (di questa Opera pia si parlerà in seguito nella parte dedicata alle Opere pie annesse allo Spedal Grande).

Con il termine «poveri ammalati vergognosi» venivano allora designate non persone affette da malattie particolari, ma ammalati in condizioni di indigenza e bisognosi di cure, generalmente appartenenti a famiglie nobili o benestanti che, essendo cadute in povertà, sapevano soffrire con dignità e si vergognavano (da cui il nome di «vergognosi») di entrare in ospedale a farsi curare, per non mescolarsi con le numerose persone poco raccomandabili che allora si trovavano ricoverate.

Alla farmacia presidiava «lo speciale», che doveva essere «huomo esperto e pratico in tal professione» e per essere ammesso a ricoprire tale posto doveva prima essere esaminato «dalli Consoli o Abbati dè Spetiari di questa città e dalli medesimi approvato per idoneo e sufficiente»: Aveva l'obbligo di risiedere nell'ospedale «per provvedere per le cose appartenenti alla Spetiaria, ponendo mente con diligenza che i semplici (le erbe medicinali) siano buoni e che le composizioni (preparati medicinali) siano rinnovate a debiti tempi e siano fresche». Doveva essere presente alla visita che il medico faceva agli ammalati il mattino e la sera e scrivere in un apposito libro «tutte le ricette e i rimedij che dal medico gli saranno

dettate». Dopo averle preparate, doveva portarle insieme con gli infermieri «nelli crociere (corsie) con hi bolettini de i nomi e dei numeri delle lettieri accioche gli infermieri e servienti non facciano errore nel dar le medicine, siropi ed altre cose ad uno in cambio d'un altro».

Il farmacista era inoltre obbligato «a tener conto distinto in un libro» di tutto quanto «veniva comminato e dispensato per uso degli infermi del detto Hospitale accioché in capo dell'anno fosse dar conto alli Signori Priore e Regolatori» e altresì «di dare conto a luogo e tempo delle utensilie (attrezzature) della Spetiaria».

Nell'inventario (forse il primo) della farmacia dell'ospedale (allora denominato «Botega de l'Hospitale») effettuato il 14 marzo 1606, sono elencate «le robbe che al presente in essa si trovano» cioè «attrezzature, arredi e medicinali».

Trattandosi di un documento di indubbio valore storico è ritenuto opportuno riportare della prima pagina la fotocopia dell'inventario originale e la trascrizione delle voci leggibili in esso contenute modificandone però parzialmente la disposizione rispetto all'originale per ordinarle meglio.

Per quanto riguarda il personale ausiliario dell'ospedale, dai regolamenti del 1589 e del 1616 risulta che era composto dagli infermieri, dalle infermiere e dai servitori. Nel regolamento ospedaliero del 1589 («ordini stabiliti»), nel capitolo in cui si parla «dell'ufficio dell'infermero et infermiera», si legge che nel reparto degli uomini «haura l'infermero sotto di se due servitori mentre nel luoco (reparto) delle donne vi sarà una infermiera con un'altra donna le quali serviranno il medesimo ordine che si è detto dell'infermero e servitori». Nel regolamento ospedaliero del 1616 («ordini riformati»), nel capitolo in cui si parla «dell'ufficio delli infermeri e infermiere», non appaiono più i servitori né si specifica quanti fossero gli infermieri e le infermiere, mentre nel capitolo in cui si parla «dell'ufficio della governatrice» si legge che il reparto delle donne «haverà due infermiere per servizio delle donne inferme». In entrambi i regolamenti ospedalieri «gli uffici delli infermeri e infermiere» erano pres-

soché sovrapponibili. I servitori dovevano «prestare ubbidienza et aiutare gl'infemerì nelle cose pertinenti al servizio de gl'infemerì».

Gli infermieri si alzavano al mattino in tempo «per distribuire le medicine, siropi e altri medicamenti avvertendo a tener memoria del medicamento e vitto ordinato accioché non seguisse errore». Quindi riassettavano giornalmente i letti degli infermi, spazzavano le immondizie per tenere «polito e ben netto il luogo», raccoglievano le urine e facevano «tutti quelli servitij che bisogneranno agli infermi con diligenza, carità, amorevolezza e pazienza. Sopra il tutto attenderanno con diligenza che resti il luogo con maggior politezza che sij possibile, che non gli restino odori tristi e aere corrotto, sia per recreazione d'essi infermi come perché possino con miglior animo essere visitati da cui tocca ò da altre persone caritative». Seguivano poi la visita del medico, «notando diligentemente quello che ordinerà a ciascaduno come di medicine, salassi, ventose, servituali, fregationi e altri simili bisogni e l'ora che darà il medico per cibarli e la qualità delle vivande che a ciascuno infermo saranno ordinate». Erano sempre presenti in reparto sia di giorno che di notte. «Dormiranno le notte in essi luoghi stando attenti ed avvertiti alli bisogni delli infermi, levandosi qualche volta per vedergli e intendere se gli bisogna alcun cosa, tenendo di continuo una lampada accesa per servizio dei poveri infermi». Dovevano avvisare di giorno e di notte il cappellano «occorrendo dubbioso mancamento in alcun infermo». Erano anche tenuti a «sepelire quelli che moriranno nell'Hospitale». Non dovevano usare con gli infermi «parole aspre e dure ma si mostreranno verso tutti affabili, benigni, pietosi e caritativi, essendo impietà giungere afflittione a gl'afflitti». Fatta eccezione per le sepolture che competevano solo agli infermieri, tutte queste norme valevano anche per le infermiere addette al reparto donne. Le infermiere «dovevano stare solo nelle crociere (corsie) delle donne e non praticare in quelle delli huomini sotto al pena della perdita del salario». Tale norma valeva anche per gli infermieri.

Il personale addetto ai servizi era composto dal coco (cuoco) e dalle lavandiere. Il posto di cuoco poteva essere occupato da un uomo (coco) o da una donna (serva), «pigliandosi donna per questo officio avvertiranno il Priore, i Deputati ò il maiordomo che sia atempata e tale che sia fuori d'ogni sospetto di scandalo». Il coco o la serva dovevano essere «prattici in fare e accomodare le vivande che saranno ordinate dal medico facendo le aque e brodi necessarij per gl'Infermi, de quali principalmente haveranno d'attendere». Dovevano inoltre «provvedere al bisogno del viver d'ogni giorno degli altri che ressidono nell'Hospitale» e «tenere nette e polite come si conviene le utensilie da cucina». Le lavandiere ordinarie erano due e dovevano «lavare i panni quando saran richiesti per bisogno de poveri Infermi et de altri dell'Hospitale. Piglieranno in consegna dell'Infermerio detti panni e li riconsegneranno lavati che siano e mancando alcuna cosa la pagaranno dil loro proprio».

Il servizio religioso era affidato a un sacerdote («rettore»), il quale aveva un ruolo importante, non solo perché era la guida spirituale dell'ospedale, ma anche perché allora la fede era considerata importante almeno quanto la medicina per la cura delle malattie.

Inizialmente questo servizio era assegnato, non si sa se per incarico o per diritto, al parroco della chiesa di san Martino nella cui parrocchia si trovava l'ospedale. Tale parroco, però, il 12 febbraio 1605 rinunciò a questo ufficio, che dalla Congregazione dell'ospedale venne poi affidato al sacerdote Marc'Antonio Pederana, che lo adempì gratuitamente. «Dopo di esso trovasi di quando in quando la nomina di un cappellano, il quale, mediante le retribuzioni ora di 25 ora di 30 ducaton annui più il vitto e l'alloggio, aveva l'obbligo di celebrare quotidianamente nella chiesa dell'ospedale una messa per i benefattori e per i morti in ospedale e di somministrare i sacramenti agli ammalati»<sup>30</sup>. Successivamente la Congregazione nominò regolarmente il cappellano anche per conservare alla chiesa dell'ospedale l'assoluta indipendenza da quelle di san Martino, sia nella somministrazione

del battesimo agli «esposti» e ai bambini che nascevano in ospedale, sia per la celebrazione del funerale a coloro che vi morivano.

Secondo quanto stabilito dal regolamento dell'ospedale del 1589, il cappellano veniva eletto dal vescovo, dal Priore e dai Deputati. Egli «attendeva principalmente alla cura delle Anime degl'Infermi ricoverati nell'Hospitale assistendoli, consolandoli e confortandoli a ricevere con pazienza il tutto dalle mani del Signore, ringraziandolo della misericordia che usa verso di loro». Confessava gli ammalati che entravano in ospedale entro le prime ore del ricovero o, al massimo, entro i primi due giorni, «somministrava a detti infermi i Santissimi Sacramenti a luogo e tempo, stando in ciò giorno e notte ben avvertito e a non permettere cosa che in tal maniera potesse apportar danno all'anima dell'infermo per negligenza ò poca cura sua. Mai si partirà, specialmente al momento del loro transito dai moribondi, ai quali darà quelle consolazioni e aiuti che potrà, legendoli orationi o altra cosa a questo proposito accomodata, dandoli la Comunione e estrema unzione a suo luogo e tempo». Celebrava ogni giorno la Santa Messa «a quell'hora che più sarà accomodata affinché tutti gli infermi e gli altri dell'Hospitale la possano odire». Quasi tutti quelli che risiedevano nell'ospedale («ufficiali ed altri») erano tenuti a comunicarsi la prima domenica di ogni mese, «perciò sarà obbligato il Sacerdote ad ascoltare la santa confessione di tutti loro e in caso che mancassero di confessarsi e comunicarsi al tempo suddetto, sarà ufficio suo d'esortarli e costringerli a questo e non potendoli disporre, aviserà il Priore e Deputati, quali provvederanno che tale ordine sia osservato e si mantenga inviolabilmente». Ogni mattina e ogni sera aspergeva con l'acqua santa il reparto degli uomini e delle donne, «esortandoli un Pater e un Ave Maria e a raccomandarsi l'anima al Signor Iddio». Benediceva pure nei reparti le vivande che si portavano agli infermi «nell'hora del cibarli e a tal hora si troveranno presenti tutti quelli che residano nell'Hospitale, così il maggiordomo come tutti gli altri per aiutare e servire gli infermi in cosa tanto importante». La me-

desima benedizione veniva fatta dal cappellano alla mensa di tutti coloro che risiedevano nell'ospedale, «non permettendo che in detto Hospitale si mangi se prima non si è fatta la douta benedittione nel levarsi da tavola renderà parimenti le dovute gratie».

Il cappellano aveva anche il compito di celebrare con particolare solennità le tre principali feste religiose dell'ospedale. La più importante era quella di sant'Antonio Abate il 17 gennaio, seguivano quelle di san Biagio il 3 febbraio e quella della Beata Vergine Assunta il 15 agosto. Il motivo della istituzione delle prime due feste è ovvio, mentre per quanto riguarda la terza, si pensa abbia tratto origine dal fatto che il Monte di Pietà dell'ospedale aveva come patrona la Beata Vergine Assunta.

Fin dall'epoca della fondazione dello Spedal Grande, nei festeggiamenti che si tenevano in onore di sant'Antonio vi era sempre un trattenimento musicale, mentre in quelli che si tenevano in onore di san Biagio questo trattenimento incominciò a tenersi solo a partire dal 1614; in entrambe le feste, però, cessò nel 1791. Nelle tre feste religiose veniva celebrata alla sera una messa solenne con benedizione, alla quale partecipavano il priore ed i deputati insieme agli ufficiali (dirigenti) dell'ospedale e del Monte di Pietà, che in tale occasione «distribuivano personalmente il pranzo e la cena ai convalescenti ed agli ammalati che erano in grado di cibarsi». Tale pranzo si distingueva da quello comune per l'aggiunta di un quarto di cappone nelle feste di sant'Antonio e san Biagio e di mezzo pollastrello in quella della Beata Vergine Assunta.

Oltre a queste tre feste si celebrava, a partire dal 1789, anche quelle di sant'Andrea Avellino l'11 novembre (questo santo, nato a Castronovo di sant'Andrea, in provincia di Potenza, nel 1521 e morto a Napoli nel 1608, faceva parte della Congregazione dei Padri Teatini, che aveva fra i suoi compiti esterni l'assistenza ai bisognosi e la cura degli infermi). Da lungo tempo la chiesa dello Spedal Grande godeva del privilegio di far benedire dal suo cappellano nel giorno di

sant'Antonio Abate i cavalli che si presentavano al mattino sul piazzale della chiesa, oppure di impartire la benedizione nelle case dove era richiesta, «ritraendo una volontaria limosina a favore della chiesa».

Da questi due regolamenti ospedalieri («ordini stabiliti» e «ordini riformati») risulta, che lo Spedal Grande nel 1589 (anno della compilazione del primo regolamento) aveva complessivamente 19 dipendenti, così ripartiti: 1 notaio, 1 avvocato, 1 procuratore, 1 thesoriero, 1 collettore delle elemosine, 1 maiordomo, 1 fattore, 1 coco, 2 lavandiere, 1 medico, 1 cirurgico, 1 infermero, 1 infermera, 4 servitori, 1 sacerdote, mentre nel 1616 (anno di compilazione del secondo regolamento) i dipendenti erano saliti a 24 circa, così distribuiti: 1 avvocato, 1 procuratore, 1 notaio, 1 cameliere, 1 scrivano, 1 maggiordomo, 1 sacerdote, 1 ragioniato, 1 fattore, 1 speciale, 1 governatrice, 1 medico, 1 cirurgico, 1 thesoriero, 1 coco, 2 lavandiere, 2 infermere, forse 4 infermeri (non essendo specificato il loro numero, si presume fossero 4, tenendo conto del fatto che nel reparto delle donne vi erano 2 infermiere per un numero di ricoverate che era circa la metà di quello dei ricoverati nel reparto degli uomini). Nel secondo regolamento non figuravano più i servitori, mentre era comparsa una serva per la cucina del reparto donne. Pur essendo ben definiti i ruoli di ciascun dipendente, il regolamento prevedeva che «tutti quelli che servono nello Hospitale, fatto quello che li spetta per l'ufficio loro saranno tenuti far ogni altro servizio, ma mirando che a tali non siano tenuti per l'obbligo ufficio loro».

A fronte di questo numero di dipendenti, il numero dei posti letto dell'ospedale era il seguente. Nel 1565, a meno di un anno dall'unificazione, l'ospedale di san Biagio e quello di sant'Antonio disponevano complessivamente di 23 posti letto (12 per gli uomini e per le donne quello di sant'Antonio; 11 solo per gli uomini quello di san Biagio). Nel 1624 lo Spedal grande disponeva di 42 posti letto (26 per gli uomini e 16 per le donne) che alla fine del 1700, pochi anni prima della cessazione della sua attività, salirono

a 59 (32 per gli uomini, 25 per le donne e 2 per gli «ammalati incurabili»).

Dall'analisi dei due regolamenti ospedalieri si ricavano anche notizie che permettono di ricostruire, sia pure approssimativamente, la vita interna dello Spedal grande, soprattutto per quanto riguarda i ricoverati. Prima dell'entrata in vigore del regolamento del 1598 («ordini stabiliti»), il ricovero ospedaliero avveniva senza alcuna formalità e alcune volte, anche in forma coatta («raccolta dei malati»). Poi, come si è già ricordato, divennero necessari due certificati: uno rilasciato dal medico dell'Osped'le o da un medico esterno, iscritto al Collegio medico di Alessandria, attestante, che il ricoverando era affetto da una malattia curabile, non perpetua né contagiosa e, se si trattava di donna gravida, che era a un mese dal parto; l'altro dal parroco della parrocchia del ricoverando, che ne attestava lo stato di povertà e la residenza nel territorio alessandrino. La limitazione del ricovero a «infermi curabili della città o del suo contado e non forestieri («salvo però li pellegrini o passeggeri che si infirmassero»)), era dovuto «alle deboli intrate dell'Hospitale che per ora non comportano la possibilità di concedere perpetuamente medicamenti a coloro che non hanno speranza di potersi liberare dalle loro infermità mediante i medicamenti ai quali può provvedere l'Hospitale». Per il ricovero oltre a questi due certificati serviva anche l'autorizzazione del Priore che, in caso di «apparente necessità» poteva ricoverare anche ammalati sprovvisti dei certificati però anche in questo caso il giudizio definitivo per il ricovero, spettava al medico dell'ospedale che, dopo averli visitati, stabiliva se erano affetti da malattie curabili e esenti da malattie contagiose, condizioni inoppugnabili per essere accolti in ospedale.

Una volta ricoverato, l'ammalato veniva preso in consegna dall'infermero», che provvedeva a pulirlo, se ne aveva bisogno, poi si faceva consegnare gli indumenti che «haverà cura di riporre nel luogo deputato, dove saranno descritti in un apposito libro e poi lavati per poterli restituire puliti a luogo

e tempo»; quindi gli faceva indossare una camicia pulita, lo accompagnava nella corsia e lo metteva a letto. Avvisava infine il cappellano «accioché senta la confessione in tempo debito».

I letti dell'ospedale erano provvisti di pagliericci, materassi, cuscini, lenzuola e coperte. Ogni ricoverato disponeva di un proprio letto, contrariamente a quanto avveniva in ospedali di altre città sia italiane che straniere, in cui per la persistente carenza di letti era invalsa l'usanza di mettere nello stesso letto più malati.

Tutti i luoghi dell'ospedale, ma in particolar modo i reparti di degenza, erano tenuti puliti. Ogni giorno venivano riassettati i letti e, all'occorrenza, cambiate le lenzuola e le camicie ai ricoverati.

Gli ammalati venivano visitati due volte al giorno, mattino e sera, separatamente dal medico e dal chirurgo e una volta dal maggiordomo e dal deputato di turno settimanale che «intenderanno da essi come siano trattati, come li sia provvisti di cose necessarie ò se in qualche caso patiscano ò che non li siano somministrate le cose che li bisognano».

Gli infermieri e le infermiere non abbandonavano né di giorno né di notte le corsie. Durante il giorno controllavano «accioché il tutto fosse puntualmente eseguito» sia per quanto riguarda la somministrazione delle medicine che dei pasti, generalmente consistenti in «minestra, pane, carne, vino, aqua cotta i altri simili cose» inoltre «ponevano mente agli accidenti che venivano agli infermi per riferirli al medico o al chirurgo». Durante la notte dormivano nelle corsie «stando attenti e avvertiti alli bisogni degli infermi e levandosi alcune volte per vedergli ed intendere se gli bisogna alcun servizio». «Partendosi l'infermo dall'Hospitale dopo avere recuperata la sanità, gli venivano «restituiti li suoi panni risanati». In caso di decesso veniva seppellito dall'infermiere nel sepolcro dell'ospedale. «Li panni et altre cose degl'infermi» che morivano nell'ospedale si restituivano «alli Heredi legitimi dil morto», ma «non comparendo alcuno in termine di tre mesi, che possi esser herede legitimo, dette robbe» divenivano di proprietà

dell'ospedale e vendute dal maggiordomo che «portava li denari che si cavavano in Thesoreria».

Anche se la vita interna dello Spedal Grande, che si è potuta ricostruire solo parzialmente grazie alle notizie ricavate dai due regolamenti, non corrispondeva completamente a quella che in essi era descritta, si può tuttavia ritenere che in questo ospedale fosse migliore di quella vissuta nella maggior parte degli altri ospedali. Infatti, da quanto risulta, nell'ospedale di Alessandria sussistevano solo in minima parte le cause, già ricordate, che avevano determinato fra la fine del 1500 e la prima metà del 1800 il decadimento di quasi tutti gli ospedali e cioè le difficoltà finanziarie, la cattiva amministrazione e l'affievolimento del sentimento religioso e della carità cristiana, causa quest'ultima dell'introduzione negli ospedali dell'assistenza mercenaria, generalmente praticata con minore amore verso gli ammalati rispetto a quella volontaria.

Di queste l'unica causa realmente presente nello Spedal Grande era quella relativa alle difficoltà finanziarie, più volte ricordate anche dai regolamenti, nei quali si legge spesso che in questo ospedale venivano accolti solo gli ammalati curabili perché «le sue deboli intrate» non permettevano di ricoverare anche i cosiddetti «malati incurabili», cioè affetti da malattie dalle quali «non han speranza di potersi liberare» con le cure che l'ospedale poteva erogare, oppure che «la dibolezza delle intrate richiede si restringa il numero degli ufficiali (dirigenti) dell'Hospitale il più che sia possibile». Comprovano la difficoltà finanziaria dell'ospedale anche la presenza nel suo organico del «collettore ordinario delle limosine», un dipendente regolarmente retribuito dall'ente che «due volte la settimana vada per la città e sobborghi a ricercare la limosina di pane e di dinaro» e l'inclusione negli «uffici (compiti) del notaio» dell'ospedale anche quello di «pregar per parte della Congregazione, nel giorno che si congrega il suo Collegio, tutti li Notarij e avisarli che vogliano raccordare ai testatori a luogo e tempo, l'importanza delle opere e le molte spese che si fanno nell'Hospitale, acciò facciano qual-

che limosina all'Hospitale, raccordandogli che riceveranno premio eterno».

Per quanto riguarda l'altra causa del decadimento degli ospedali in generale, cioè quella riguardante la cattiva amministrazione, non si sono trovate notizie concernenti tale fenomeno nello Spedal Grande, anche perché in questo erano state prese misure di ordine amministrativo e legale per prevenirlo. Nei capitoli dei due regolamenti riguardanti gli «uffici» del priore, dei deputati, del «ragionato» del «thesoriero» e del fattore generale, che erano i principali responsabili dell'amministrazione dell'ospedale, si trovano infatti numerose norme (già ricordate) che rendevano difficili le appropriazioni indebite. Non si può tuttavia escludere che anche nello Spedal Grande si siano verificati episodi di cattiva amministrazione, ma se si fossero verificati, non dovevano essere stati rilevanti, perché in tal caso gli storici li avrebbero senz'altro ricordati.

Per quanto riguarda infine la terza causa del decadimento degli ospedali, cioè l'introduzione dell'assistenza retribuita, risulta che nello Spedal Grande questa era solo in parte retribuita. Infatti nei due regolamenti si legge che «trovandosi persona che per carità et amor d'Iddio voglia attendere a qualche ufficio si accetterà questa carità aspettandosi questi maggior premio che li potrebbe dare l'Hospitale. Non trovandosi chi serva senza premio, si pagheranno conforme alle fatiche che occoreranno». Se nello Spedal grande la situazione era abbastanza buona per quanto riguardava l'assistenza, non lo era altrettanto per quanto riguardava le persone ricoverate che, da quanto risulta dai regolamenti e da altri scritti, non dovevano essere delle migliori. Nei regolamenti si legge infatti più volte «che nei reparti, né in tutti gl'altri luoghi dell'Hospitale non sarà alcuno che ardisca sonare, cantare, bestemmiaire ne usar parole dishoneste ne si faccian cose che non convenga a luoco pio, provvedendo a disordini se ne occorressero». La ripetizione frequente di questi avvertimenti è un segno evidente che nell'ospedale simili situazioni si verificavano spesso. Che l'ospedale non fosse un luogo

tanto tranquillo è dimostrato anche dal fatto, già menzionato, che il maggiordomo teneva nel suo alloggio un archibugio e che nel regolamento del 1616 era stato inserito che gli infermieri «anderanno per detto Hospitale e crociere senz'arme e penne come si ricerca in un simile loco divoto». Una conferma che l'ospedale fosse mal frequentato si ha anche dall'esistenza dei cosiddetti «malati vergognosi» che, come si è già ricordato, erano persone ammalate indigenti e bisognose di cure, appartenenti a famiglie nobili o benestanti cadute in povertà, ma che si vergognavano di entrare in ospedale per non mescolarsi con le persone poco raccomandabili che abitualmente vi erano ricoverate.

Si può pertanto pensare che anche nell'ospedale di Alessandria fosse questo uno dei motivi (forse il principale, perché gli altri erano di minore importanza) che teneva lontano gli ammalati da questa struttura, alla quale generalmente accedevano «per andarvi a morire» poiché quasi sempre preferivano farsi curare nella propria abitazione.

L'avversione per gli ospedali in generale si protrasse, sia pure in forma più attenuata, fino verso la metà del XX secolo e si radicò talmente nella popolazione che, pur essendo stati creati in essi dei reparti a pagamento nei quali i ricoverati soggiornavano separati da quelli comuni, gli ammalati, soprattutto quelli benestanti, preferivano farsi ricoverare nelle cliniche private anziché negli ospedali pubblici.

I regolamenti degli ospedali in generale, che sono sempre ricchi di notizie sulle varie attività che in essi si svolgono, non parlano delle cure che vi si praticano perché ciò, ovviamente, esula dai loro scopi, perciò, per questo tipo di informazioni, bisogna rivolgersi ad altre fonti. Purtroppo per quanto riguarda lo Spedal Grande di Alessandria anche il materiale conservato nel suo Archivio storico non fornisce tracce rilevanti su tale materia. Un aiuto a questo proposito potrebbe essere fornito dalla biblioteca medica dell'attuale ospedale, i cui numerosi testi (circa un migliaio, alcuni dei quali risalenti al 1500), trattano tutti gli aspetti della medicina e della chirurgia. Questa straordinaria dotazione mo-

stra, infatti, l'evoluzione delle conoscenze mediche e chirurgiche, a partire da quelle classiche di Ippocrate, Celso, Galeno ed Avicenna alle «*historiae morborum*» medioevali, alle raccolte di aforismi e sentenze del 1500, alle teorie in auge nel 1600 e 1700. Anche se dai dati di cui dispone questa biblioteca non è possibile riferire con esattezza la cronologia dell'acquisizione dei testi, si può però con molta probabilità ritenere che la gran parte di essi sia frutto di donazioni avvenute in epoche diverse (specialmente fra il XVIII e XIX secolo) e non di acquisti finalizzati alla crescita professionale dei medici dell'ospedale; perciò l'esistenza in questa biblioteca di alcuni testi del 1600 e del 1700 che riportano le nuove teorie mediche di quell'epoca «non starebbe a dimostrare l'adesione dei medici dell'ospedale di quell'epoca a tali teorie e nemmeno la loro conoscenza delle teorie»<sup>31</sup>. Pertanto, siccome la formazione di questi medici avveniva nelle Università e nelle Accademie medico-chirurgiche in cui si continuava ad insegnare la medicina e la chirurgia classica di Ippocrate e di Galeno, si può con molta probabilità ritenere che essi praticassero questo tipo di medicina e di chirurgia. Ciò trova conferma anche nell'analisi degli inventari della farmacia dell'ospedale, che dimostra «scarsi mutamenti nella sua dotazione fino ai primi trent'anni del 1800 e una crescita non rilevante nel settore sanitario, facendo supporre che poco fosse cambiato fino a quell'epoca rispetto al passato»<sup>32</sup>.

Nel 1600 il panorama della medicina, pur continuando ad essere dominato dalla vecchia dottrina umorale di Ippocrate e di Galeno, incominciò ad essere modificato dalle nuove teorie; fra queste le più importanti erano quella jatrofisica, quella jatrochimica e quella microbiologica. Secondo la teoria jatrofisica e jatrochimica, le malattie erano dovute ad alterazioni di ordine fisico o di ordine chimico dell'organismo, che veniva considerato come una specie di provetta nella quale avvenivano reazioni chimiche, o come una macchina. Secondo la teoria microbiologica, le malattie erano dovute a microbi (allora chiamati «*seminaria*» o «*infusori*»), che si riteneva

provenissero per generazione spontanea da umori corrotti putrefatti presenti nell'organismo: «putredo animale». Nessuna di queste teorie, basate esclusivamente su convinzioni soggettive e senza nessun supporto scientifico, riuscì ad affermarsi: per questo la dottrina medica classica di Ippocrate e di Galeno basata sull'alterazione degli umori del corpo rimase ancora dominante e anche la terapia non subì modificazioni rispetto al passato. Tuttavia, anche se le nuove dottrine non ressero alla critica degli oppositori e poco alla volta decadde, ebbero però il merito di aver richiamato l'attenzione degli studiosi sul valore patogenetico dei fattori chimico, fisico e batteriologico sui quali la scienza ritornò, sia pure su posizioni diverse, dopo un periodo di tempo relativamente non lungo.

Anche nel 1700 la dottrina umorale ippocratica e galenica rimase predominante e con essa si continuarono ancora a spiegare tutti gli stati patologici. Tuttavia, accanto alla patologia umorale, si svilupparono due nuove dottrine mediche, quella «vitalistica» e quella «romantica». La teoria vitalistica aveva due indirizzi: uno basato sull'azione dell'«anima» (intesa nel senso di principio che dà vita ai corpi organici), l'altra sull'azione dello «spirito vitale» (inteso, secondo la fisiologia dell'epoca, come un fluido sottile veicolo di vita e di sensibilità). Nel primo si affermava che, in caso di malattia, l'anima produceva in alcuni apparati dell'organismo (digerente, respiratorio, urinario e cutaneo) dei «movimenti tonici» che ne esaltavano la funzione, favorendo l'espulsione degli umori nocivi. Attraverso questo meccanismo di difesa naturale l'organismo riusciva talvolta ad ottenere spontaneamente la guarigione. Se ciò non avveniva, bisognava ricorrere ad una terapia che eccitava la funzione di tali apparati e cioè alla somministrazione di purganti, emetici, diuretici e diaforetici che liberavano l'organismo dagli umori nocivi. Quindi, dal punto di vista pratico non cambiava nulla, rispetto a quello che si faceva secondo la dottrina umorale. Nel secondo indirizzo della teoria vitalistica si diceva che, se lo spirito vitale era presente in giusta proporzione, manteneva

nel corpo uno stato tonico che consentiva il normale svolgersi delle sue funzioni (cioè lo stato di salute). Se invece aumentava o diminuiva, si alterava lo stato tonico e si produceva uno «spasmo» o un'«atonìa», con conseguente insorgenza di malattie che dovevano essere curate con antispastici o con eccitanti (questa teoria si rifaceva a quella di Asclepiade dello «status laxus» e dello «status strictus» del I sec. a.C.).

Anche nell'ambito della cosiddetta «medicina romantica» (perché legata al movimento culturale del romanticismo, che allora incominciava ad affermarsi) si svilupparono e si affermarono alcune dottrine mediche, fra le quali ebbero maggior successo il brownianismo e l'omeopatia. Secondo il brownianismo, il cui nome è legato al medico scozzese John Brown (1735-1788) che ne fu l'ideatore, lo stato di salute era in rapporto ad una normale «eccitabilità» dell'organismo, a cui perveniva una regolare affluenza di «stimoli», mentre lo stato di malattia era collegato ad un eccesso («stenia») o a un difetto («astenia») di «eccitabilità» dell'organismo; di conseguenza, la terapia era basata fundamentalmente sulla somministrazione di eccitanti o di sedativi.

L'omeopatia, o medicina omeopatica, praticata ancor oggi, è basata sul principio che due malattie simili non possono coesistere nello stesso individuo; perciò per curare le malattie si devono somministrare dosi molto basse di quei farmaci che, a dosi elevate, producono gli stessi sintomi presenti nelle malattie da curare. Sorse così il principio su cui si basa la medicina omeopatica: «*similia similibus curantur*», che si contrappose a quello «*contraria contrariis curantur*» della medicina ippocratica. Questa medicina ebbe subito un discreto successo, anche perché servì, entro certi limiti, da freno al dilagante abuso di terapie indiscriminate, basate soprattutto su salassi abbondanti e ripetuti e su emetici e purganti drastici, e favorì la ripresa dell'antico principio della terapia: «*primum non nocere*».

Nel 1600, mentre nella medicina erano stati fatti dei tentativi per modificare le vecchie dottrine di Ippocrate e di Ga-

leno, nella chirurgia e nelle branche ad essa affini la situazione rimase pressoché stazionaria rispetto ai secoli precedenti, fatta eccezione per l'ostetricia, che fece dei progressi importanti grazie soprattutto alla scoperta del forcipe, che facilitò l'opera dell'ostetrico nei parti difficili e migliorò anche la prognosi. In questo secolo infatti la chirurgia, trascurata dai chirurghi ufficiali in possesso di un diploma o di una laurea, continuò ad essere esercitata quasi esclusivamente dai «chirurghi empirici».

Nel 1700, invece, pur non avendo compiuti grandi progressi per quanto riguarda l'ideazione e l'attuazione di nuove operazioni, la chirurgia acquistò maggior credito, e questo poco alla volta la portò ad avere una dignità pari a quella della medicina. La nazione che per prima fece registrare l'avanzamento della chirurgia fu la Francia, dove nel 1731 ebbe luogo la fondazione dell'Accademia Reale di Chirurgia e l'introduzione di questa disciplina nell'insegnamento universitario. Nel 1743 fu emanata la Dichiarazione Reale, che sollevò la posizione morale e sociale dei chirurghi, portandoli allo stesso rango dei medici. Tale provvedimento venne in seguito preso da altre nazioni, consentendo così ai chirurghi di raggiungere ovunque pari dignità con i medici. Nello stesso periodo, avendo i governi nazionali reso obbligatorio, per esercitare la chirurgia, il possesso di un titolo professionale rilasciato dall'Università, incominciarono gradatamente a scomparire i chirurghi empirici di ogni specie. Inoltre nelle Università comparvero grandi maestri, che fondarono scuole fiorenti, nelle quali furono messe a punto nuove operazioni ed anche migliorate le operazioni di cosiddetta grande chirurgia (cioè le operazioni dell'ernia, cataratta e calcoli vescicali), che vennero, poi praticate anche dai chirurghi universitari e ufficiali, mentre prima erano appannaggio solo dei chirurghi empirici. Verso la seconda metà del 1700 ebbero un incremento anche le specialità chirurgiche, ed in modo particolare l'ostetricia e l'oculistica. L'ostetricia incominciò a distaccarsi dalla chirurgia e per esercitarla era necessario possedere un diploma di specializzazione. Inoltre gli ostetrici

non dovevano occuparsi solo dei parti difficili, ma anche di quelli normali ed assistere le partorienti durante la gravidanza, compiti fino allora riservati alle levatrici. In oculistica fece progressi soprattutto la chirurgia oculare, in cui fu introdotta una nuova tecnica per la cura della cataratta, consistente nell'asportazione del cristallino, tecnica che soppiantò l'antichissimo procedimento dell'abbassamento e frantumazione di tale formazione anatomica, che sembra fosse stato praticato per la prima volta dai chirurghi assiro-babilonesi nel 3° millennio a.C.

#### LE OPERE PIE ANNESSE

Lo Spedal Grande, sorto come luogo destinato all'assistenza e alla cura degli ammalati poveri, sia per la pressione della cittadinanza che chiedeva il suo intervento anche nel soccorso dei miserabili in continuo aumento, sia per incrementare il proprio patrimonio attraverso l'incamerazione e l'amministrazione di nuovi lasciti destinati a nuovi settori caritativi, decise di accogliere tra le proprie mura anche alcune Opere pie, assumendo così gradatamente anche la fisionomia di argine contro la miseria e di erogatore di aiuti alle persone bisognose, fisionomia che mantenne fino al 1900 inoltrato<sup>33</sup>. Ciascuna delle Opere pie, sorte prima nello Spedal Grande, poi nell'attuale ospedale, aveva una propria amministrazione autonoma «di entrate e uscite e di beni mobili e immobili», gestita dagli amministratori dei due ospedali, ma sotto il controllo dell'esecutore testamentario del benefattore, che provvedeva a far eseguire e rispettare le volontà contenute nel testamento.

#### *L'Opera pia degli esposti*

La prima Opera pia sorta nello Spedal Grande fu quella per l'assistenza agli «esposti», cioè ai neonati abbandonati. Nel 1576 il Visitatore apostolico, in occasione della visita

effettuata in questo ospedale, «fece qualche proposta perché in esso si prendesse cura anche degli esposti». Tali proposte furono accolte e attuate, poiché negli atti della visita pastorale del 1594 si legge che «in questo Hospitale si accoglievano gli «esposti» e si provvedeva al mantenimento delle nutrici». Tale istituzione ebbe, però, un inizio abbastanza travagliato. Infatti le spese relative al suo mantenimento, che dovevano essere sostenute in parti uguali dal vescovo e dal Comune, non vennero corrisposte da quest'ultimo, che addusse a giustificazione il fatto di avere in compenso esentato l'ospedale dal pagamento delle tasse sui suoi beni. Nel 1673 l'ospedale informò della situazione il Senato di Milano e gli comunicò che, a partire dall'anno precedente, aveva sospeso l'accoglimento degli «esposti». Sembra, però, che «lo Spedale erasi sgravato di tale peso anche prima, perché il vescovo Ciceri, con sua lettera del 1° settembre 1669 inviata al Priore della città di Alessandria, si era lamentato che detto Spedale dall'anno avanti aveva tralasciato di dar ricetto agli esposti e di mantenere le nutrici».

Dopo la decisione dell'ospedale di non accogliere gli «esposti» a causa della difficoltà finanziaria in cui versava, il Senato emanò ripetuti Ordini nel 1672, 1683 e 1688, affinché dalla città e dai sobborghi venissero versati contributi all'ospedale, per consentirgli di ricoverare gli esposti e invitò anche il vescovo «ut curet ecclesiasticas concedenti pecunia ad hoc pium opus concurrere». Non si è potuto sapere che cosa sia successo in seguito, ma è però noto che nel 1724 il sacerdote Giambattista Ortiz, nel suo testamento dettato l'11 novembre di quello stesso anno, legò alla città di Alessandria «due capitali a lui dovuti, uno di lire 17.000 di Milano e l'altro di lire 4.000, i cui redditi impiegare si dovessero per gli esposti». Alla sua morte, avvenuta il 18 gennaio 1725, «gli antidetti capitali furono ceduti ai pubblici amministratori che li accettarono, promettendo di convertire gli annui redditi nel mantenimento degli esposti, finché essi capitali sussisteranno e potranno i frutti di essi esigere»<sup>34</sup>.

La normativa relativa a questa istituzione è contenuta nei regolamenti dell'ospedale del 1598 e del 1616, sotto il titolo «Delli Esposti all'Hospitale», che inizia nel seguente modo: «poiché è piaciuto alli Reverendissimi vescovi di questa Città che l'Hospitale habia à proveder à gl'Esposti Fanciulli, che sono portati all'Hospitale, userà diligenza il Maiordomo che subito siano ricevuti nell'Hospitale e che li sia provisto di Baile (balie) per darli il latte» (però preferibilmente a casa delle balie anziché in ospedale). Il maggiordomo, aiutato in ciò anche dal cappellano dell'ospedale, doveva «usare ogni diligenza di trovar i Padri e Madri de gli Esposti astringendoli a pigliarli e pagar la spesa che si sarà fatta all'Hospitale, havendo il modo».

Gli «esposti» venivano allattati dalle balie fino a diciotto mesi, poi venivano dati da allevare, sempre a spese dell'ospedale, i maschi fino a sette anni e le femmine fino a nove. Dopodiché potevano essere adottati «con i debiti histromenti» da chi li aveva allevati e «a tener come figli» oppure «troveranno honesto partito per metterli a servire con honeste condizione come molte volte occorso» o «tenuti nell'Hospitale sin a tanto che li possa dar alcun ricapito, riponendoli con gli altri Orfani ò in Santa Marta se sarà Fanciulla».

Dopo essere stati accolti nell'ospedale, gli «esposti» venivano battezzati, se non lo erano già stati, e «il Sacerdote segnerà in un libro particolare il giorno e hora che sono stati esposti, perché in questo modo più facilmente si può trovar indicio di lor Padre o Madre». Sempre allo scopo di conoscere i genitori dell'«espосто», il maggiordomo «dovrà segnare in un libro, che gli sarà consegnato dal Priore, il giorno, il nome della creatura con qualche segno, se detta creatura l'haverà nel corpo, ò nelle fascie e pezze come di Agnus, bindelli, bolletini ed altro». In caso di morte dell'«esposto» la balia che lo allattava nella propria casa era tenuta a portare all'ospedale «la fede del Parochiano del giorno della morte, acciò se ne possa far menzione nel libro dove son notati detti esposti».

### *L'Opera pia delle doti matrimoniali*

La seconda Opera pia, in ordine di tempo, sorta nello Spedal Grande, fu quella delle «doti matrimoniali» da distribuire annualmente alle ragazze povere della città e dei suoi sobborghi che volevano sposarsi. «Ex testamento de anno 1597 die 7 novembris rogato per Thomas Milanum not. Alexandriunm», Biagio Moizi, come si leggeva in una lapide posta sotto il suo busto marmoreo collocato nella chiesa dello Spedal Grande, lasciò a questo ospedale la terza parte del reddito «di 600 aureorum nostrae monetae» perché «ogni anno si spendi in maritar tante figliole povere di detta Città e Corpi Santi (sobborghi), tra le quali quelle delle famiglie di Moizi in detta città e nel luogo di Cantalupo debban essere a tutte le altre preferite; dopo (verranno) le vergini e orfane di Santa Martha e dopo loro le altre povere che haveranno li requisiti».

La normativa per l'assegnazione delle doti è inserita nel regolamento dello Spedal Grande del 1616, nel quale si legge che «il ragionato del detto Hospitale ogni anno, al mese di luglio, farà il riparto di quello che avvanzerà (della parte di eredità) spettante al maritar le figliole e lo darà in scritto alli Signori Priore e Deputati acciò sappiano quante figliole si doveran maritare». Alle ragazze della famiglia Moizi si davano in dote ad ognuna settanta scudi, mentre alle vergini e orfane di Santa Marta e alle altre ragazze si davano ad ognuna cinquanta scudi. Queste cifre, però, non erano fisse, ma variavano ogni anno in rapporto agli interessi maturati sul capitale in denaro versato da questo benefattore.

L'estrazione a sorte dei nomi delle pretendenti a questa dote avveniva nel seguente modo: «aperta la bossola nella quale sopra (dei foglietti di carta) si daranno descritti li nomi e cognomi delle figliole che pretendono detta dote, si faranno cavare da detta bossola da un figliolo picciolo tante figliole a sorte quante si doveran maritare quell'anno». Fatta l'estrazione, «li Signori Priore e Deputati (ognuno per proprio conto) prenderà carico di prendere informatione se-

creta delle figliole (sorteggiate) per veder se haveranno li debiti requisiti». Dopodiché «si faranno avisar loro o loro padri e madri acciò li provedano di marito e si ritrovano alla processione che si farà con esse dalla Cattedrale all'Hospitale il giorno di san Biagio prossimo a venire dopo la loro estrazione». Prima, però, dovevano fare la pubblicazione del matrimonio, che doveva essere celebrato nella chiesa Cattedrale dal Curato di questa, come stabilito dal testamento di Biagio Moizi. Non trovando alcuna di loro marito, «verrà concessa una sola proroga acciò si maritano l'anno seguente».

La cerimonia di consegna delle doti avveniva nel seguente modo: «La festa di san Biagio, che sarà li tre di febraro d'ogni anno, li sposi si ritroveranno nella Cathedrale a hora di messa grande ed ivi alli Signori Priore e Deputati presenteranno le fedi di matrimonio, il che fatto, si porranno in Processione inviandosi alla volta dell'Hospitale precedendo prima una persona qual porterà il stendardo sopra del quale vi sarà da un canto dipinta l'Imagine di sant'Antonio e dall'altro l'Imagine di san Biagio e nel piede d'esso l'immagine di Biagio Moizio con atto che dimostra la sua carità». Dietro queste persone «seguiranno prima li mariti e dopo le spose accompagnate da Gentildonne di questa Città e, dopo loro, seguiranno li Signori Priore e Deputati. Entrati che saranno nella chiesa dell'Hospitale li detti mariti e mogli devotamente faranno particolar Oratione per l'animo del detto Benefattore, il che fatto, riceveranno dalli Signori Priore e Deputato una borsa per caduna con dentro il mandato che conterrà dove haveranno a scodere la dote». Gli sposi che non partecipavano alla cerimonia «saranno privati di detta dote quando non si sia legittimamente provato vero impedimento o grave infirmità». All'atto del versamento della dote «i mariti delle figliole debono aver provisto una proprietà nel quale detta dote si debba impiegare per cauzione e fondo dotale di dette figliole».

In seguito le doti matrimoniali vennero sovvenzionate anche da altri benefattori. Nel 1603 giureconsulto Lorenzo

Sappa lasciò in eredità allo Spedal Grande il reddito di 1.500 monete d'oro «disponendo e gravando detto Hospitale, dopo che haverà estinto e pagato alcuni suoi censi e debiti, a dare alle vergini e orfane di Santa Martha scuti 200 l'anno e di spendere altri scuti 200 il maritar figliole italiane vergini e povere di buona voce, condizione e fama, nominando alcune delle famiglie Sappi le quali vuol che siano favorite»<sup>35</sup>. Secondo il Chenna, con questo lascito vennero istituite quattro doti matrimoniali di 150 lire del Piemonte l'una<sup>36</sup>. Nel 1655 Antonio Firuffino istituì e fece gestire dallo Spedal Grande due doti matrimoniali di 100 lire del Piemonte da assegnare a fanciulle oriunde di questa città o della terra di Sezzè (Sezzadio). Nell'adunanza del 20 dicembre 1776 la Congregazione dello Spedal Grande aggiunse alla norma disposta dal Moizi, 120 lire antiche di Savoia per l'istituzione di altre tre doti matrimoniali che vennero chiamate «doti d'addizione»<sup>37</sup>.

### *L'Opera pia Monte di Pietà*

Dopo queste due Opere pie nel 1649, come si è già ricordato, sorse nello Spedal Grande anche un Monte di Pietà, fondato dal nobile alessandrino Francesco Ghilini; non fu, però, la prima istituzione di questo tipo nata in Alessandria, essendone sorta un'altra nel 1493 per soccorrere poveri e bisognosi di questa città e del suo contado. Il 20 novembre di quell'anno, infatti, gli Anziani del popolo inviarono al Governatore di Milano gli statuti dell'erigendo Monte alessandrino, che egli sottoscrisse il 20 dicembre dello stesso anno, approvandone così l'erezione. Il Chenna, senza citare le fonti, anticipa la nascita di questo Monte al 1463; infatti nella sua opera si legge: «eretto già erasi in questa città fin dall'anno 1463 un Monte frumentario»<sup>38</sup>. I Monti frumentari o granari erano sorti alla fine del medioevo per soccorrere i contadini più poveri, che prelevavano da un cumulo comune depositato nel Monte la quantità di frumento per

la semina e poi la restituivano aumentata al momento del raccolto.

L'erezione dei Monti di Pietà in Italia, cominciata con quello di Perugia nel 1462, fu la conclusione di una campagna condotta dai frati francescani sia contro i banchieri ebrei, che difendevano il loro monopolio del prestito privato ad alto interesse, sia contro i frati domenicani e agostiniani, contrari alla nascita di queste istituzioni che avrebbero permesso di ricevere un interesse sul denaro dato in prestito, in quanto essi, interpretavano nel modo più intransigente il precetto che vietava l'usura. Le dispute sull'usura, iniziate nella seconda metà del XV secolo, si protrassero, sebbene attenuate, anche dopo il Concilio lateranense, che nel 1515 riconobbe i Monti di Pietà e ammise la liceità dell'interesse, da percepirsi, però, unicamente per coprire le spese di esercizio degli istituti e per fare beneficenza a favore dei bisognosi; pertanto i Monti di Pietà vennero iscritti fra le Opere pie<sup>39</sup>.

Sulla fine del Monte sorto in Alessandria nel 1493 non si hanno notizie certe e dirette. Il Chenna riferisce che interruppe la sua attività nel 1499 dopo un saccheggio subito dalla città, ma ritiene che tale notizia sia poco attendibile, perché proveniente da testimonianze raccolte durante la visita pastorale del 1565. Alcuni sostengono che la breve durata del Monte (circa sei anni) sia stata determinata dalle accuse di usura mosse dai religiosi, anche se gli interessi erano bassi; altri, invece, ritengono che sia stata provocata dalle incerte entrate del Monte, costituite dai modesti tassi d'interesse sulle somme date a prestito, che non consentivano di finanziare il suo funzionamento né di pagare regolarmente gli stipendi ai dipendenti.

Dopo questa poco felice esperienza, si fecero in Alessandria, fra il 1510 e il 1649, altri tentativi di ricostituzione dei Monti di Pietà, ma essi, non raggiunsero mai un'organizzazione stabile e consolidata, tale da lasciare una traccia documentaria della loro attività, fatta eccezione per quello sorto nel 1550, secondo il Chenna, o nel 1549, secondo il

Ghilini, «per opera di un canonico lateranense allora predicatore in Alessandria». Il Ghilini riferisce che il progetto di questo canonico fu appoggiato da alcuni cittadini e dal Governatore spagnolo di Alessandria Rodrigo Gonzales, che «ordinò o almeno propose che ciascuna famiglia contribuisse (alla costituzione del Monte) con un moggio o vogliam dire otto staja di frumento per ogni libra di estimo». Tale Monte era infatti «parte in frumento e segala e parte in denaro» ed era amministrato da quattro «gentiluomini» eletti dal vescovo. Secondo il Chenna, la quantità di frumento di cui inizialmente disponeva era di 110 moggia, mentre il denaro ammontava a 913 lire, 11 soldi e 3 danari. Secondo il Ghilini, invece, era di 100 moggia di frumento e di 200 scudi. L'interesse che si esigeva per il prestito era «il 5 per ogni 100 del denaro e uno staio (28,3 litri a Milano) per moggio (146,23 litri a Milano) di frumento». Nel 1576 il visitatore apostolico riconobbe che l'interesse richiesto era troppo elevato e ordinò, ma sembra senza successo, che non venisse pagato. Intervenne allora il vescovo Ottavio Paravicini, che consigliò gli amministratori del Monte di ricorrere al pontefice Sisto V: il papa con un breve del 22 agosto 1589 prescrisse loro che «in avvenire altro più non esigessero fuor solamente la quattordicesima parte di ciò che avessero dato in prestito». Nella visita pastorale del 1594 i Monti erano due, uno dedito al prestito in danaro, l'altro a quello frumentario; mentre per il frumento si esigeva un coppo (2,9 litri a Torino) per ogni staio prestatato, per il prestito in denaro non era richiesto alcun interesse, ma soltanto libere elemosine.

Non si sa se questi due Monti si siano estinti con il passar del tempo o se si siano riuniti «per fondarne uno nuovo nello Spedale»; comunque il 14 giugno 1649 il nobile alessandrino capitano Francesco Ghilini, con atto rogato dal notaio Roberti, donò 1.000 ducaton e il reddito di sei botteghe di sua proprietà allo Spedal Grande, per fare costruire nel suo interno un Monte di Pietà. Tre anni dopo, cioè il 20 febbraio 1652, le Congregazioni dell'ospedale ne comunicarono

l'apertura e in quell'occasione il vescovo di Alessandria Adeodato Scaglia donò a questa nuova istituzione «certe case ed altri averi del valore di 1.500 ducaton», lasciandogli perché ne disponesse come meglio credeva dal dottor Nicolao Cutica. Per questo il vescovo «si meritò in esso Spedale la seguente iscrizione su una lapide: Adeodato Scaglia Alexandrino presuli, quod munificum Montis pietatis opus favore et studio provexit MDCLII». Il 26 dicembre dello stesso anno 1652 venne steso dalla Congregazione particolare dell'ospedale un regolamento «per il buon governo d'esso Monte», che fu poi approvato dalla Congregazione generale presieduta dal vescovo, il 2 giugno 1653. La Congregazione comunicò poi al papa Alessandro VII l'istituzione del Monte «col fondo iniziale di 4.000 scudi di questa moneta che facevano 18.000 lire di Milano» e lo supplicò «che le spese che occorrono farsi sia per gli stipendiati, i quali debbono curarsi dei pegni, del denaro e dei libri, sia per la gestione del Monte fossero a carico di chi riceve il prestito da detto Monte». Il papa con un breve del 24 aprile 1656 approvò «con l'apostolica sua autorità l'erezione del Monte e concesse di percepire l'interesse del due per cento («summa duorum scutorum pro centinaio»)» sulla somma prestata (anziché il 2,5% come veniva praticato), per poter con questo pagare le spese del Monte. Tale tasso venne applicato a partire dal 1716 e fu mantenuto fino al 1803.

Il Monte fu fondato dal Ghilini per soccorrere le famiglie nobili ridotte alla miseria, ma in seguito venne aperto a tutti, per provvedere al suo mantenimento il Ghilini stesso chiese al Priore e ai Deputati della città un prestito di 6.000 lire, da prelevarsi dalla cassa del mercimonio<sup>40</sup>. Non disponendo di altri redditi oltre a quelli costituiti dagli interessi sui prestiti, il Monte si sarebbe senz'altro trovato in difficoltà finanziarie, se non fosse intervenuta la beneficenza cittadina attraverso le donazioni dei benefattori. Infatti grazie a queste ed agli interessi percepiti sui prestiti, il fondo monetario del Monte, secondo i dati forniti dallo Schiavina, ammontava alle seguenti cifre annuali: 1679: lire 34.734; 1684: lire 42.591; 1692:

lire 75.000; 1774: lire 57.443; 1779: lire 62.885; 1780: lire 49.107. Verso la metà del 1700 il fallimento del cassiere lasciava un vuoto di 55.000 lire antiche che, dopo la vendita di tutti i beni da questo posseduti, venne chiuso reintegrando il capitale. Un nuovo fallimento del cassiere avvenuto nel 1780 riduceva il Monte ad una situazione molto grave. Dieci anni dopo un altro cassiere frodava il Monte di una cifra ragguardevole, ma ciononostante esso continuò a sopravvivere.

*L'Opera pia Pomesano (o dei poveri vergognosi)*

La quarta Opera pia, in ordine di tempo, sorta nello Spedal Grande fu quella dei «poveri vergognosi», già ricordata, fondata dal canonico Giacomo Pomesano nel 1673 per curare al proprio domicilio i «poveri vergognosi», fornendo loro medicinali attraverso la farmacia da lui fatta erigere nell'ospedale e facendoli assistere da un medico, un chirurgo e un flebotomo, poiché la «farmacia dell'ospedale per regolamento non poteva fornire medicinali a coloro che non erano ricoverati. Per sovvenzionare questa Opera pia il canonico Pomesano donò all'ospedale, con atti rogati dal notaio Tommaso Varzi il 18 agosto 1673 e 16 e 12 settembre 1676, capitali fondiari (terre) e mobiliari (edifici) e somme di denaro.

Inizialmente i proventi ricavati dai redditi delle donazioni eccedevano di molto i bisogni dei «poveri malati vergognosi», ma con il passar del tempo, da un lato aumentava il numero degli assistiti per gli «abusi e le sopercherie» che si commettevano nella loro ammissione all'Opera pia, dall'altro si restringevano le rendite, per cui non si riusciva a pareggiare il bilancio, quantunque fossero stati donati all'Opera da parte dell'ospedale due censi di 88 lire l'uno. A rimediare a questa situazione non valsero neppure i provvedimenti presi di volta in volta dalla Congregazione particolare dell'ospedale, né giovò la decisione di tenere valide per l'ammissione all'Opera solo le fedi rilasciate dai medici comunali. Infatti «persone

disoneste continuavano a dichiarare false malattie e a ricorrere ai peggiori espedienti per poter entrare nell'Opera pia e fare così traffico dei farmaci e più sovente delle sanguisughe». D'altro canto «sia gli ammalati vergognosi sia quelli che vengono clandestinamente compresi in tale classe, qualora non fossero provveduti di medici e di medicine al loro domicilio, farebbero calca nello Spedale (per l'eccessivo numero di ricoverati), motivo per cui la Congregazione ha sempre sostenuto quest'Opera pia, anche se continuavano gli abusi e le sopercherie»<sup>41</sup>. Tale atteggiamento fu mantenuto a lungo, infatti nel bilancio dell'Ospedale 1836 la voce «medicine e Opera pia Pomesano» (cioè le spese fatte dall'Ospedale per l'Acquisto di medicinali per la sua farmacia e quelle fatte per sostenere l'Opera pia Pomesano) è molto elevata perché tenendo in vita questa Opera pia l'Ospedale riusciva a contenere i ricoveri.

In soccorso dei «poveri malati vergognosi» sorse nel 1688 un'altra Opera pia che portava lo stesso nome. Il 14 marzo dello stesso anno venne ufficialmente riconosciuta dal vescovo Mugiasca. Era retta da deputati inizialmente nominati dalle Confraternite e poi dal vescovo. Fu benefattore di questa Opera pia anche il sacerdote Giovanni Battista Ortiz, il quale con un atto notarile del 1718 le assegnò annualmente 100 lire di Milano e nel suo testamento dell'8 novembre 1724 le lasciò 600 lire<sup>42</sup>.

Oltre a gestire le Opere pie istituite dai benefattori nell'ospedale, la Congregazione dell'ospedale promosse, in alcune particolari situazioni, altre Opere di beneficenza per i bisognosi. Nel 1734, in seguito ad una grave carestia, che provocò un notevole aumento del costo del pane e accrebbe la miseria fra i poveri, la Congregazione dell'ospedale istituì la cosiddetta «limosina del pane», che consisteva nel distribuire una volta alla settimana quattro libbre di pane (1 libbra di Milano equivalente a 326 gr.) a tutti coloro che si presentavano alla porta dell'ospedale a chiederlo e a coloro che uscivano risanati dall'ospedale stesso. Nel 1773, sempre in seguito ad una carestia, essendosi aggravata la miseria e la fame e accresciuti i bisogni delle persone più povere, il Prio-

re della Congregazione dell'ospedale diede ordine al maggiordomo di distribuire denaro e merce varia a tutti coloro che, per particolari condizioni o per l'età avanzata o per essere cagionevoli di salute, non erano in grado di andare a chiedere l'elemosina. Inoltre furono versati dall'ospedale a ciascuno dei parroci di Spinetta, Cascinagrossa, San Giuliano e Castelceriolo (nel cui territorio erano i migliori terreni dell'ospedale) 50 lire per soccorrere i poveri, al Monte di Pietà 1.400 lire, al comune di Annone 1.200 lire, ai comuni di Castelspina e di Montecastello dieci salme di frumento per ciascuno (una salma equivaleva a 2 quintali). Questi aiuti elargiti dallo Spedal Grande a favore dei poveri e dei bisognosi testimoniano sia il diffuso stato di indigenza in cui allora versava la popolazione sia il perdurare in questo ospedale di finalità assistenziali e caritatevoli che si protrassero fino al XX secolo.

#### Note

1. Ausilia Roccatagliata, *Variazioni climatiche, pestilenze e vita sociale nel territorio alessandrino nel sec. XIII-XVII*, «Rivista di Storia, Arte, Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1976, p. 207.
2. *Ibidem*, p. 212.
3. Claudio Zarri, *Alessandria e la peste*, in «La Provincia di Alessandria», luglio-settembre 3-1980, p. 35.
4. *Ibidem*, p. 35.
5. Lorenza Lorenzini, Marco Necchi, *Alessandria storia e immagini*, Casa Ed. Il Quadrante, Alessandria 1982, p. 76.
6. Giuseppe Antonio Chenna, *Del vescovato, dei vescovi e delle chiese della città e diocesi di Alessandria 1785*, vol. II, p. 386.
7. *Ibidem*, p. 369.
8. Francesco Gasparolo, *L'Ospizio di san Giuseppe*, in «Rivista di Storia, Arte, Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1907, pp. 161-163.
9. Guglielmo Schiavina, *Annali di Alessandria*, Stamperia Bernabè e Borsalino, Alessandria 1861, p. 293.
10. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 366.
11. Anna Marotta, *La cittadella di Alessandria*, Ed. Cassa di Risparmio di Alessandria 1991, p. 29.
12. Fausto Bima, *Storia degli alessandrini*, Ugo Boccassi, editore, Alessandria 1984, p. 88.

13. Umberto Carmarino, *L'augusto benefattore del Civico ospedale alexsandrino papa Pio V*, in «Rivista di Storia, Arte, Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1965, pp. 149-157.
14. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 348.
15. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit. in «Il Piccolo» del 18-6-1955.
16. U. Carmarino, *L'augusto benefattore...*, op. cit., p. 151.
17. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 350.
18. *Ibidem*, p. 349.
19. Piero Bargellini, *I mille santi del giorno*, Ed. Vallecchi Firenze 1977, p. 35.
20. *Ibidem*, p. 69.
21. Giuseppe Amato, *L'ospedale dei Santi Antonio e Biagio in Alessandria*, Tip. G. e C. Colombari, Alessandria 1955, pp. 9-10.
22. Claudio Zarri, *Antichi ospedali alexsandrini e lo Spedal grande di via Treviso*, in «La provincia di Alessandria» n. 4, 1979, pp. 32-33.
23. Pietro Scagliotti, *400 anni fa l'ospedale di Alessandria*, pp. 81-85.
24. Francesco Gasparolo, *Cenni sull'ospedale per gli ammalati col titolo di s.s. Antonio e Biagio*, in «Rivista Storia Arte e Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1908, pp. 6-7.
25. *Ibidem*, p. 7.
26. *Ibidem*, p. 7.
27. *Ibidem*, pp. 20-21.
28. Paola Lanzavecchia, Giulio Massobrio, *Il refrigerio dei poveri*, Ed. U.S.S.L. 70, Alessandria, 1991, p. 26.
29. Archivio di Stato di Alessandria (ASAL), *Archivio Storico dell'Ospedale 2-1-1*.
30. F. Gasparolo, *Cenni sull'ospedale...*, op. cit., p. 15.
31. G. Massobrio, *Il refrigerio...*, op. cit. p. 27.
32. *Ibidem*, p. 28.
33. P. Lanzavecchia, *Il refrigerio...*, op. cit., p. 47.
34. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., pp. 351-353.
35. *Ordini riformati dello Spedal grande 1616*, cap. XVI in «Delli Benefattori dell'Hospitale».
36. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 357.
37. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 305.
38. G.A. Chenna, *Del vescovato...*, op. cit., p. 354.
39. Nicola Vassallo, *I «capitoli» del Monte di Pietà del 1493*, in Rivista della Camera di Commercio di Alessandria 1988, pp. 8-10.
40. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 98.
41. F. Gasparolo, *Cenni sull'ospedale...*, op. cit., pp. 9-10-02.
42. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 341.

## Parte Terza



## L'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio (1790-1968)

Questa parte del libro dedicata all'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio abbraccia il periodo che va dal 1790, anno in cui entrò in funzione, al 1968, anno al quale risalgono gli ultimi documenti del suo Archivio storico, ora conservati presso l'Archivio di Stato di Alessandria.

In questo lasso di tempo, durato quasi due secoli, la città di Alessandria rimase sotto il regno sabauda fino al 1796, quindi passò sotto la dominazione francese napoleonica, che si protrasse fino al 1814 (salvo una breve interruzione di tredici mesi fra il 1799 e il 1800 dovuta alla riconquista della città ad opera degli Austriaci); poi ritornò a far parte del regno sabauda fino alla costituzione del Regno d'Italia (1861), di cui divenne parte integrante.

Dopo quasi cinquant'anni di pacifico progresso, Alessandria all'inizio del 1800 si trovò nuovamente di fronte alla guerra. Nel giugno di quell'anno si combatté infatti nel sobborgo di Marengo la celebre battaglia fra l'esercito francese comandato da Napoleone Bonaparte e quello austriaco, che fu particolarmente violenta e sanguinosa. «I morti e i feriti furono più di ottomila, le vigne schiantate, le messi calpestate, le case manomesse, le acque infette o sanguinate per cui molti infermavano, e poco dappoi sviluppavasi il tifo peccchiale, di cui a Marengo e Spinetta morirono più di seicento persone». Inoltre «alla metà di luglio i campi intorno a Marengo fino a Lobbi, Castelceriolo e Cascinagrossa erano

ancora disseminati di cadaveri in decomposizione e il comandante francese della piazzaforte di Alessandria dovette minacciare sanzioni penali perché si provvedesse con maggior sollecitudine alle sepolture»<sup>2</sup>.

I quasi sedici anni della dominazione napoleonica in Alessandria furono densi di avvenimenti e di trasformazioni, talvolta positive, che coinvolsero ogni aspetto della vita cittadina, interessando anche il settore dell'assistenza sociale e della sanità. A ciò, tuttavia, si contrappose un duro accentramento burocratico e amministrativo, che costrinse la popolazione ad una pesante sudditanza politica ed economica. Inoltre, poiché Napoleone intendeva edificare ad Alessandria la principale fortezza italiana, che doveva servire da appoggio per tutte le sue azioni militari nella penisola, sacrificò a questo scopo tutte le aspirazioni locali. Nel 1802, dando applicazione al concordato che sopprimeva gli ordini monastici, stipulato l'anno precedente con il papa Pio VII, vennero sloggiati dai conventi cittadini i religiosi e negli edifici resisi disponibili furono sistemati i militari. La stessa sorte toccò alle chiese e agli oratori della Confraternita, che vennero trasformati in caserme e in magazzini militari. Nel 1803 fu abbattuto anche l'antico duomo cittadino, che era situato nell'odierna piazza della Libertà, per far posto ad una spaziosa piazza d'armi.

Anche la situazione sociale ed economica peggiorò sia nella città che nelle campagne. L'agricoltura, già gravata da requisizioni fiscali per il mantenimento delle truppe francesi, fu danneggiata ulteriormente dai periodici straripamenti della Bormida e del Tanaro che, oltre ad isterilire i terreni, formavano fosse di acque stagnanti che diventavano veicoli di malattie per uomini ed animali ed acceleravano il degrado dell'ambiente, provocando miseria, sottoalimentazione ed epidemie. Particolarmente grave fu lo straripamento del giugno 1810, nel quale 722 proprietari terrieri lamentarono perdite di grano e fieno per oltre 96 quintali. Le peggiorate condizioni di vita nelle campagne portarono ad un massiccio inurbamento, che creò gravi problemi sociali ed igienico-sanitari

nella città, con conseguente aumento della disoccupazione, dell'accattonaggio, della delinquenza e della prostituzione (già largamente diffusa per il grande numero di prostitute che affluivano in città richiamate dalle truppe), ai quali non sempre le Autorità riuscivano a far fronte, anche se erano state emanate dal governo napoleonico delle severe leggi per prevenirli.

Con l'incorporazione del Piemonte alla Francia, decretata l'11 settembre 1802, l'organizzazione assistenziale (assoggettata alle leggi francesi) venne posta completamente sotto il controllo dello Stato e con il decreto del 28 marzo 1805 i poteri di controllo sulle amministrazioni delle istituzioni assistenziali furono attribuiti al Ministero dell'Interno, che li esercitava attraverso i Prefetti, i quali controllavano le Commissioni amministrative degli ospizi, sorti dopo la soppressione della Congregazione di Carità, in funzione durante il regno sabauda.

Secondo le disposizioni contenute in tale decreto, coloro che potevano beneficiare dell'assistenza pubblica vennero distribuiti in tre classi: quelli in stato di povertà, quelli in stato di malattia e quelli in stato d'abbandono. La prima classe comprendeva coloro che vivevano solitamente del lavoro e che se ne trovavano privi momentaneamente e per cause indipendenti dalle loro volontà. Costoro venivano soccorsi con distribuzioni di beni di prima necessità, pane, minestra, indumenti e combustibile e solo raramente con denaro. La seconda classe comprendeva gli ammalati, che dovevano essere ricoverati in ospedale per ricevere le cure necessarie. Era, però, possibile anche l'assistenza a domicilio, con la fornitura di medicinali e assistenza sanitaria. Alla terza classe appartenevano i vecchi, gli incurabili (che per il tipo di malattia da cui erano affetti o per il decorso cronico di questa non potevano essere accolti in ospedale) e i bambini abbandonati.

Ai vecchi e agli incurabili si doveva solo trovare un ricovero in qualche Ospizio; i bambini abbandonati, invece, dovevano essere allevati, educati e istruiti nel lavoro. Soprattutto

tutto questi ultimi erano considerati dallo Stato napoleonico particolarmente meritevoli di assistenza.

Nella classe dei poveri si insinuavano anche persone valide fisicamente, potenzialmente in condizione di lavorare, che si erano date al vagabondaggio e per le quali lo Stato napoleonico non aveva alcuna pietà, infatti le considerava pericolose in quanto capaci di turbare l'ordine pubblico. Per costoro erano state create delle speciali istituzioni, denominate «dèpôts», differenti dagli ospizi, dotate di laboratori per farli lavorare, nelle quali venivano spesso portati con la forza. Mentre gli ospizi erano luoghi destinati alla prevenzione della mendicizia, i «dèpôts» servivano a sopprimerla, ricorrendo anche alla soppressione della libertà individuale: erano quindi in realtà molto simili a un carcere. Ogni dipartimento aveva un proprio «dèpôt» situato nel capoluogo del dipartimento. Ma quello di Alessandria venne eretto ad Asti anziché ad Alessandria, che era il capoluogo del Dipartimento, perché gli stanziamenti militari che esistevano in questa città non permettevano di ospitare un simile istituto.

Per far fronte alle spese di gestione di queste numerose istituzioni assistenziali si dovette ricorrere a diverse fonti, quali le percentuali sui biglietti di entrata per ogni genere di spettacolo; le ammende riscosse dal Comune; le risorse provenienti dai dazi comunali; le rendite dei lasciti dei benefattori; le entrate fornite dalla carità privata. Ma con gli introiti che si ricavavano da queste fonti non si riusciva generalmente a coprire i costi di gestione, perciò gli amministratori furono costretti a tagliare le spese e a ridurre il numero del personale di assistenza, con conseguente diminuzione delle possibilità di assicurare il buon funzionamento delle istituzioni stesse.

Durante questo periodo, accanto alle istituzioni assistenziali finalizzate al ricovero, sorsero anche delle forme alternative di assistenza rappresentate dai «bureaux de bienfaisance», che distribuivano aiuti quasi esclusivamente in denaro alle persone particolarmente bisognose come vecchi, infermi e vedove con molti figli a carico, e provvedevano al

collocamento degli esposti a baliatico presso nutrici a pagamento. Sovente il Prefetto invitava i «bureaux» a fornire la minestra ai detenuti nelle carceri cittadine, per integrare la dieta di pane ed acqua che ricevevano giornalmente. I fondi per la gestione dei «bureaux» provenivano in parte dalle somme ricavate dal «decimo sugli spettacoli» e in parte da somme stanziare annualmente dal Tesoro pubblico<sup>3</sup>.

Durante il periodo napoleonico le istituzioni assistenziali finalizzate al ricovero presenti in Alessandria erano l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, l'ospedale dei Pazerelli di san Giacomo, l'Ospizio di san Giuseppe e l'Ospizio di santa Marta. L'ospedale dei Pazerelli (o Ospizio dei Pazzi di san Giacomo), rimase anche durante l'amministrazione napoleonica in posizione subordinata rispetto agli altri ospizi, sia per reddito sia per il numero ridotto dei ricoverati.

L'Ospizio di san Giuseppe, adibito nella prima metà del 1700 ad Ospizio generale di Carità dal re Vittorio Amedeo II e poi trasformato in un ricovero di fanciulle indigenti, mantenne questa sua destinazione anche nel periodo napoleonico.

Nel 1805 le orfane dell'Ospizio di santa Marta furono trasferite nell'Ospizio di san Giuseppe. Questo trasferimento fu disposto dalle Autorità per liberare l'orfanotrofio di santa Marta ed adibirlo a nuovo Ospizio degli esposti e dei fanciulli orfani abbandonati, che venne aperto nel gennaio 1807, appena terminate le operazioni per adattare i locali alla nuova destinazione.

Nel periodo napoleonico l'assistenza subì dunque delle importanti modificazioni, che portarono al superamento degli atteggiamenti tradizionali e delle secolari concezioni nel modo di porsi della società nei confronti dei poveri. Ad Alessandria le istituzioni assistenziali erano state governate per quasi due secoli dalle stesse amministrazioni con gli stessi criteri. Anche se nel periodo precedente la dominazione napoleonica l'elemento laico aveva progressivamente conquistato potere nei confronti di quello religioso, non era però riuscito ad imporre sostanziali modifiche né ad assicurare una

diretta ingerenza statale, come invece fece il governo napoleonico, che riunificò dal punto di vista amministrativo tutte le Opere pie assistenziali, ponendole sotto lo stretto controllo dello Stato attraverso l'autorità prefettizia e la supervisione del Ministro dell'Interno, dando così una migliore organizzazione e razionalizzazione alla loro gestione. Purtroppo questo piano non poté essere realizzato come si voleva per la mancanza di un adeguato finanziamento.

Dopo la caduta di Napoleone e la restaurazione della monarchia sabauda, avvenuta nel maggio 1814, il re Vittorio Emanuele I, che era stato in esilio per 16 anni, ritornò in possesso dei propri territori e ripristinò su di essi il suo potere assoluto, senza, però, portare innovazioni degne di rilievo in nessun settore, salvo il rinnovamento delle cariche pubbliche e di alcune istituzioni, limitandosi in alcuni casi a cambiare solo la denominazione, come avvenne per la Commissione amministrativa degli Ospizi, alla quale venne ridato il nome di Congregazione di Carità che aveva prima della dominazione napoleonica. Le chiese e i conventi trasformati da Napoleone in caserme e in magazzini militari continuarono a rimanere proprietà del demanio militare, mentre per esigenze logistiche e strategico-militari vennero abbattute chiese ed edifici storici, operazioni che furono poi continuate anche dai successori di Vittorio Emanuele I.

Nel 1820 con patente reale del 20 luglio venne ufficialmente istituito nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio il Pio ricovero degli orfani (orfanotrofio), che però era già in funzione in questo ospedale dal 1814 quando vi furono trasferiti gli orfani ricoverati nell'Ospizio di santa Marta.

Durante il regno di Carlo Felice (1821-1831), successore di Vittorio Emanuele I, si accentuò l'assolutismo monarchico, anche perché in seguito ai moti insurrezionali piemontesi del 1821 il re affidò il governo delle divisioni territoriali (agglomerato di province) ai governatori militari divisionali che di fatto tennero il Piemonte in una condizione simile ad uno stato di assedio. Tale situazione influì negativamente anche nel campo socio-assistenziale, che venne quasi completa-

mente trascurato dallo Stato. Tuttavia anche in questo periodo non venne meno la beneficenza privata grazie alla quale nel 1826 venne istituita l'Opera pia Solia per il ricovero delle partorienti illegittime povere e l'Opera pia Bolla per distribuire soccorsi ai poveri della città e nel 1829 l'Opera pia Griffa, finalizzata all'elargizione di doti matrimoniali per le ragazze povere di Alessandria e dei suoi sobborghi.

Durante il regno di Carlo Alberto (1831-1849), successore di Carlo Felice, vennero compiuti ad Alessandria importanti interventi in diversi campi che portarono ad un discreto miglioramento delle condizioni sociali ed economiche, mentre restavano deplorevoli quelle igieniche, che costituivano un continuo pericolo per la salute. Nel centro urbano, infatti, le vie erano sudicie e in esse continuarono a scorrere a cielo aperto, come nel passato, gli scarichi fognari. Molti fabbricati erano ancora rustici e alcuni avevano accanto la stalla, fienili e letamai, in stridente contrasto con i criteri di decoro edilizio che il Comune cercava di applicare nella ristrutturazione della città. Alla periferia i rifiuti inquinanti delle filande e delle fabbriche di cera andavano a riempire i vecchi alvei fluviali paludosi e le fosse di acqua putrida, formatesi in seguito all'abbattimento delle fortificazioni, creando pericolosi focolai di inquinamento.

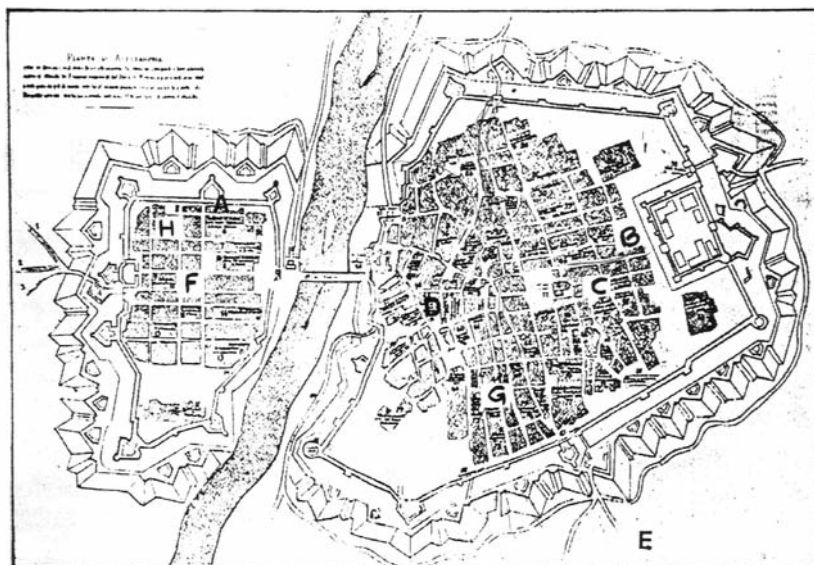
Nel campo dell'assistenza e della sanità tutto procedeva secondo la tradizione, senza discostarsi dalle direttive tracciate immediatamente dopo la caduta di Napoleone dal restaurato regno sabauda. Le richieste di soccorso assistenziale, che erano notevolmente aumentate perché la popolazione aveva subito un incremento di oltre il 60%, passando dai 30.335 abitanti del 1814 ai 47.454 del 1842, venivano soddisfatte con procedure legate alle strategie di intervento settecentesche, poiché quasi tutte le Opere pie assistenziali allora esistenti continuavano ad essere gestite con le stesse modalità dei secoli precedenti, secondo le volontà espresse dai benefattori nei loro testamenti, e questo creava notevoli disagi in un settore sempre più importante socialmente<sup>4</sup>. Per rimediare a questa situazione, nel 1836 venne emesso un Re-

gio editto mirante ad estendere il controllo regio sulle attività amministrative e finanziarie delle Opere pie, senza impegnare, però, lo Stato in alcun tipo di contributo. Nel regno sabaudo la voce assistenza, igiene e sanità rappresentava mediamente l'1% delle spese effettuate nel periodo 1830-49<sup>o</sup>, perciò le spese di tali attività erano sostenute quasi esclusivamente dalla beneficenza privata come dimostrano anche i bilanci dell'ospedale relativi agli anni che vanno dal 1832 al 1836, dai quali si rileva che su un totale di entrate medie annuali di 51.646 lire e 83 centesimi quasi 50.000 lire provengono dalle oblazioni dei benefattori.

Essendo trascurate dallo Stato, l'assistenza e la sanità alessandrina continuarono anche in questo periodo ad essere sostenute in massima parte dalla generosità dei benefattori attraverso l'istituzione di Opere pie: il 12 maggio 1835, grazie alle donazioni fatte da Giovanni Maverna, Alessandro Sticca, Luigi Patria e Pietro Agosti, venne aperto nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio il Pio Istituto degli Incurabili per ricoverare gli ammalati cronici.

Nel 1833 sorsero in Alessandria le prime Società operaie e contadine di mutuo soccorso, che avevano scopi puramente assistenziali, per aiutare i contadini e i poveri senza lavoro, che in quel periodo erano ancora molto numerosi e vivevano in uno stato di povertà tanto grave, da essere costretti a mendicare i pasti davanti ai conventi o ai comitati di beneficenza. Nello stesso anno venne anche istituito l'ospedale militare divisionale, che fu collocato nell'ex convento di san Francesco. Nel 1835 Carlo Alberto, come si è già ricordato, visitò l'ospedale di sant'Antonio e Biagio per ispezionare il lazzeretto, che era stato approntato perché il colera incombeva sulla città.

Il 1° giugno 1840 aprì i battenti nell'attuale via san Giacomo la Cassa di Risparmio fondata da Carlo Parvopassu. Essa nacque come istituto di beneficenza per fare fruttare i denari di artigiani, contadini e gente di servizio. Divenne poi anche uno dei maggiori benefattori dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio e assunse anche il diritto, che durò a lungo, di avere

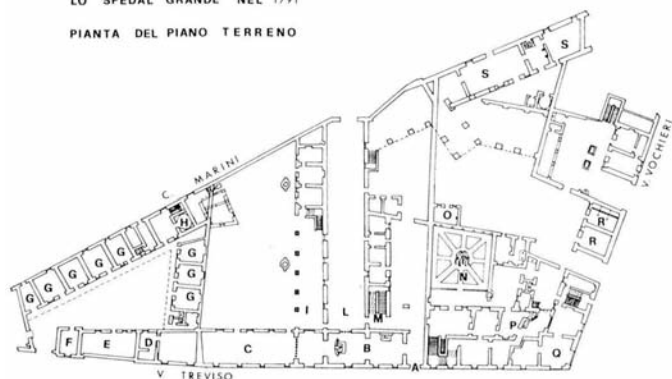


Pianta di Alessandria nel Seicento. Ubicazione di alcuni antichi Ospedali.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| A. Ospedale di S. Antonio di Vienne  | E. Ospedale di S. Cristoforo              |
| B. Ospedale di S. Giacomo            | F. Ospedale di S. Giovanni                |
| C. Ospedale di S. Bartolomeo         | G. Ospedale militare di S. Giacomo        |
| D. Ospedale dei SS. Antonio e Biagio | H. Ospedale della Collegiata di S. Pietro |

LO SPEDAL GRANDE NEL 1791

PIANTA DEL PIANO TERRENO



LEGENDA

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| A | Ingresso principale                |
| B | Chiesa                             |
| C | Corso donne                        |
| D | Ossario                            |
| E | Salta                              |
| F | Sepolcro                           |
| G | Camera di pagamento                |
| H | Forno                              |
| I | Porticato                          |
| L | Corso uomini                       |
| M | Salta di accesso al Monte di Pietà |
| N | Giardino                           |
| O | Lavanderia                         |
| P | Cucina                             |
| Q | Farmacia                           |
| R | Scuderie                           |
| S | Locali del torchio                 |

dis. G. Barbieri e G. Gaglione

Pianta del piano terreno dello Spedal Grande nel 1791, disegnata con le vie attuali: corso V. Marini (già Strada di S. Giovanni Decollato), via Vochieri (già Strada Reale), via Treviso (già Strada dell'Ospedale vecchio). In alto, ubicazione di alcune "Chiese di Spedale" di Alessandria nel Seicento.



Giacomo Pomesano, fondatore nel 1673 dell'Opera pia dei poveri malati vergognosi; al centro Francesco Ghilini, fondatore nel 1649 dell'Opera pia del Monte di Pietà; in alto Biagio Moizi, fondatore nel 1597 dell'Opera pia delle doti matrimoniali.



Luigi Patria, uno dei principali benefattori dell'Opera pia degli incurabili, sorta nel 1835; in alto Francesco Solia fondatore dell'Opera pia per soccorrere le partorienti illegittime.



Facciata dell'Ospedale in una cartolina dell'inizio del 1900, con l'ingresso della farmacia che dava sull'attuale piazza Don Soria (collezione Tony Frisina, Alessandria); in alto, progetto della facciata principale dell'ospedale, eseguito dall'ing. Vincenzo Canneti nel 1885.

Intitolato ai SS. Antonio e Biagio, l'Ospedale Civile fu costruito tra il 1782 e il 1790 su progetto dell'arch. Giuseppe Caselli. Nel 1832 vennero realizzate delle modifiche dall'arch. Leopoldo Valizone; negli anni 1857-61 venne ultimata la facciata e nel 1887-90 si effettuarono aggiunte su progetto dell'ing. Vincenzo Canneti di Vercelli. L'annessa chiesa, opera del Caselli, fu aperta al culto il 2 settembre 1790, giorno dell'inaugurazione dell'ospedale.



Lo scalone monumentale e l'atrio di rappresentanza del fabbricato storico di via Venezia (foto Federica Castellana).

1606 All' 14. marzo 25.  
Nota delle Botte che al presente  
trovano in bottega nel Spedal  
S<sup>to</sup> Antonio et Biagio  
Orma d'ha Similia lib 4  
d'ha d'ha d'ha d'ha d'ha d'ha



Vasi di farmacia della fine del Seicento (foto Albino Neri) e (in alto) la prima pagina dell'inventario manoscritto della farmacia dello Spedal Grande (1606). I vasi di maiolica dell'antica farmacia dell'Ospedale di Alessandria collocati in teche nell'atrio dello scalone sono stati ritrovati nelle campagne della Fraschetta dopo il furto avvenuto il 7 gennaio 2008. La collezione non è completa in quanto alcuni vasi non sono mai stati ritrovati. Il corredo era originariamente composto da 230 vasi di varie forme in maiolica, con decorazione azzurra su fondo bianco, privi di marca. Una serie era composta da albarelli, brocche, bocce e grandi vasi con un decoro a racemi azzurri e fiori dal centro giallo, distribuito su due fasce: nella fascia centrale compare una scritta a caratteri gotici, in nero o in manganese, indicante il nome del medicamento e , sulle due fasce decorate, sono effigiati i Santi Antonio Abate e Biagio. I vasi, che recano le effigi dei Santi titolari, furono fabbricati per la Farmacia dell'Ospedale alessandrino e ne fu ordinato l'acquisto nel 1675.

Nel 1925 l'antico corredo era composto da 230 vasi, depositati presso la Pinacoteca di Alessandria, nel 1933 i vasi in Museo erano 191, mentre 39 di essi decoravano la farmacia ristrutturata. Seguì un lungo carteggio tra la Pinacoteca e l'Amministrazione dell'Ospedale che portò alla restituzione, nel 1955, di 112 vasi. I vasi sono di alto valore artistico e rappresentano un patrimonio che l'Azienda Ospedaliera ha reso fruibile per essere apprezzato da tutti i cittadini.



Una perla del patrimonio artistico dell'Azienda ospedaliera: *Le nozze di Cana*, dipinto di Guglielmo Caccia detto Il Moncalvo (1568-1625). Olio su tela (cm 415 x 187) proveniente dalla Chiesa di San Bernardino abbattuta in età carloalbertina per costruire il Penitenziario; depositato in Pinacoteca dal 1903 al 1957; attualmente presso l'Ospedale Civile di Alessandria (Fabbricato storico, corpo centrale anteriore, studio del Direttore Generale). (foto Federica Castellana).



Alcune foto di interni dell'ospedale negli anni '30: il "Nuovo reparto Malati cronici" e, in alto, i reparti Medicina uomini e Medicina donne.

un suo rappresentante nel Consiglio di amministrazione di questo ospedale.

Nel primo decennio del regno di Vittorio Emanuele II (1849-1878), successore di Carlo Alberto, le condizioni economiche degli alessandrini ebbero un lieve miglioramento grazie ad un discreto sviluppo industriale e al fatto che l'incameramento dei beni ecclesiastici e il passaggio di questi in proprietà o in affitto ai privati fecero progredire anche la classe agricola. In questo periodo si ebbe una notevole crescita demografica, avvenuta in pochi anni, che portò nel 1861 la popolazione di Alessandria a 56.545 unità dalle 41.653 del 1848. Il rapido incremento della popolazione fu determinato soprattutto dall'aumento degli operai delle fabbriche, che erano in continuo sviluppo; dall'inurbarsi dei contadini che, a causa dell'incipiente meccanizzazione, perdettero posti di lavoro; dall'aumento dei manovali e dei muratori che lavoravano in città, impegnati nelle costruzioni di nuovi edifici residenziali. Tal fenomeno mise in crisi le strutture igieniche (bagni, lavatoi, pozzi d'acqua), sanitarie (ospedale e manicomio) e sociali (ospizi) della città. Non a caso nel 1854 scoppiò in Alessandria un'epidemia di colera e nell'ospedale furono ricoverati 113 colerosi

Nel 1858 venne istituito nell'ospedale di Alessandria un sifilocomio per la cura delle donne sifilitiche.

Anche se durante il regno di Vittorio Emanuele II si ebbero un modesto miglioramento delle condizioni economiche dei cittadini e un discreto sviluppo dell'edilizia residenziale (si fecero abbattere le porte e i bastioni della città e abolire i vincoli posti nelle zone militari perché impedivano l'edificabilità), le condizioni di vita continuarono, però, a mantenersi precarie. Nella città vi erano infatti numerose abitazioni malsane, scarsità di acqua potabile e di altri elementari servizi igienici, problemi che, insieme all'assenza di norme di sicurezza sul lavoro per proteggere gli operai sottoposti a duri turni lavorativi, costituivano dei pericoli per la salute dei cittadini. In questo periodo infatti «si propagarono tremende malattie sociali provocate dalle insostenibili con-

dizioni di miseria, sporcizia e sottoalimentazione in cui vivevano le classi subalterne: pleuro polmoniti, tubercolosi, vaiolo e morbillo erano le cause più frequenti di morte in Alessandria»<sup>6</sup>.

A peggiorare questa situazione intervennero anche frequenti eventi meteorologici sfavorevoli. Nel 1857 le acque del Tanaro e della Bormida inondarono case, orti e prati e più di 400 giornate di campi furono coperte di acqua e più di 100 case, compreso il gasometro, rimasero invase dall'acqua per diversi giorni. Nel 1858 vi fu un inverno molto rigido, durante il quale il termometro fu quasi sempre dai 14 ai 17 gradi centigradi sotto lo zero e molte persone morirono assiderate<sup>7</sup>. Anche nel 1872 il Tanaro e la Bormida allagarono numerose campagne e in parecchie cascate perirono molte bestie. In alcune abitazioni rurali le persone che le abitavano dovettero cercare scampo sui fienili e sui tetti. In città le cantine delle abitazioni si riempirono di acqua e nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio vennero allagati cortili, cantine, laboratori e cucine, fino all'altezza di circa un uomo<sup>8</sup>.

Nel 1865, in seguito alla realizzazione dell'unità d'Italia, fu emanata una legge per l'unificazione amministrativa del regno, alla quale venne allegata una speciale disposizione per la Sanità pubblica, seguita poi dal relativo Regolamento. Con la legge del 1865, che in linea di massima ricalcava il Regolamento sanitario napoleonico, i poteri di controllo sulle amministrazioni delle istituzioni assistenziali furono attribuiti al Ministro dell'Interno, che li esercitava attraverso i prefetti. Cessarono così di avere vigore le leggi sanitarie lacunose dei vari Stati della penisola e si ebbe una legge nazionale unica che, con opportune modificazioni e integrazioni apportate dai numerosi regolamenti e decreti su particolari problemi sanitari, costituì il testo sanitario italiano fino alla promulgazione della legge sanitaria del 1888, con la quale finalmente l'Italia ebbe in questo campo una legge efficiente che servì da base fondamentale per tutte quelle successive.

Nel 1881, pochi anni dopo l'inizio del regno di Umberto I (1878-1900), successore di Vittorio Emanuele II, ad Alessandria avvenne il trasferimento del Manicomio dalla sua sede primitiva di via Ghilini a quella attuale di via Venezia (allora chiamata via santa Teresa).

Dal censimento del 1881 risultò che gli abitanti di Alessandria erano 30.761 e quelli dei sobborghi 31.703, per un totale di 62.464 abitanti. Per la prima volta la popolazione della città aveva quasi eguagliato quella dei sobborghi, che fino allora era stata nettamente superiore: ciò fu causato dall'esodo verso la città della popolazione rurale, richiamata dalla richiesta di manodopera per l'attuazione de piano edilizio, che mirava a ristrutturare il centro storico e a risanare i quartieri degradati. Da un'indagine compiuta dal Comune in quegli anni risultò che durante questo esodo verso la città, nei sobborghi erano state abbandonate ben 378 case. I lavori di ristrutturazione e di risanamento della città non servirono, però, a risolvere i suoi problemi igienici, che si mantenevano sempre gravi e sembra siano stati anche responsabili dell'epidemia di colera scoppiata nel 1886.

L'anticlericalismo, sviluppatosi nella penisola dopo l'annessione di Roma al regno d'Italia e la rottura con il papato, si diffuse in tutta Italia e interessò anche Alessandria, dove però fu di breve durata ed ebbe come reazione il risveglio della fede e della Carità cristiana, come testimonia la comparsa di istituzioni religiose e caritatevoli sia educative, come la scuola di Casa Sappa e quella dei Salesiani, sia assistenziali, come la Casa della Divina Provvidenza, fondata in via Faà di Bruno nel 1894 da Teresa Michel. Nel 1887 Giuseppe Borsalino, fondatore ad Alessandria della fabbrica di cappelli divenuta celebre in tutto il mondo, anticipò la legislazione sociale, istituendo per i suoi dipendenti Casse di previdenza per le malattie e gli infortuni e casse pensioni». Nel 1900, poco prima di morire, fece erigere in Alessandria nell'attuale via Lanza un Educatorio riservato ai figli dei suoi dipendenti.

Nel 1888 fu emanata la «legge sulla tutela dell'igiene e della salute pubblica», che apportò notevoli benefici e diede un'ef-

fettiva unità all'amministrazione sanitaria, determinando una precisa gerarchia che dal centro (Ministero dell'Interno) attraverso la provincia (Prefetto) arrivava a tutti i Comuni (sindaci). Essa contemplava l'organizzazione dei servizi sanitari e di tutto quanto riguarda l'esercizio delle professioni sanitarie, la profilassi umana e zoiatrica, l'igiene alimentare nonché quella del suolo e delle abitazioni, la sanità marittima e la polizia mortuaria. A questa legge e a quelle successive dovevano attenersi gli amministratori degli ospedali nel compilare i regolamenti interni che finirono poi per diventare quasi una copia di queste due leggi.

Nel 1890, come si è già ricordato, il chirurgo Cesare Arrigo istituì nell'ospedale l'ospedaletto infantile per la cura dei bambini ammalati. Nel 1901 e 1902, all'inizio del regno di Vittorio Emanuele III (1900-1944), vi fu anche ad Alessandria un'ondata di rivendicazioni sindacali e di scioperi, e ci furono a volte degli scontri con le forze dell'ordine, che causarono feriti e anche qualche morto.

Nel 1904, con il ritorno del partito socialista alla guida del Comune, incominciò la laicizzazione degli enti pubblici, che portò all'abolizione dell'insegnamento religioso nelle scuole, alla rimozione dei crocefissi nelle aule scolastiche e alla totale estromissione delle suore e del cappellano dall'Ospedale dei santi Antonio e Biagio e dall'orfanotrofio di santa Marta. Alla fine di una lunga controversia, il Consiglio di Stato, dando ragione ai ricorsi del vescovo e del prefetto, nel 1909 ingiunse la ricollocazione dei crocefissi nelle aule scolastiche e la riassunzione delle suore e del cappellano nell'ospedale e nell'orfanotrofio. Questa aspra vertenza, che si protrasse per quasi cinque anni, favorì una reazione negli ambienti cattolici che, per conquistare nuovi spazi nel settore socio-assistenziale, istituirono la Congregazione delle figlie della Divina Provvidenza di madre Teresa Michel, sostennero le iniziative a favore delle operaie di madre Carolina Beltrame e fondarono le società di mutuo soccorso e la Piccola casa cattolica Alessandro III, con una rete di casse rurali nei paesi del circondario<sup>10</sup>.

Nel 1908 vennero ampliati i locali dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, dell'Ospizio di san Giuseppe e del ricovero di mendicITÀ di via Ghilini. Nel 1913 Teresio Borsalino, figlio di Giuseppe, istituì nell'ospedale una sezione autonoma per il ricovero dei tubercolosi. Nel 1914 Rosa Borsalino, sorella di Teresio, si fece promotrice della costruzione dell'attuale Ospedale infantile.

In quel periodo Alessandria, adeguandosi al progresso tecnologico, si era dotata di un regolare servizio di trasporti tramviari ed era completamente illuminata con la luce elettrica, ma non disponeva ancora di una rete fognaria e di condutture per l'acqua potabile, che si continuava ad attingere dai pozzi o direttamente dal canale Carlo Alberto, molte strade della periferia erano sporche e fangose e aspettavano ancora di essere pavimentate. Gran parte della popolazione era agglomerata nei vicoli sudici delle zone della città vecchia, vivendo in condizione di squallida promiscuità in case decrepite, insufficienti e malsane, nelle quali la tubercolosi mieteva un gran numero di vittime in costante aumento.

Nel 1916, in piena guerra mondiale, ci fu ancora l'alluvione della Bormida e del Tanaro, che distrusse gran parte del raccolto di granoturco e di frumento, aggravando la penuria alimentare causata dalla guerra. Nello stesso anno si verificò lo scoppio di una polveriera, situata sulla riva sinistra del Tanaro di fronte al rione Orti, che causò più di cento morti e numerosissimi feriti. Nell'autunno del 1918, con il ritorno dei soldati dalla guerra, comparve anche ad Alessandria la terribile influenza denominata «spagnola», che fece numerosissime vittime. Le agitazioni sociali del primo dopoguerra e il sorgere delle violenze fasciste causarono anche in Alessandria morti e feriti. Nel 1926 Teresio Borsalino donò al Comune di Alessandria l'impianto di acquedotto e poco dopo fece eseguire a sue spese le nuove fognature, bianche e nere della città e sovvenzionò, insieme alla Cassa di Risparmio, il piano per l'edilizia economica e popolare. Intre tra il 1931 e il 1934 fece costruire al rione Orti l'Istituto della Divina Provvidenza

(noto come Istituto Michel) e il grandioso sanatorio antitubercolare che porta il suo nome, inaugurato nel 1935; contribuì poi all'ampliamento della Casa di riposo di Corso Larmora.

Soprattutto dopo la prima guerra mondiale si verificò una fioritura di leggi e decreti che impressero nuovi orientamenti alla tutela della salute pubblica, tali da indurre lo Stato a coordinare l'abbondante materiale accumulatosi in un nuovo «Testo unico delle leggi sanitarie», approvato nel 1934. Secondo tale testo, la suprema tutela della sanità pubblica era di spettanza del Ministro dell'Interno, che aveva come organo di consulenza prima la Direzione generale di Sanità, poi, a partire dal 1945, l'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, che passò alla dipendenza della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Organo di consulenza dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica era il Consiglio superiore di Sanità. Faceva parte dell'organizzazione centrale anche l'Istituto superiore di sanità, grande complesso tecnico, che, oltre a funzioni di controllo, di indagini e accertamenti inerenti i servizi di sanità pubblica, aveva anche compiti di aggiornamento del personale sanitario dello Stato e degli enti pubblici e di ricerca scientifica.

L'autorità sanitaria della provincia era il Prefetto, che agiva attraverso l'Ufficio sanitario provinciale diretto dal medico provinciale, coadiuvato da medici provinciali aggiunti. Di tale ufficio faceva parte anche il Veterinario provinciale, che sovraindendeva ai servizi veterinari. L'autorità sanitaria comunale era il Sindaco, che aveva alle sue dipendenze come tecnico l'Ufficiale sanitario, il quale presiedeva ai servizi igienico-sanitari del Comune. L'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica comunale era assicurata dalla condotta medica tenuta dal medico condotto, mentre l'assistenza ostetrica avveniva per mezzo della Levatrice condotta. Nei comuni nei quali vi era molto bestiame era presente anche il Veterinario condotto.

Il «Testo unico», riguardava anche l'esercizio delle professioni e le varie forme di assistenza pubblica. Il personale sa-

nitario era suddiviso in personale laureato (medici-chirurghi, veterinari e farmacisti); personale appartenente alle professioni sanitarie ausiliarie (infermiere professionali abilitate, assistenti sanitarie visitatrici e levatrici diplomate); personale appartenente alle arti sanitarie ausiliari (odontotecnici, ottici, ortopedici e infermieri generici). L'assistenza pubblica comprendeva l'assistenza ospedaliera; l'assistenza agli alienati; l'assistenza agli illegittimi; l'assistenza ai ciechi e ai sordomuti; erano tutte di competenza della provincia; l'assistenza alla madre e al fanciullo invece era affidata all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia (O.N.M.I.). Oltre a queste forme di assistenza, si sviluppò anche l'assistenza sanitaria su base mutualistica attraverso le mutue assistenziali operaie e professionali.

Gli obiettivi di ordine sociale prefissi dal Comune di Alessandria per far defluire i ceti meno abbienti dalle abitazioni malsane del centro storico, nelle quali continuava a imperversare la tubercolosi, erano in buona parte falliti, perché alla fine del 1937 nei quartieri di Rovereto e di Marengo vivevano ancora 4.870 dei 10.481 cittadini iscritti nell'elenco comunale dei poveri assistiti dall'Ente delle Opere pie assistenziali. Nel 1939 vennero inaugurate la Casa della Madre e del Fanciullo, sorta a fianco dell'ospedale infantile, e il dispensario antibubercolare di via Gasparolo.

Durante la seconda guerra mondiale (1940-1945) vi furono in Alessandria più di 500 morti e numerosissimi feriti per i bombardamenti aerei. Il 30 aprile 1944 si ebbe il primo bombardamento anglo-americano con molti danni, specialmente nei rioni Cristo e Pista, nei quali si contarono 238 morti e un grande numero di feriti. I bombardamenti si susseguirono tutta l'estate in una città semideserta e paralizzata. Le fabbriche avevano chiuso i battenti, gran parte della popolazione era sfollata in campagne e in città erano rimasti non più di 30.000 abitanti. L'ultimo bombardamento, avvenuto il 5 aprile 1945, fu il più tragico, perché colpì un asilo, causando la morte e il ferimento di numerosi bambini. L'immediato dopoguerra fu particolarmente duro per Alessandria.

Il settanta per cento del bilancio comunale era appena sufficiente per pagare gli stipendi al personale dipendente e con il rimanente si poteva a mala pena far fronte alle spese per la manutenzione delle strade, degli edifici di proprietà comunale, per la nettezza urbana e per il ricovero degli ammalati e dei bisognosi. Nel 1951, però, si era posto quasi completamente rimedio ai danni provocati dalla guerra. Vie e piazze erano state riparate, era stata ripristinata la piena efficienza dell'acquedotto ed estesa la rete fognaria, erano stati riadattati più di 8.000 vani e 200 famiglie avevano ottenuto un alloggio nelle case popolari e tutte le scuole avevano ripreso a funzionare regolarmente.

Nel 1958 venne creato il Ministero della Sanità allo scopo di unificare tutte le competenze di natura sanitaria su una sola struttura. Organi periferici di questo Ministero erano l'Ufficio del medico provinciale e quello del Veterinario provinciale, coordinati dal Prefetto.

Nel 1963 anche nel Comune di Alessandria venne data maggiore importanza al settore socio-sanitario e venne introdotto nella Giunta comunale l'assessorato all'igiene e alla sanità. Nel 1968 venne aperta ad Alessandria una nuova Casa di soggiorno per anziani e furono provvisti di fognatura e di acquedotto anche i sobborghi che non avevano ancora tali strutture.

Nel 1968 venne attuata la Riforma ospedaliera, che unificò le modalità di amministrazione degli ospedali pubblici mediante la costituzione degli Enti ospedalieri, i cui amministratori venivano nominati, a seconda della classe di appartenenza dell'ospedale (zonale, provinciale o regionale), dai consigli comunali, provinciali o regionali e non più dal Prefetto, come avveniva precedentemente. Venne anche modificata la precedente classificazione degli ospedali, che era basata sul numero di posti letto; ora veniva definita sulla base del numero e dei tipi di servizi che aveva in dotazione.

Nel 1968 furono anche istituite le Regioni, alle quali vennero trasferite importanti funzioni, quali la programmazione

sanitaria, la gestione della medicina scolastica e del lavoro e degli ospedali, il controllo dell'igiene ambientale (che venne poi abrogato).

Questa, descritta per sommi capi, è stata la situazione sociale e sanitaria di Alessandria nel periodo compreso fra la fine del 1700 e la fine del sesto decennio del 1900. Se osserviamo le vicende dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio che si sono sviluppate durante questo stesso periodo, vediamo che, verso la fine del 1700, trovandosi l'edificio dello Spedal Grande ridotto in pessimo stato e «poco acconcio al uopo», a causa dello scarso numero di posti letto di cui disponeva, «gli amministratori di questo Istituto, ritenuta eccessiva la spesa necessaria per ristrutturarlo e ampliarlo con nuove costruzioni e disponendo di una discreta somma di denaro, proveniente dai risparmi fatti per l'addietro unitamente al prezzo da ricavarsi dalle vendite del vecchio fabbricato ospedaliero, decisero di costruire un nuovo ospedale, il quale nella maggior ampiezza racchiudesse in sé tutti i vantaggi e i comodi che si richiedono in tali stabilimenti»<sup>11</sup>. Venne così dato inizio all'esecuzione del progetto dell'architetto Giuseppe Caselli di Castellazzo Bormida (Alessandria) e il 10 giugno 1872 fu posta la prima pietra del nuovo ospedale, alla presenza del vescovo di Alessandria Tommaso Maria De Rossi, dei membri della Congregazione dell'ospedale, e cioè il conte Giovanni Battista Conzani, priore, il cavaliere Lorenzo Castellani, vice priore, il conte Giovanni Deporelli, il marchese Antonio Ghilini e il conte Annibale Civalieri, regolatori. L'edificio era posto in un fondo situato presso le antiche mura della città, acquistato nel 1778 dal signor cavaliere Lorenzo Castellani.

I lavori per la costruzione dell'ospedale durarono otto anni e il 2 settembre 1790 fu aperto e vi vennero trasferiti gli ammalati ricoverati nello Spedal Grande. Nello stesso giorno venne benedetta dal vescovo di Alessandria Carlo Giuseppe Pistone anche la sua chiesa. L'edificio, compresa la chiesa, costò 230.678 lire antiche di Savoia, «senza tener conto della maggior parte dei legnami d'opera e legna da

fuoco per uso delle fornaci, che venne tratta dai boschi dell'ospedale e della non poca ferramenta tolta dallo Spedal grande e degli innumerevoli trasporti di materiale fatti gratuitamente»<sup>12</sup>.

Il nuovo ospedale, corrispondente alla parte estrema di quello attuale verso la via Pio V, era costituito dalla chiesa e dai fabbricati che circondavano il cortile antistante la chiesa stessa. Esso è quasi totalmente raffigurato nel quadro in cui è ritratto Piero Rocca, economo e benefattore dell'ospedale, nonché assiduo coadiutore dell'architetto Caselli.

La chiesa, incorporata nell'ospedale, è anch'essa opera dell'architetto Caselli ed è tuttora esistente ed aperta al culto. Nel progetto originale essa appare fornita di due campanili, mentre poi ne venne realizzato uno solo. Presenta una facciata di stile settecentesco, che si intravede attraverso le cancellate che danno sulla piazza Soria. È dotata di tre altari, di un piccolo battistero e di una piccola sagrestia. Sull'altare principale, dedicato ai santi Antonio e Biagio, si trova attualmente un quadro che raffigura i due santi nell'atto di rendere omaggio alla Vergine Assunta in cielo. Si dice che la bella tela sia opera del pittore Francesco Mensi (1800-1888), nato a Grava (Alessandria). Gli altari laterali sono attualmente dedicati alla Vergine Ausiliatrice e a santa Giovanna Antida, fondatrice dell'ordine delle suore della Carità, che hanno a lungo prestato servizio nell'ospedale. Gli affreschi che si trovano attualmente sulle pareti interne della chiesa sono tutti dovuti al pittore Giovanni Bevilacqua, ad eccezione della Gloria di sant'Antonio, che si trova al centro della volta e che è opera del pittore Luigi Atzori. La grande composizione della lunetta dell'altare maggiore raffigura Gesù che guarisce degli infermi, mentre nelle due cappelle laterali si trovano quattro affreschi, che rappresentano quattro episodi di guarigioni effettuate da san Pietro e da san Paolo. Nella piccola sagrestia si trova, appeso sopra il bancone, un grande quadro che ritrae il papa Pio V, datato 1878, opera del pittore Francesco Mensi. In seguito al trasferimento dello Spedal Grande nella nuova sede, la

chiesa dell'ospedale perse la sua indipendenza e passò sotto la parrocchia di Santa Maria di Castello, «perché insorsero da una parte le pretese di giurisdizione parrocchiale e dall'altra i privilegi in virtù del breve di Pio V delli 29 marzo 1571 e del tempo acquistati», che diedero luogo a «controversie che furono conciliate con instromento giudiciale delli 30 agosto 1790, rogato Nazzari e col laudo del vescovo Carlo Giuseppe Pistone delli 12 maggio 1792, mediante il diritto al parroco di Santa Maria di Castello di celebrare personalmente ogni 6 anni nella chiesa dell'ospedale una delle funzioni o di s. Antonio o di s. Biagio o di s. Andrea Avelino, a di lui elezione, e di ricevere dal Rettore (cappellano) dello spedale tre libbre di cera ogni anno nella vigilia di sant'Antonio Abate»<sup>13</sup>.

Circa le rimanenti parti dell'edificio ospedaliero, al piano terreno, come risulta da una pianta datata 1809 (cioè 12 anni dopo l'apertura dell'ospedale), si trovavano le corsie in cui erano ricoverati gli ammalati, e tutti gli altri locali necessari per il funzionamento dell'ospedale. Le corsie, a forma di T, occupavano la parte centrale del complesso. Quella disposta verticalmente (n. 10 della pianta a p. 140) era destinata alle donne, mentre quella disposta trasversalmente e divisa in due nel punto di incontro con la corsia delle donne (n. 9) era destinata agli uomini. Le corsie e gli altri edifici, posti attorno al piazzale antistante la chiesa, erano fiancheggiati da portici (n. 4), corrispondenti agli ampi corridoi che si trovano nella parte più antica dell'attuale ospedale.

Nella parte dell'ospedale rivolta a nord i muri perimetrali e gli edifici messi a ridosso di questi delimitavano con le corsie quattro grandi cortili (n. 61). In questa parte, che dava sui bastioni della città, si trovavano la camera mortuaria (n. 57), i sepolcri (n. 58), l'alloggio del seppellitore (n. 56) e, più centralmente, il teatro anatomico per le autopsie (n. 52), con annessa una piccola camera (n. 53). Questi edifici erano fiancheggiati da portici solo da un lato (n. 54). Nella parte dell'ospedale rivolta a nord-est, attorno al cortile (n. 61) si trovavano un grande magazzino (n. 62), la scuderia

(n. 63), il torchio per il vino (n. 64), un altro magazzino (n. 65), il pozzo dell'acqua (n. 66), la lavanderia (n. 67), un'altra scuderia (n. 68) e i pollai (n. 69 e 70). In quella rivolta a est si trovavano la cucina (n. 20), un atrio (n. 21), che dava su un giardino dell'ospedale (n. 28). In quella rivolta a sud-est si trovavano dei locali (contrassegnati sulla pianta dai numeri che vanno dal 29 al 38) requisiti dal governo francese napoleonico per l'ospedale militare. Anche questi edifici erano fiancheggiati da portici. In quella rivolta a sud, che dava sulla piazza di san Bernardino (l'attuale piazza Soria), si trovava l'ingresso principale dell'ospedale (1), posto di fronte alla chiesa, un ingresso secondario (n. 60), che dava su un cortile (n. 71). Nella parte rivolta a sud-ovest si trovavano la farmacia (n. 40), con annessa una camera (n. 41), la camera del portinaio (n. 42), due piccole camere (n. 43 e n. 44), la sala delle riunioni (n. 48), il museo (n. 46), una porta di ingresso laterale (n. 47) e la scala di accesso ai piani superiori (n. 15). Anche questa parte era fiancheggiata da portici.

Non è stato possibile trovare la pianta del primo piano dell'ospedale; tuttavia, da notizie riportate in alcuni scritti, risulta che in esso vi erano anche i locali del Monte di Pietà e il piano superiore dell'abitazione del chirurgo capo. Durante la dominazione napoleonica parte del primo piano era occupata dall'ospedale militare.

In seguito all'apertura di alcune Opere pie (orfanotrofio nel 1814, Opera pia Solia nel 1826 e dell'Opera pia Incurabili nel 1831) all'interno dell'ospedale e all'incremento avuto dal Monte di Pietà, con conseguente aumento del numero dei pegni che, per essere custoditi, necessitavano di maggior spazio, l'edificio dell'ospedale era diventato troppo angusto; perciò venne riconosciuta dalla Congregazione la necessità di collocare più convenientemente e comodamente il Monte di Pietà e gli ammalati cronici incurabili. Fatte quindi tutte le ragioni sulle spese di costruzione, sul modo di soddisfarvi, sui diritti delle rispettive Opere pie presenti nell'ospedale, nel 1832 si pose mano all'opera pro-

gettata dall'architetto Leopoldo Valizone e nel 1835 si trovò compiuto il braccio di fabbrica prospiciente a levante, compreso fra la sala dei febricitanti e la parte a pianterreno dell'abitazione del chirurgo capo. Il piano superiore dell'abitazione del detto chirurgo fu destinata agli ammalati cronici incurabili, ai quali fu aperto il 2 luglio 1835, mentre il piano inferiore fu destinato al Monte di Pietà, che lo occupò nell'ottobre dello stesso anno. Per queste costruzioni furono spese 43.816 lire nuove e 18 centesimi, delle quali furono messe a carico del Monte i due settimi, corrispondenti a 12.518 lire nuove e 91 centesimi, da pagare all'ospedale a rate di 500 lire cadauna, senza interessi ed ugual somma a carico dell'Opera pia Incurabili, con la quale si fece un conguaglio<sup>14</sup>.

Pur avendo dovuto sostenere tali spese, l'ospedale, grazie soprattutto «al sentimento di carità rimasto sempre presente nei cittadini, al senno e all'ardore degli amministratori, dal 1814 al 1836 accrebbe prodigiosamente il suo patrimonio e, dopo aver saldato tutti i debiti, ebbe un avanzo di 118.562 lire»<sup>15</sup>.

Fra il 1857 e il 1861, per dare una sistemazione più comoda all'orfanotrofio, che era confinato in alcuni locali appartati dell'ospedale e per far fronte ad altre esigenze funzionali, furono eretti, su progetto dell'architetto Alessandro Antonelli (il cui nome è legato alla famosa Mole torinese), alcuni fabbricati nella parte nord-occidentale del nosocomio, destinati, oltre che all'orfanotrofio, al padiglione pensionanti, al reparto medicina donne e agli incurabili. Tali fabbricati sono quelli che delimitano attualmente il cortile che si trova entrando in ospedale dalla porta carraia di fianco all'ingresso principale di via Venezia. L'Antonelli progettò, poi, anche la prosecuzione della facciata dell'ospedale e i locali per una scuola tecnica annessa all'orfanotrofio, opera che venne, però, stralciata dall'esecuzione dei lavori.

Fra il 1887 e il 1890 vennero attuate altre opere su progetto dell'ingegnere Vincenzo Canetti di Vercelli. Fu completata la monumentale facciata dell'ospedale, che costituisce la

parte architettonica più interessante del complesso edilizio ospedaliero. Essa presenta un corpo centrale con coronamento a timpano triangolare, raccordato ai corpi laterali mediante due strutture porticate, di cui solo quella di destra è sormontata da quattro statue ottocentesche, raffiguranti le quattro virtù cardinali.

In quella di sinistra le statue presenti nel progetto non furono mai poste. Al centro della facciata si apre l'ampio atrio su colonne, in rapporto con lo scalone monumentale di accesso al piano superiore, in cui si trova anche il salone di rappresentanza, riccamente decorato a fresco e contenente numerosi busti dei benefattori. Una ristrutturazione successiva, dettata da criteri di funzionalità, ha rotto i rapporti fra l'atrio di ingresso e lo scalone, che venne ornato dai busti di tre illustri benefattori dell'ospedale: il papa Pio V, il teologo Luigi Patria e Francesco Solia.

Nello stesso periodo ebbe luogo anche l'esecuzione di tutte quelle opere che costituiscono nel loro complesso, fino ad alcuni anni dopo la seconda guerra mondiale, l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio. Vennero, cioè portati a termine tutti gli edifici retrostanti la facciata, quali la sezione ostetrico-ginecologica, il brefotrofo, parte dell'alloggio delle suore, i tre grandi padiglioni alla parte estrema del fabbricato verso il viale della circonvallazione, il padiglione operatorio e la camera mortuaria. Venne invece sospesa la costruzione del quarto padiglione per il reparto medicina donne, che le condizioni finanziarie successive non permisero di effettuare a completamento, molto opportuno, dell'opera.

Nel periodo fra le due guerre mondiali vennero apportati notevoli ed importanti miglioramenti all'interno dell'ospedale, sia attraverso le generose elargizioni dei benefattori sia attraverso le risorse ordinarie di bilancio sia, in minima quantità, attraverso capitali ricavati dalla vendita di fondi rustici, che facevano parte del patrimonio dell'ospedale. Tra il 1915 e il 1925 venne costruito il padiglione pensionanti; nel 1925 venne sistemata in una nuova sede la sezione ostetrico-ginecologica; tra il 1910 e il 1914 venne edificato l'istituto di

radiologia, nel 1931 venne ristrutturata la farmacia, dotata di un'importante e pregevole raccolta di vasi antichi, in parte donati al Museo civico e in parte tenuti nell'ospedale per ornare vari locali.

Tra il 1928 e il 1933 vennero chiusi con vetrate i principali porticati dell'ospedale; e venne completamente rinnovato l'impianto di riscaldamento. Dal 1932 al 1934 si provvide al riordino e alla sistemazione dei vari servizi, incominciando dagli ambulatori, che furono tutti completamente riordinati e restaurati in modo da rispondere alle esigenze igieniche. Ogni ambulatorio fu messo in corrispondenza con i vari reparti in funzione nell'ospedale, per cui si ebbero quelli di chirurgia, medicina, ginecologia, dermosifilopatia, otorinolaringoiatria, oculistica e odontoiatria. Fu anche sistemata una sala di pronto soccorso per il servizio permanente di guardia medica. La lavanderia venne totalmente rinnovata e dotata di apparecchi di disinfezione, che assicuravano la sterilizzazione della biancheria prima che fosse consegnata alla lavanderia. Tutte le spazzature, i rifiuti delle medicazioni e di ogni altro genere venivano arsi nel bruciatore, eliminando ogni possibilità di infezione.

Dopo la seconda guerra mondiale, a causa dello stato di decadimento in cui si trovava l'ospedale, il problema più importante da affrontare e da risolvere fu la scelta se procedere alla sua ristrutturazione e completamento oppure se provvedere al suo trasferimento, per costruirlo interamente nuovo. Dopo una minuziosa ricognizione del complesso, si decise per la ristrutturazione, in quanto la costruzione ex novo non avrebbe consentito quei pronti ed indispensabili miglioramenti a cui invece si doveva provvedere d'urgenza per le necessità funzionali improcrastinabili. Fu così bandito un concorso pubblico, vinto dall'ingegnere alessandrino Luigi Gastini.

Il progetto comportava il mantenimento e la sistemazione delle parti monumentali dei fabbricati esistenti e delle costruzioni più recenti, cioè degli edifici circostanti ai due corpi verso via Venezia e i tre padiglioni verso la circonvallazione,

mentre al posto della parte centrale più vetusta dell'ospedale prevedeva la costruzione di un nuovo fabbricato monoblocco di nove piani fuori terra (in seguito ridotti a otto), divisi ciascuno in quattro sezioni indipendenti; il tutto consentiva una capienza iniziale di 680 posti letto, poi elevati a 800, oltre al laboratorio generale di analisi, la radiologia, la fisioterapia, il guardaroba, la lavanderia e i servizi di economato sistemati nei primi due piani.

Sulla linea di questo progetto venne dapprima dato inizio nel 1959 ai lavori per potenziare l'efficienza delle sezioni già esistenti. Vennero così sistemate la chirurgia generale, che passò dalle due corsie di 40 letti ciascuna, a camere a 2, 3, 4 letti ed ebbe completamente rinnovato il suo gruppo operatorio; l'urologia e l'otorinolaringoiatria, con il relativo gruppo operatorio e i servizi ambulatoriali; il reparto pensionanti di medicina. Si provvide anche alla costruzione della nuova divisione di ortopedia e traumatologia con il relativo gruppo operatorio e del soprastante alloggio delle suore con la propria cappella. Furono completamente rinnovati i locali delle corsie e quelli per i pensionanti della divisione di ostetricia e di ginecologia, nonché quelli dei servizi; venne anche costruita la «nursery». Contemporaneamente a questi lavori, proseguivano quelli per la costruzione del nuovo blocco, il cui primo lotto entrò in funzione nel 1964 e comprendeva 200 posti letto in camere a 1, 2, 3 letti. Nello stesso anno iniziarono i lavori per la costruzione del secondo lotto, che entrò parzialmente in funzione alla fine del 1960. Questo è stato, per sommi capi, lo sviluppo edilizio dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, dalla sua apertura, avvenuta nel 1790, alla fine del 1960.

Per quanto riguarda la sua amministrazione, dal 1790 al 1799 essa continuò ad essere gestita dalla Congregazione di Carità; poi, a partire dal 1800 al 1814, quando la città passò sotto il dominio francese napoleonico, l'amministrazione fu affidata alla Commissione amministrativa degli ospizi.

Dopo la caduta di Napoleone e la restaurazione della monarchia sabauda, avvenuta nel 1814, con lettera del 18

giugno 1814 del Vice Reggente del Consiglio di Giustizia di Alessandria fu richiamata ad amministrare l'ospedale la Congregazione di Carità in carica nel 1799. Il 25 ottobre 1815 questa entrò in funzione e il 30 dello stesso mese surrogò i membri della precedente Congregazione che erano mancati.

Le Congregazioni di Carità, che erano state istituite in ogni Comune con Regio Editto del 19 maggio 1717, emanato da Vittorio Amedeo, per amministrare gli Istituti di Carità e gli ospedali, vennero regolamentate con Regio Editto del 24 ottobre 1836, emanato da Carlo Alberto (questo Editto è riportato in un opuscolo intitolato «Leggi e Regolamenti degli Istituti di Carità e beneficenza», datato 24 dicembre 1836, conservato nell'Archivio dell'ospedale di Alessandria vol. 1-8 1). La Congregazione di Carità di Alessandria fu regolamentata con decreto reale del 20 febbraio 1849. Essa, come tutte le altre Congregazioni di Carità, era composta da 4 membri eletti dal Comune e da un presidente. Facevano parte di diritto della Congregazione «anche il parroco e il sindaco, salvo non venga altrimenti provveduto dal Re sulla relazione fatta dal Primo Segretario di Stato per gli Affari Interni».

La nomina del presidente della Congregazione veniva fatta direttamente dal re sulla proposta del primo segretario per gli Affari interni. Egli rimaneva in carica per 5 anni, mentre per i 4 membri della Congregazione l'avvicendamento avveniva nel seguente modo: «i primi quattro scadevano nei primi quattro anni mediante estrazione a sorte di uno per ogni anno».

Con la legge 17 luglio 1890 venne modificato il metodo di elezione dei membri delle Congregazioni di Carità, che venivano eletti dal Consiglio Comunale, che li sceglieva fra i propri membri, secondo il seguente criterio: «non più della metà di quelli che, in ragione della popolazione, competono al Comune, cioè 4 nei comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, 8 in quelli con popolazione da 5 a 50.000 abitanti, 12 negli altri». Vennero anche ammessi a far parte della

Congregazione un benefattore o una persona da lui designata e il fondatore di un'Opera pia amministrata dalla Congregazione oppure un suo rappresentante, scelto secondo le indicazioni fornite dall'atto di fondazione dell'Opera pia stessa. La Congregazione era posta sotto la tutela della Giunta provinciale amministrativa, la quale, a sua volta, era posta sotto il controllo del Ministro dell'Interno, che poteva anche delegarlo al Prefetto.

Con Regio decreto del 30 dicembre 1923 venne riformata la legge del 1890 per quanto riguardava il numero dei membri della Congregazione di Carità nel seguente modo: nei comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti era composta da 5 membri (3 eletti dal prefetto e 2 dal Comune); in quelli con popolazione da 5 a 50.000 abitanti di 9 membri (5 eletti dal prefetto e 4 dal Comune) e di 13 membri negli altri (7 eletti dal prefetto e 6 dal Comune).

Dal regolamento del 1931<sup>16</sup> risulta che l'ospedale era amministrato da un presidente nominato dal prefetto, assistito da un Comitato (o Consiglio) di patroni, composto da quattro membri, di cui uno nominato dal podestà di Alessandria, uno dal segretario federale del partito nazionale fascista, uno dalla Cassa di Risparmio di Alessandria, mentre l'ultimo, che era membro di diritto, era l'amministratore delegato della Società Borsalino Giuseppe o la persona dallo stesso, di anno in anno delegata in sua vece. Il presidente e i patroni erano scelti fra persone particolarmente competenti in materia di assistenza e di beneficenza. Essi duravano in carica per quattro anni e potevano sempre essere riconfermati senza interruzione. Il presidente esercitava tutte le attribuzioni relative alla gestione dell'ospedale e deliberava su tutti gli affari che interessavano l'ente. Il Consiglio dei patroni aveva attribuzioni esclusivamente consultive su quanto il presidente riteneva di sottoporgli.

Con legge 3 giugno 1937 furono soppresse le Congregazioni di Carità e sostituite dagli Enti comunali di assistenza, ai quali vennero devolute le attribuzioni delle soppresse Congregazioni.

Con Regio decreto 30 settembre 1938 gli ospedali vennero suddivisi in tre categorie. La prima «comprendeva ospedali con una media giornaliera di oltre 600 degenze, dotati di reparti separati di medicina, di chirurgia e distinte divisioni di specialità mediche e chirurgiche, nonché i laboratori di chimica biologica, microbiologica e istologica, l'istituto di radiologia e di cure fisiche, la farmacia propria e la scuola convitto per infermiere. La seconda categoria comprendeva ospedali con una media giornaliera di degenza da 200 a 600 ricoverati, dotati di reparti separati di medicina e di chirurgia e almeno una sezione delle principali specialità mediche e chirurgiche oltre agli idonei servizi. La terza categoria comprendeva ospedali con una media giornaliera di degenza da 30 a 200 ricoverati, che avessero un idoneo reparto operatorio e separate sale di degenza per ammalati di medicina e di chirurgia, nonché per le partorienti e per i bambini. Nel febbraio 1939 il prefetto di Alessandria, visti gli articoli del Regio decreto 30 settembre 1938 e fatta accertare dal medico provinciale la rispondenza delle condizioni di fatto degli ospedali della provincia con le norme contenute nel decreto sopracitato, decretava che l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria fosse classificato di seconda categoria, come quello di Casale Monferato, mentre vennero classificati di terza categoria quelli di Acqui, Tortona e Novi Ligure.

Con il Regio decreto del 1938 venne chiarita anche la terminologia, fino allora molto confusa, riguardante le unità funzionali dell'ospedale: la sezione, costituita da 30 letti; la divisione, costituita da 60 a 120 posti, comprendente due o più sezioni, che rappresentava l'unità fondamentale ospedaliera; il reparto, costituito da una o più divisioni, dove si eseguivano determinate e specifiche cure (tale termine veniva però spesso usato in maniera impropria per indicare la sezione o la divisione).

Il 12 febbraio 1968 uscì la legge di riforma ospedaliera che unificò le modalità di amministrazione delle strutture pubbliche, mediante la costituzione di enti ospedalieri nei quali il consiglio di amministrazione era prevalentemente

composto da membri designati dai consigli regionali, provinciali e comunali, a seconda della loro classificazione: con tale legge, infatti, gli ospedali non vennero più distinti in categorie basate sul numero dei posti letto, ma in regionale, provinciale e zonale a seconda del numero dei servizi esistenti.

Nell'ospedale di Alessandria, classificato come provinciale, il consiglio di amministrazione, che durava in carica per 5 anni, era composto da nove membri: 5 eletti dal consiglio provinciale, 2 eletti dal consiglio comunale, 2 in rappresentanza degli originari interessi dell'ospedale designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione. Come previsto dalla legge, esso era dotato di distinte divisioni di medicina e di chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, ortopedia e traumatologia; di distinte divisioni di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermosifilopatia, malattie infettive, geriatria e lungodegenti nonché un servizio di odontoiatria e stomatologia. Disponeva, inoltre, di servizi di radiologia e fisioterapia, anatomia e istologia patologica, analisi chimico-cliniche e microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza e farmacia interna. Aveva una scuola per infermiere professionali e una per infermiere generiche.

L'ospedale era regolato, oltre che dalle leggi dello Stato, anche dalle norme dei regolamenti interni compilati dagli amministratori, ma sempre nel rispetto di tali leggi.

Il primo regolamento dell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio è stato quello compilato dalla Congregazione nel 1873 e approvato l'11 dicembre dello stesso anno<sup>17</sup>.

Prima di allora, infatti, era rimasto in vigore il regolamento dello Spedal Grande («Ordini riformati») del 1616. Ciò è confermato anche da una lettera, trasmessa dall'ospedale all'Intendenza di Alessandria, datata 21 aprile 1840 (50 anni dopo l'apertura dell'ospedale). In essa si legge «esiste un regolamento fatto e approvato dalla Congregazione particolare nel 1589 e riformato nel 1616, che ora (1840), per la mutazione dei tempi, dei bisogni e delle leggi, è in gran parte trasandato»<sup>18</sup>.

Dopo questa lettera non risulta che siano stati compilati regolamenti generali interni dell'ospedale, mentre erano apparsi regolamenti specifici per le Opere pie ospedaliere (Solia nel 1826 e Incurabili nel 1835) e per il personale (suore 1844 e infermieri 1849); perciò quello del 1873 deve essere considerato il primo dell'attuale ospedale. Oltre al regolamento ospedaliero, quello del 1873 contiene anche i regolamenti delle Opere pie ospedaliere che si trovavano allora nell'ospedale e cioè: l'Opera pia Solia con annesso l'Ospizio degli Esposti, l'Opera pia degli Incurabili, il Pio ricovero degli Orfani, il Sifilocomio nonché quello dell'orfanotrofio di santa Marta e di alcune Opere pie Elemosiniere.

Questo regolamento, di oltre 200 pagine manoscritte, ha costituito il nucleo fondamentale di quelli successivi di questo ospedale e delle Opere pie annesse tanto che, salvo alcune modifiche poco rilevanti dovute al cambiamento dei tempi e delle leggi, essi sono rimasti pressoché invariati per moltissimi anni.

Dal regolamento del 1873 risulta che l'ospedale disponeva dei seguenti servizi: amministrativo, di tesoreria, di economato, sanitario, delle infermerie (sale di degenza) e di assistenza religiosa. Il servizio amministrativo era composto «dal segretario, dal segretario sostituto, dallo scrivano e dal serviente»; quello di economato, che amministrava anche le proprietà terriere e immobiliari dell'ospedale, era composto «dall'economato, dalle suore, da due campari (custodi dei campi), dai facchini, dai servienti e dal portinario»; quello sanitario dal primario medico, dal primario chirurgo, dall'assistente medico, dall'assistente chirurgo e dal farmacista; quello delle infermerie dagli infermieri, dalle infermiere e dal barbiere; quello di assistenza religiosa dal rettore (cappellano), dal sagrista e dal seppellitore.

Nell'ospedale le suore avevano una posizione preminente perché, oltre ad assistere gli ammalati, soprintendevano a molti servizi e per tale motivo facevano parte del servizio economale. Esse appartenevano all'Ordine delle Suore di Carità, fondato da Giovanna Antida Thouret (assunta poi al-

l'onore degli altari), su ispirazione di quello delle Figlie della Carità di san Vincenzo de Paoli. Santa Giovanna Antida nacque il 27 novembre 1765 in Francia a Sancei le Long, nella diocesi di Bésançon, da una famiglia di contadini. Rimasta orfana di madre, si manifestò in lei la vocazione per la vita religiosa, ma non avendo mezzi per essere accolta in un ordine monastico, a 22 anni entrò a far parte delle Figlie della Carità di san Vincenzo de Paoli. Nel 1788 vestì l'abito religioso, senza però aver pronunciato i voti, e fu assegnata all'ospedale di Laugres, nel dipartimento dell'Haute Marne. Si trovava in questo ospedale nel 1789, quando scoppiò la rivoluzione francese che sconvolse anche il suo Ordine e disperse le suore. In abiti civili e sotto nomi fittizi, esse rimasero, però, Figlie della Carità, sparpagliandosi per la Francia a curare gli ammalati, raccogliere gli orfani, aprire scuole e sfamare i poveri. Giovanna Antida ritornò al suo paese natale, dove l'accolse una Congregazione locale. Ritornata la pace e cessate le persecuzioni degli ordini religiosi, essa, seguendo il suo istinto, aprì una scuola gratuita prima nel suo paese natale, poi a Bésançon, Quando fu riaperto l'Ordine delle Figlie della Carità, cui aveva appartenuto, il Vicario di Parigi la esortò a continuare la sua opera separatamente dall'Ordine verso il quale non aveva pronunciato alcun voto e che aveva lasciato forzata, dagli eventi. Si adoperò allora con tutte le sue forze per formare una propria istituzione, che avesse lo stesso spirito da cui era animato l'Ordine di san Vincenzo de Paoli, e il 26 settembre 1807 fondò a Bésançon, con l'approvazione dell'arcivescovo di quella città, un nuovo Ordine, che assunse il nome di «Suore della Carità». L'opera instancabile della fondatrice diffuse questo Ordine in Francia e in Italia. Fu invitata a Napoli da Letizia Buonaparte, madre di Napoleone Buonaparte e Gioachino Murat le affidò il Grande ospedale e il convento di Regina Coeli, nel quale morì nel 1924<sup>19</sup>.

Le Suore della Carità che entrarono in servizio nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria nel 1844 provenivano dalla Comunità di Torino. Alcuni mesi prima del

loro arrivo in questo ospedale, la Comunità delle Suore della Carità di Torino stipulò con l'ospedale di Alessandria una convenzione, che ebbe poi anche valore di Regolamento, rogata dal notaio Carlo Novese Segrò il 2 aprile 1844<sup>20</sup>. Secondo tale convenzione, venne assegnata alle suore «nell'edificio dell'ospedale un'abitazione completamente arredata, sufficiente e sana e disposta in maniera di essere isolata e non consentire rapporti con le altre parti dell'ospedale». Inizialmente le suore erano sette, ma il loro numero poteva variare a seconda dei bisogni dell'ospedale. La retribuzione annua di ciascuna suora era di 400 lire, che venivano consegnate alla Superiora divise in trimestri anticipati.

Circa i loro doveri «le suore avevano la soprintendenza sul governo economico e sul servizio interno, in conformità agli ordinamenti fatti dalla Congregazione. La superiora delle suore dell'ospedale aveva il compito di assegnare le varie incombenze agli infermieri, al cuoco, alle lavandaie ed agli altri dipendenti, di assicurarne l'eseguimento con quei mezzi che venivano dalla stessa superiora proposti e dalla Congregazione approvati o modificati». Tutto ciò che entrava in ospedale «sia per uso degli ammalati o delle infermerie (corsie) o delle operazioni chirurgiche o flebotomiche» era controllato dalle suore. Gli stipendi e i salari dovuti al personale addetto ai servizi dell'ospedale venivano pagati dalla superiora. Le suore facevano anche «le minute spese per il vitto e per le altre piccole cose», mentre «per le altre spese maggiori come legna, carbone, olio e simili, provvedeva l'amministrazione, ma erano a carico delle suore la custodia e il controllo del consumo».

Dal punto di vista sanitario le suore seguivano il medico e il chirurgo durante le visite giornaliere e «segnavano sul libro delle visite tutto quanto veniva ordinato agli ammalati, per quanto riguarda sia la medicazione, le operazioni e le medicine che il vitto e gli altri alimenti». Esse infatti «verificavano la quantità e la natura dei cibi e facevano su di essi tutte quelle osservazioni che ritenevano opportune per migliorare il servizio». Si occupavano inoltre «della conservazio-

ne della biancheria e delle vestimenta, della nettezza dei letti, della pulizia delle sale e di tutti gli oggetti che servivano alle infermiere».

Dal punto di vista disciplinare «prendeivano nota delle negligenze, sconvenienze, frodi e di ogni altro vizio che scoprivano nei vari servizi dell'ospedale» e li segnalavano alla superiora, che «ne dava avviso all'amministrazione, la quale sentiva volentieri i mezzi che la medesima proponeva per impedirli». Infine le suore «dovevano insegnare a leggere, scrivere e conteggiare» agli orfani ricoverati nell'orfanotrofio dell'ospedale. Con l'entrata in vigore del Regolamento interno dell'ospedale del 1873 e di quelli successivi, i compiti e le prerogative delle suore vennero in parte ridotte e limitate soprattutto al campo sanitario; tuttavia la loro funzione in ospedale continuò ad essere preminente.

Le Suore della Carità, salvo una breve interruzione avvenuta, come si è già ricordato, fra il 1904 e il 1909, in seguito alla decisione di laicizzare gli enti pubblici presa dall'Amministrazione comunale, che si era adeguata all'anticlericalismo dominante nella nazione, continuarono a svolgere, senza altra interruzione, la loro opera nell'ospedale.

Il personale del servizio sanitario era composto dal primario di medicina e di chirurgia, dagli assistenti di medicina e di chirurgia e dal medico chirurgo permanente. I primari di medicina e di chirurgia, oltre ad assolvere i compiti di loro competenza quali responsabili della cura degli ammalati «e al buon funzionamento delle rispettive sale», dovevano in particolari evenienze uniformarsi a quanto stabilito dal regolamento interno dell'ospedale. «Presentandosi qualche malattia medica o chirurgica di ardua e difficile diagnosi o che faccia temere qualche epidemia o morbo contagioso prossimo a svilupparsi o già manifestato», il primario medico o chirurgo «era tenuto a darne tosto avviso alla Congregazione per quelle provvidenze che potranno essere del caso». Quando venivano ricoverati individui feriti, il primario chirurgo doveva fare all'Autorità giudiziaria «la relazione prescritta dalle vigenti leggi e avvertire prontamente la Congregazione».

Il primario chirurgo doveva prestare la sua opera anche nella sala medica «se richiesto dal di lui collega, come pure il primario medico non poteva rifiutarsi all'invito del primario chirurgo di visitare quegli infermi affetti da malattie miste medico-chirurgiche e di comune accordo decidere pel maggior vantaggio dell'ammalato a quale delle due sale dovesse appartenere».

I primari medico e chirurgo, stabilita la diagnosi della malattia, la facevano scrivere a caratteri chiari ed intellegibili sulla tabella posta al capo di ciascun letto, poi vi apponevano la propria firma. Tali tabelle servivano poi agli assistenti per redigere mensilmente sugli appositi stampati la statistica sanitaria, da consegnarsi al primario, il quale, a sua volta, redigeva la statistica semestrale ed annuale, destinata alla discussione da tenersi nelle sedute del Congresso medico-chirurgico, due volte l'anno. La statistica annuale veniva trasmessa entro il febbraio di ogni anno al presidente della Congregazione per essere conservata nell'Archivio dell'ospedale.

La statistica, distinta in medica e chirurgica, veniva trascritta su appositi stampati nei quali erano indicati con chiarezza il numero degli ammalati presenti nel primo giorno del mese, il numero dei guariti, il numero dei morti, il numero dei rimasti; le diverse malattie occorse il quel periodo; la mortalità comparata ai diversi tipi di malattie, di sesso, di età e di professione degli ammalati curati. Gli stampati delle statistiche relative agli anni che vanno dal 1840 al 1907 sono conservati, con qualche lacuna, nell'archivio storico dell'ospedale<sup>21</sup> e costituiscono importanti fonti di notizie riguardanti l'attività sanitaria svolta nell'ospedale.

L'orario delle visite mediche e chirurgiche stabilito dalla Congregazione era il seguente. Alla mattina nei mesi di gennaio, febbraio, novembre e dicembre, alle ore 7 e mezzo; nei mesi di marzo, aprile, settembre e ottobre, alle ore 7; dal primo maggio a tutto agosto alle ore 6. Alla sera, dal 15 ottobre al 15 aprile, alle ore 14 e trenta, dal 15 aprile al 15 ottobre alle ore 15. I primari, medico e chirurgo, erano accom-

pagnati nelle loro visite dai rispettivi assistenti, dal giovane patentato di farmacia e dal flebotomo. Alle ore 21 gli assistenti, ciascuno nella propria sala, facevano un'altra visita. Il medico-chirurgo permanente e gli assistenti dalle ore 10 alle 12 del mattino nella sala di accettazione dell'ospedale tenevano consulti gratuiti o visitavano gli ammalati che si presentavano per essere ricoverati. Il medico-chirurgo permanente «era sempre presente nell'ospedale per compiere le esigenze del servizio di guardia».

Il personale della farmacia era composto dal farmacista (o direttore), da un giovane assistente patentato e da un uomo di fatica. Su proposta del direttore della farmacia vi venivano ammessi dalla Congregazione anche giovani praticanti. Il direttore della farmacia, con la collaborazione dell'assistente, doveva preparare le medicine prescritte agli ammalati ricoverati in ospedale, «assistere e dirigere la loro distribuzione nelle sale di degenza, dando alle suore incaricate delle medesime (sale) quelle istruzioni necessarie per una più regolare e proficua somministrazione. Nella preparazione dei medicinali composti doveva attenersi ai procedimenti riportati nella farmacopea dello Stato, mentre per quelli in cui la preparazione non era riportata nella farmacopea doveva attenersi «ai miglior processi insegnati dalla scienza».

Il direttore della farmacia oltre allo stipendio aveva diritto all'alloggio gratuito in ospedale, dove doveva abitare. Il giovane «assistente speciale patentato» aveva l'obbligo di eseguire le incombenze che gli venivano affidate dal direttore e di farne le veci in caso di assenza o di legittimo impedimento; doveva dormire in ospedale, nella camera che gli era stata assegnata, per essere pronto anche di notte a tutte le occorrenze della farmacia.

La farmacia era aperta tutti i giorni, da un'ora prima della visita medica del mattino (cioè alle 6 e mezzo nei mesi di gennaio, febbraio, novembre e dicembre; alle 6 nei mesi di marzo, aprile, settembre e ottobre; alle 5 dal primo maggio a tutto agosto) fino alle 22. In ogni occorrenza, però, anche

durante la notte il farmacista o l'assistente dovevano essere disponibili a distribuire «tutti quei medicinali che gli erano richiesti siccome necessari per l'urgente cura di qualche ammalato». La farmacia distribuiva «tutti i medicinali occorrenti all'ospedale, nonché agli Enti pubblici che avevano un contratto con la Congregazione e ai privati».

Nell'ospedale era in funzione anche un «Congresso (Consiglio) medico-chirurgico-farmaceutico», composto dai medici, dai chirurghi e dal farmacista, che aveva per scopo «il miglioramento del servizio sanitario e il progresso della scienza». Era presieduto dal primario medico, mentre il medico-chirurgo permanente fungeva da segretario e da archivist. Si riuniva ordinariamente due volte l'anno «in una sala ordinata a quest'uso ed a quello d'archivio medico denominata Sala del Congresso». In essa erano conservate «le storie delle malattie; i libri per la compilazione della statistica; le annotazioni sui risultati necroscopici e sui pezzi conservati nel gabinetto di anatomia patologica; le lettere di corrispondenza con la Congregazione; una copia dei diversi regolamenti e della farmacopea».

Nelle adunanze del Congresso gli argomenti che venivano trattati erano «le osservazioni critiche sulle statistiche sanitarie; le discussioni sull'indole delle malattie curate nel corso di un semestre; i metodi curativi ritenuti più utili e appropriati». Ciascun membro del Congresso poteva proporre «quel nuovo provvedimento che ravvisava utile e vantaggioso per la cura degli infermi, e qualora la proposta fosse stata approvata dalla maggioranza, il segretario ne faceva motivata relazione da trasmettere alla Congregazione per l'autorizzazione ad adottarlo». La Congregazione teneva in grande considerazione questo Congresso e «nei provvedimenti relativi ai sanitari aveva particolare riguardo a coloro che si erano più distinti nei lavori del Congresso».

Il personale ausiliario in servizio nelle infermerie (sale di degenza) era composto dagli infermieri, dalle infermiere e dal barbiere. Gli infermieri e le infermiere erano assunti dalla superiora delle suore, «previo consenso del presidente, ed erano dalla medesima scelti su quegli iscritti nell'apposito

elenco tenuto dalla Congregazione». Generalmente vi erano tre infermieri per ognuna delle due infermerie degli uomini e due infermiere per quelle delle donne. Il loro numero poteva, però, essere aumentato o diminuito dalla Congregazione a seconda dei bisogni del servizio. Era vietato agli infermieri entrare nella sala delle donne ed alle infermiere in quella degli uomini, a meno che non vi fosse stata una richiesta da parte dei sanitari o delle suore per qualche momentaneo lavoro. All'interno dell'ospedale sia gli infermieri che le infermiere dovevano portare «il vestiario stabilito dalla Congregazione e non potevano portarlo fuori dal pio stabilimento».

Fra gli infermieri della sala di chirurgia uno era designato dal presidente a svolgere le funzioni di capo infermiere. Egli doveva «tener pronto i cerotti, gli unguenti, le filaccie, le compresse e le bende necessarie pel servizio giornaliero di tutte le infermerie. Doveva inoltre seguire il primario chirurgo nella visita del mattino e l'assistente in quella della sera, portando un tavolozzo, su cui erano distesi tutti gli oggetti necessari alla medicazione, ed un cesto in cui depositare le compresse, bende e quanto altro veniva tolto dall'infermo nel rinnovare le medicazioni». Tutti gli infermieri indistintamente insieme alla suora dovevano essere presenti nelle rispettive sale durante la visita del mattino effettuata dai primari medico e chirurgo. Finita la visita, gli infermieri e le infermiere della sala chirurgica dovevano assistere alle operazioni di bassa chirurgia.

Due infermieri ed una infermiere per turno, e ciascuno nella propria sala, vegliavano tutta la notte, «accostandosi frequentemente agli ammalati più gravi e accorrendo ai letti degli ammalati dai quali erano stati chiamati e porgendo loro le bevande e gli altri soccorsi di cui abbisognavano». La veglia di ciascun infermiere incominciava alle ore 23 e prima di iniziarla era lasciato libero per riposare dalle ore 18 all'inizio della veglia stessa. Quando «un infermo si rendeva estinto gli dovevano coprire il viso con il lenzuolo e chiudere le tende poste attorno a ciascun letto».

Era rigorosamente proibito agli infermieri «di prestare l'opera loro sotto qualunque pretesto fuori dell'ospedale; di ricercare mance in denaro o in effetti dai ricoverati, di appropriarsi parte delle vivande di spettanza dei ricoverati. I lasciti di riconoscenza degli infermi a favore degli infermieri venivano loro pagati dall'economo, sempre risultando la libera attestazione degli infermi».

Agli infermieri era concesso di assentarsi alternativamente dal lavoro due ore al giorno, stabilite dalla superiora delle suore. Per uscire dall'ospedale dovevano servirsi solo della porta sorvegliata dal portinaio, al quale dovevano «presentare la tessera stabilita». Durante il passaggio dalla portineria «potevano essere sottoposti a visita e riconosciuto che asportassero vivande od oggetti propri dei ricoverati o dell'ospedale, dopo essere stati intesi nelle loro difese, se ritenuti colpevoli, venivano sottoposti alle pene stabilite dal regolamento».

Il barbiere doveva «radere, almeno una volta alla settimana, la barba agli ammalati, agli infermieri ed agli inservienti e tagliare loro pure i capelli occorrendone il bisogno e, quando richiesto, doveva pure prestare la sua opera ai sanitari dell'ospedale». Per tali prestazioni «non doveva assolutamente richiedere e tanto meno ricevere dai ricoverati mance od altra qualsiasi retribuzione».

Gli ammalati potevano essere ricoverati in ospedale gratuitamente o a pagamento. Per essere accolti gratuitamente, dovevano presentare gli attestati di nascita, di povertà e di domicilio rilasciati dal Comune dove abitavano da almeno due anni; la fede medica, comprovante la malattia e la sua curabilità. Venivano accolti a pagamento attraverso convenzioni stipulate con gli Enti pubblici le guardie di pubblica sicurezza; i guardiani delle carceri; le guardie doganali e forestali; gli impiegati; i salariati e i manovali addetti alle ferrovie; coloro che si presentavano per ordine delle autorità di pubblica sicurezza in conformità ai disposti di legge. Se vi era disponibilità di posti letto, venivano ammessi anche ammalati a pagamento in proprio, poiché l'ospedale «nell'accettazione

degli ammalati dava la precedenza a quelli che erano privi di ogni mezzo e che non ricevevano soccorsi da Opere pie, enti morali o società sotto qualsiasi denominazione». Nel caso in cui si veniva a conoscenza che un ammalato ricoverato gratuitamente era provvisto di mezzi di sussistenza, la Congregazione poteva esigere di essere indennizzata delle spese fatte da lui o, in caso di suo decesso, dagli eredi. Venivano ricoverati immediatamente i feriti gravi, i fratturati, gli affetti da ernie strozzate ed in genere tutti coloro che versavano in grave pericolo di vita. In questi casi i parenti del ricoverato erano tenuti a presentare entro 24 ore i documenti richiesti per il ricovero.

I ricoverati dovevano sottostare al regolamento e alle disposizioni stabilite dalla Congregazione e in caso di inadempienza il presidente poteva infliggere le punizioni che riteneva adatte alle circostanze e, nei casi gravi, anche l'allontanamento dall'ospedale. Essi dovevano rispetto ed obbedienza al personale dell'ospedale che era loro addetto e «sottomettersi alle prescrizioni dei curanti ed eseguirle». Era loro assolutamente proibito «ogni atto indecente, parlare a voce alta, gridare, litigare sia fra loro sia col personale, fumare e giocare ad ogni sorta di gioco». Se qualche infermiere «mancava loro di carità», dovevano informare il primario o il presidente per i provvedimenti del caso.

Gli ammalati a pagamento, ricoverati in camere separate, erano assistiti dagli stessi infermieri addetti alle sale comuni e dovevano sottostare alle stesse norme disciplinari stabilite per gli altri ricoverati. La somministrazione dei medicinali e del vitto (a meno di particolari prescrizioni del sanitario) veniva fatta nella stessa ora in cui si faceva ai ricoverati comuni.

Quando un ammalato moriva in ospedale, venivano restituite ai legittimi eredi tutte le cose trovate su di esso al momento del ricovero, che erano depositate «nel luogo a ciò destinato». Ma «se il valore di queste cose eccedeva le 100 lire, era dovuta all'ospedale la retribuzione di lire 1,50 per ogni giorno di degenza da ritenersi su detta eccedenza». Non presentandosi alcuno degli eredi nel termine di tre me-

si successivi alla morte per ritirare gli effetti del defunto, questi diventavano di proprietà dell'ospedale, che li distribuiva ai poveri bisognosi, «ad eccezione delle camicie, che venivano depositate in guardaroba e usate per gli ammalati poveri».

Per l'assistenza religiosa dei ricoverati cattolici «era dalla Congregazione deputato un sacerdote di esemplare vita ed approvato per la confessione, il quale assumeva il titolo di Rettore». Egli aveva fissa dimora nell'ospedale, nei locali che la Congregazione gli aveva assegnato gratuitamente, e non poteva assentarsi se non aveva prima trovato un sacerdote di vita esemplare e approvato per la confessione che lo sostituisse. Aveva l'obbligo di celebrare la messa «tutti i giorni dell'anno nella chiesa dell'ospedale (che era aperta anche al pubblico) o nelle infermerie (sale)». Alla domenica doveva tenere ai ricoverati e al personale di servizio un corso di istruzione cristiana, spiegando il Vangelo e il catechismo. In tutti i giorni festivi infrasettimanali, nella novena del Santo Natale e in quella di sant'Antonio abate e di san Biagio, doveva impartire la benedizione. Era pure tenuto a celebrare i funerali, le messe cantate e i tridui. I proventi di queste funzioni andavano per due terzi al Rettore e per un terzo all'ospedale.

«Era sua cura visitare gli ammalati appena ricoverati per gli opportuni soccorsi spirituali e religiosi, se cattolici». Se invece erano di altra religione e se gli veniva richiesto, doveva procurare un sacerdote di quella religione. Durante il ricovero doveva intervenire ad ogni chiamata dei ricoverati e assisterli nella loro agonia. Sorvegliava anche «il contegno morale degli ammalati e delle persone di servizio e procurava che ognuno si comportasse secondo le regole del buon costume e della decenza» e informava la Congregazione nel caso in cui occorresse prendere provvedimenti.

Il seppellitore provvedeva a seppellire i morti nell'ospedale, dapprima nei sepolcri situati nell'ospedale stesso, quindi al cimitero esterno. Fin dall'epoca della fondazione dello Spedal Grande, verso la metà del 1500, i funerali dei ricoverati morti nell'ospedale venivano celebrati nella chiesa del-

l'ospedale e l'amministrazione ospedaliera provvedeva anche alla loro sepoltura. Tale consuetudine continuò anche nell'ospedale attuale e si protrasse, fra continue discussioni fra l'ospedale e i parroci delle parrocchie di appartenenza dei defunti, fino al 1936.

Nel 1873, quando entrò in funzione il primo regolamento interno dell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio, in esso si trovavano anche due Opere pie ospedaliere (l'Opera pia Solia e l'Opera pia degli Incurabili), un'Opera educativa (il Pio ritiro degli Orfani), un'Opera pia di credito (il Monte di Pietà), alcune Opere pie elemosiniere, e un sifilocomio (delle Opere pie si parlerà nelle parti del libro dedicate a queste istituzioni).

Nel 1858, con un contratto stabilito fra il Governo e la Congregazione di Carità, venne istituito nell'ospedale un «sifilocomio» per il ricovero delle donne sifilitiche di Alessandria, Acqui e Novi, che venne chiuso dopo 30 anni nel 1888. Dopo di allora, per curare queste ammalate, come si è già ricordato, venne aperto un «dispensario celtico governativo», che svolgeva, però, solo un'attività ambulatoriale. Le donne che avevano bisogno di ricovero venivano inviate alla «sala celtica» di Acqui. Solo nel 1916 venne aperta anche nell'ospedale di Alessandria una «sala celtica», che nel 1933 venne unita alla «sezione dermosifilopatica», aperta in quello stesso anno. Nel regolamento dell'ospedale del 1873 venne incluso anche il regolamento del sifilocomio, allora ancora funzionante nell'ospedale. Secondo tale regolamento le donne, quasi tutte prostitute, che si presentavano per essere ricoverate nel «sifilocomio», dovevano essere munite di un attestato del medico comprovante la malattia e di una «bulletta» (certificato) dell'Ufficio Sanitario del Comune, «in cui erano indicate le loro generalità».

Il personale sanitario addetto al «sifilocomio», era composto dal chirurgo primario, dal chirurgo permanente, dal chirurgo assistente (perché allora la sifilide era di competenza dei chirurghi) nonché dal flebotomo e dallo speciale. Il chirurgo primario aveva la direzione del servizio sanitario e, in

caso di assenza o di impedimento, era sostituito dal chirurgo permanente. Egli aveva l'obbligo di effettuare «una visita al giorno nel sifilocomio nell'ora stabilita dalla Congregazione». Il chirurgo assistente doveva essere presente alla visita del chirurgo primario e inoltre «doveva tutte le sere fare una visita nel sifilocomio per provvedere ai casi imprevisi e dare i primi soccorsi alle ricoverate della giornata». Il flebotomo «eseguiva tutte le operazioni di bassa chirurgia e prestava l'opera sua per le medicazioni». Lo speciale (farmacista) «doveva inviare nel più breve tempo possibile, avuto anche riguardo al tempo per la confezione, i medicinali ordinati dai sanitari».

Facevano parte del personale addetto al sifilocomio anche una suora, un'infermiera, un portinaio e una guardia di pubblica sicurezza. La suora «doveva assistere alla distribuzione del vitto e dei medicinali; procurare che fossero eseguite le regole di pulizia; mantenere la disciplina; sorvegliare se l'infermiera e il portinaio eseguivano quanto loro spettava di fare». L'infermiera «eseguiva e faceva eseguire in sua presenza le prescrizioni dei medici». Essa era inoltre responsabile dell'ordine della sala e riferiva alla suora e al chirurgo primario le infrazioni al regolamento compiute dalle ricoverate.

Il portinaio non lasciava entrare né uscire alcuno dal sifilocomio, se non munito di permesso del presidente o del chirurgo primario. Ogni ricoverata, al suo giungere nel sifilocomio, era informata dalla suora delle regole di disciplina a cui era soggetta. «Al mattino, appena alzata, ciascuna ricoverata doveva rifare il letto che, in caso di indisponibilità, veniva rifatto dall'infermiera o dalla ricoverata di turno poiché giornalmente per turno una ricoverata era destinata per cadauna sala a fare le pulizie. Doveva poi recarsi alla visita che, per la sua riservatezza (riguardando parti intime del corpo), veniva effettuata separatamente nel gabinetto del chirurgo primario». Durante lo spostamento dalla sala dove era ricoverata al gabinetto del chirurgo primario «era accompagnata dal portinaio e dalla guardia di pubblica sicurezza, che at-

tendevano dopo l'entrata nel gabinetto di visita; appena la malata era uscita, dovevano farla rientrare nella propria sala», ciò, evidentemente, per evitare che fuggisse.

Dopo la visita, le ricoverate si trattenevano nella propria sala a lavorare per sé e per il sifilocomio, essendo obbligate a preparare le «filacce» (fili che si ricavano dallo sfilacciamento di panni rotti e che servivano per ricoprire le ferite e le piaghe). Nel sifilocomio le ricoverate erano sottoposte ad una severa disciplina e dovevano osservare un rigoroso silenzio nel tempo delle visite, della distribuzione del vitto e dei medicinali, nella notte ed in tempo di funzioni religiose; in occasione di qualche visita, quelle non allettate per malattia dovevano mettersi in piedi al capezzale del loro letto; «non dovevano cantare, né commettere atti osceni, né dire parole indecenti, né incitare le compagne a perdersi nella mala vita»; non potevano avere colloqui con altre persone «fuori che coi genitori, mariti, fratelli e affini di ugual grado o coloro che giustificavano affare urgente, però sempre con autorizzazione del presidente o del chirurgo primario». In caso di inadempienze venivano punite con pene che andavano «dalla privazione della pietanza e del vino alla reclusione nella camera di disciplina a pane ed acqua». Quando una ricoverata era guarita, il chirurgo primario «sottoscriveva una dichiarazione, che veniva trasmessa alla Congregazione nonché al Delegato sanitario di pubblica sicurezza». In caso di morte «la salma veniva immediatamente trasportata in una camera separata, quindi le veniva data sepoltura secondo le norme prefisse dalla Congregazione di Carità».

Dal regolamento compilato nel 1889<sup>22</sup> l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio risulta costituito da due sezioni, una chirurgica ed una medica, in ognuna delle quali prestavano servizio un primario, un aiuto, due assistenti e il medico chirurgo permanente. I primari «venivano di regola nominati con concorso per titoli valutati dai membri della Congregazione». È questa la prima volta che in un regolamento dell'ospedale di Alessandria compare questa modalità di as-

sunzione del personale sanitario. Prima di allora infatti venivano assunti direttamente dalla Congregazione. Essi duravano in carica otto anni, con possibilità di essere confermati. Giunti, però, al 65° anno di età, «cessavano senz'altro di fare parte del personale sanitario dell'ospedale, tale norma venne sempre mantenuta anche nei regolamenti successivi. Se erano stati riconfermati per tre volte, avevano diritto al titolo di primario onorario». In questo regolamento fra i compiti dei primari venne inserito quello di trasmettere ogni sei mesi alla Congregazione, «una relazione sommaria sul modo col quale era proceduto il servizio, accennando i fatti (casi clinici) più salienti succeduti, nonché le risultanze delle sezioni anatomiche fatte e le indicazioni dei pezzi patologici che avevano riconosciuto di qualche importanza e che, debitamente preparati, dovevano essere depositati e conservati nel gabinetto anatomico con le volute annotazioni descrittive».

Fra il personale sanitario previsto da questo regolamento appare per la prima volta il medico e il chirurgo in secondo (aiuto) che dipendeva direttamente dai primari delle rispettive sezioni. Per la sua nomina e durata in servizio valevano le stesse disposizioni in vigore per i primari. Le sue incombenze consistevano principalmente nell'assistere i primari nel disimpegno delle loro funzioni. Le sue ordinazioni e prescrizioni dovevano sempre seguire pienamente il metodo del primario da cui dipendeva.

Gli assistenti continuavano invece ad essere nominati direttamente dalla Congregazione, che li sceglieva preferibilmente fra coloro che «avevano prestato la loro opera in ospedale come giovane medico di recente laureato per lo spazio di almeno due anni». Essi duravano in carica due anni. Prestavano servizio «per turno alternativo semestrale nelle due sezioni»; inoltre facevano a turno nelle ore stabilite dalla Congregazione il servizio di guardia diurna dell'ospedale, durante il quale effettuavano anche le accettazioni d'urgenza.

Il medico chirurgo permanente, era nominato direttamente dalla Congregazione e veniva scelto fra gli assistenti in carica o fra quelli che l'avevano coperta precedentemente.

Manteneva tale incarico per 5 anni, con possibilità di riconferma. Era tenuto ad abitare nell'ospedale in un alloggio destinato dalla Congregazione e non poteva assolutamente dormire fuori dell'ospedale; inoltre, «doveva sempre trovarsi presente al cessare del turno di guardia diurna degli assistenti». Egli era alla diretta dipendenza dei due primari ed aveva le stesse incombenze assegnate ai sanitari in secondo (aiuti) e agli assistenti che, in caso di assenza, aveva l'obbligo di sostituire. Doveva inoltre, da mezzogiorno alle ore 14, trovarsi nella sala di accettazione dell'ospedale «per dare consulti o consigli a coloro che a tal fine accedevano al pio Istituto».

Il flebotomo ispettore, che era anche custode dell'armamentario chirurgico, doveva abitare nell'ospedale, nell'alloggio assegnatogli dalla Congregazione; dipendeva direttamente dal personale sanitario sia di medicina che di chirurgia e «adempiva tutte le mansioni stabilite dalla Congregazione riguardanti la vigilanza del personale subalterno e l'attività sanitaria assistendo alla visita del primario chirurgo, presenziando alle operazioni, e nei casi urgenti coadiuvando il medico di guardia».

La Congregazione poteva ammettere gli studenti di medicina e chirurgia a frequentare le visite giornaliere dei primari, da cui aveva prima udito il parere, tale norma venne mantenuta anche nei regolamenti successivi. Durante il 1800 l'aumento delle acquisizioni fatte in campo medico e l'introduzione nella pratica medica di attrezzature sempre più sofisticate favorirono la comparsa delle branche specialistiche. Nei primi decenni di questo secolo incominciarono infatti a sorgere nelle Università le prime cattedre autonome specialistiche e negli ospedali delle grandi città nacquero per la prima volta i primariati specialistici autonomi, mentre negli ospedali dei centri minori le branche specialistiche continuarono ad essere ancora per molti anni di competenza della medicina e della chirurgia generale.

Nell'ospedale di Alessandria la prima branca specialistica che si rese autonoma fu quella di oftalmoiatria (oculistica);

infatti, con una delibera del 31 luglio 1889, la Congregazione istituì una sezione di questa branca (che prima faceva parte della chirurgia) ed unì ad essa un ambulatorio<sup>23</sup>.

Tale sezione comprendeva letti gratuiti e letti a pagamento. Il servizio medico della sezione e dell'ambulatorio era svolto da un sanitario specialista, cui spettava il titolo di «oculista dello Spedale». Egli doveva uniformarsi a tutte le prescrizioni che allora regolavano gli altri sanitari dell'ospedale e non poteva svolgere altre attività mediche oltre a quelle riguardanti l'oculistica. «Se qualcuno degli ammalati oculistici era colto da altra malattia, doveva chiamare il primario della sezione cui spettava per la malattia sopraggiunta». Gli ammalati accolti nella sezione a pagamento corrispondevano somme diverse a seconda della sistemazione che chiedevano. Se andavano nella sala comune, pagavano solo una somma onnicomprensiva all'ospedale; se invece andavano in una camera separata, oltre a pagare una somma più elevata, erano tenuti a dare al sanitario un compenso per le prestazioni, che veniva concordato preventivamente, senza nessun intervento della Congregazione.

Nel 1890, come si è già ricordato nella parte del libro dedicato agli ospedali speciali, venne aperta nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio una sezione autonoma di pediatria, denominata «Ospedaletto infantile», fondato da Cesare Arrigo, primario chirurgo dello stesso ospedale, insieme a un gruppo di azionisti privati, per curare i bambini poveri di ambo i sessi affetti da malattie acute e curabili e non contagiose, aventi non più di 7 anni, appartenenti alla città di Alessandria come domicilio di soccorso. L'amministrazione dell'ospedale concesse all'Ospedaletto infantile l'uso gratuito dei locali adattati allo scopo e si obbligò al mantenimento, alla cura, alla fornitura dei medicinali e della biancheria dei bambini ricoverati».

Nel 1893 entrò in vigore un nuovo regolamento della farmacia che in parte modificava quello del 1873. La farmacia, allora situata nella parte dell'ospedale prospiciente l'attuale piazza Soria, aveva annesso un laboratorio chimico

galenico per la preparazione dei medicinali ed un gabinetto (laboratorio) di analisi cliniche. Il personale che vi prestava servizio era costituito da un direttore, laureato in chimica, un farmacista con diploma universitario, un commesso e un uomo di fatica. Il direttore della farmacia era nominato dalla Congregazione per concorso a titoli e durava in carica tre anni, con possibilità di riconferma. Abitava nell'ospedale in «un conveniente alloggio per sé, per la famiglia e per il personale della farmacia». Oltre allo stipendio percepiva la metà degli utili ricavati dalla vendita dei medicamenti agli enti convenzionati, un quarto di quelli ricavati dalla vendita dei medicinali venduti al Comune per i poveri, un po' più della metà di quelli ricavati dalla vendita dei medicinali agli esterni che presentavano una ricetta firmata da un sanitario e la metà di quelli ricavati sulla vendita dei medicinali agli esterni senza ricetta. La sua retribuzione era quindi elevata, ma aveva a suo carico «le spese per le provviste del carbone per il riscaldamento, dei lumi, del gaz luce e della biancheria che serviva per l'andamento della farmacia; quelle per l'acquisto di caraffe, bottiglie, boccette, ampolle, scatole per pillole e polveri, vasi per pomate ed elettuari necessari alla distribuzione dei medicinali, la carta da involucro e da filtro; i reagenti chimici forniti ai sanitari dell'ospedale per le analisi chimiche e microscopiche, che venivano eseguite nei laboratori delle singole sezioni». Doveva inoltre pagare il farmacista, il commesso e l'uomo di fatica della farmacia. Oltre «ad approntare le preparazioni farmaceutiche e galeniche occorrenti alla farmacia, era tenuto ad eseguire le analisi chimiche che il presidente gli ordinava nell'interesse dei servizi ospedalieri, senza poter pretendere speciale corrispettivo».

Il farmacista, che era nominato direttamente dal direttore della farmacia, previo assenso della Congregazione, doveva sostituirlo in caso di assenza o di impedimento e disimpegnare tutte le funzioni e gli obblighi e coadiuvarlo nell'espletamento della attività della farmacia. Il commesso e l'uomo di fatica della farmacia, che erano anch'essi nominati diretta-

mente dal direttore, dovevano eseguire tutti gli ordini che venivano loro impartiti dal direttore e dal farmacista.

La Congregazione, nella seduta dell'11 ottobre 1895<sup>24</sup>, «accogliendo le premurose e spontanee offerte di un medico assistente dell'Ospedale Maggiore di Milano», decise di aprire nell'ospedale di Alessandria «un ambulatorio per la cura delle malattie dell'orecchio, del naso e della faringe». Tale ambulatorio, destinato unicamente ai poveri della città e dei sobborghi, entrò in funzione a partire dal 16 dicembre 1895, con una visita settimanale che aveva luogo ogni lunedì dalle dieci e trenta alle undici e trenta.

Nell'aprile del 1896 la Congregazione compilò un regolamento per gli ambulatori dell'ospedale<sup>25</sup>, che allora erano quattro: di medicina, di chirurgia generale, di oftalmoiatria e di otiatria. Nei singoli ambulatori prestavano servizio i sanitari dell'ospedale (solo raramente si ricorreva a specialisti esterni). L'orario per le visite e le medicazioni era stabilito dalla Congregazione ed era esposto nella portineria dell'ospedale e nei locali destinati agli ambulatori. Le persone povere potevano usufruire gratuitamente degli ambulatori, mentre gli altri all'atto della visita o della medicazione dovevano corrispondere l'importo dovuto. Tale importo, però, non era fisso, perché «era lasciato al prudente arbitrio del sanitario di stabilire, a seconda della qualità della persona, della gravità della ferita e dell'importanza della medicazione, una tariffa adeguata».

Le tariffe dovevano essere versate da coloro che usufruivano delle prestazioni di volta in volta, all'atto della visita o della medicazione, e non complessivamente alla fine della cura. I sanitari che prestavano la loro opera presso gli ambulatori avevano l'obbligo di eseguire quanto stabilito dal regolamento e, in caso di inadempienza, erano tenuti responsabili e dovevano rifondere l'importo all'ospedale. Alla fine di ogni mese dovevano far pervenire l'importo delle visite e delle medicazioni fatte a pagamento all'amministrazione dell'ospedale che, alla fine dell'anno, faceva loro avere metà della somma riscossa da suddividere fra di loro.

Il 14 dicembre 1896 venne aperta presso l'ospedale una sezione ostetrico-ginecologica, nella quale erano ammesse gratuitamente solo le inferme povere di Alessandria e dei suoi sobborghi, mentre le altre erano accolte solo a pagamento. Venne anche aperto al pubblico, nei giorni non festivi di lunedì, giovedì e sabato di ogni settimana, dalle tredici e trenta alle quattordici e trenta, un ambulatorio per visite e cure delle malattie pertinenti tali specialità<sup>26</sup>. Nella sezione di ostetricia e ginecologia, che allora disponeva di 10 letti, di cui 5 a pagamento, venivano ricoverate le donne affette da malattie dell'apparato genitale nonché quelle affette da malattie dell'apparato urinario richiedenti un intervento operatorio; le gravide oltre il 5° mese affette da forme mediche e chirurgiche, le gravide nei primi cinque mesi degenti in altre sezioni, quando erano colte da «fenomeni ostetrici», le partorienti affette da malattie mediche o chirurgiche; tutte le puerpere bisognose di cure. Da questo elenco erano escluse le gravide sane, perché a quel tempo esse partorivano a casa.

Alla fine del 1896 l'ospedale aveva quattro sezioni: medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia e oculistica. Le sezioni di medicina e di chirurgia erano dirette da un primario, coadiuvato da un comprimario o aiuto e da uno o due assistenti, a seconda del bisogno. La sezione di oculistica era diretta da un primario, coadiuvato da un assistente. Quella di ostetricia e ginecologia era diretta da un primario, coadiuvato da un comprimario, da uno o due assistenti e da una levatrice. Alle singole sezioni potevano essere ammessi praticanti laureati in medicina e chirurgia, con il titolo di assistenti aggiunti.

A partire dal 1896 la nomina dei primari veniva fatta con concorso per titoli ed esame e non più solo per titoli, valutati dai membri della Congregazione, come avveniva precedentemente. Il concorso, per la prima volta, veniva espletato da una commissione d'esame, nominata dalla Congregazione, e composta da professori universitari. Anche i comprimari o sanitari in seconda (gli attuali aiuti) erano nominati in se-

guito a concorso per titoli e al parere di un'apposita commissione esaminatrice composta da professori universitari. A parità di merito, venivano preferiti gli assistenti dell'ospedale in carica o quelli che lo erano stati per un periodo di tempo non inferiore a quattro anni, oppure quei sanitari che gratuitamente e per lungo tempo avevano prestato la loro opera in ospedale. Essi duravano in carica per otto anni, trascorsi i quali non potevano essere riconfermati, se non dopo un nuovo concorso. Fra i loro compiti avevano anche quello di concorrere con gli assistenti ad assicurare il servizio di guardia permanente dell'ospedale. Erano inoltre tenuti a prestare le loro cure, anche a domicilio, a tutti gli impiegati dell'ospedale nonché alle suore e ai salariati. Il comprimario di chirurgia era incaricato anche della custodia dell'armamentario chirurgico e anatomico.

Gli assistenti venivano invece nominati direttamente dalla Congregazione e prestavano servizio indifferentemente nelle varie sezioni a seconda delle disposizioni ricevute. Dopo aver prestato servizio per almeno tre anni, dovevano lasciare il posto a qualche giovane sanitario, laureato di recente, che chiedeva di essere ammesso in ospedale come assistente. Tutti i sanitari ospedalieri, quando entravano nell'ospedale per le visite sia ordinarie che straordinarie o per il servizio di guardia, dovevano segnare il loro nome su un apposito registro situato nella portineria. La Congregazione, sentito il parere dei primari, poteva autorizzare i dottori appena laureati a frequentare gratuitamente, in qualità di assistente aggiunto o praticante, le visite dei primari<sup>27</sup>.

Il personale ausiliario presente nell'ospedale nel 1896 era costituito dall'ispettore (di nuova istituzione), dagli infermieri, dalle infermiere e dalle suore. L'ispettore aveva alla sua diretta dipendenza tutti gli inservienti e le persone di servizio e vigilava «se eseguivano regolarmente quanto loro concerneva» e, nel caso di mancanza, li richiamava e riferiva dell'accaduto alle suore. Controllava, inoltre, la pulizia delle sale di degenza e dei locali annessi, dei quali regolava anche la ventilazione ed il riscaldamento; impediva poi che in essi cir-

colassero persone estranee durante le visite mediche o la refezione. Gli infermieri erano complessivamente 17 (8 infermieri e 9 infermiere) e le suore 6, e cioè 4 nelle sezioni di medicina e chirurgia, 1 nella sezione incurabili, 1 nelle sezioni di oftalmoiatria e di ostetricia e ginecologia.

Nel 1896 venne istituito nell'ospedale un Gabinetto di chimica e microscopia clinica «per compiervi tutte quelle ricerche scientifiche che nell'interesse degli ammalati e della scienza si ritenevano necessarie» (che prima, come si è già ricordato, venivano effettuate nella farmacia dal farmacista e dai suoi collaboratori). La direzione del gabinetto venne affidata ad uno degli assistenti che aveva fatto studi speciali in tale materia. Egli doveva eseguire tutte quelle ricerche anatomiche, istologiche, batteriologiche e chimiche che gli venivano richieste dai primari o dagli altri sanitari dell'ospedale e «ove d'uopo, doveva eseguire anche le autopsie e conservare tutti i preparati di anatomia normale o patologica ritenuti meritevoli di interesse».

Nel gennaio del 1897, per un accordo avvenuto, tramite il prefetto di Alessandria, fra il Ministero degli interni e la Congregazione, venne istituito nell'ospedale il Dispensario celtico governativo, dove venivano visitate e curate gratuitamente tutte le persone affette da malattie veneree e da sifilide. Il dispensario disponeva di una sala d'aspetto e di sale per le visite, che si effettuavano dalle 13 alle 15 nei giorni dispari per gli uomini e nei giorni pari per le donne. Il servizio veniva disimpegnato da uno specialista esterno che, nelle eventuali assenze, veniva sostituito dal medico permanente dell'ospedale. I medicinali occorrenti ai poveri erano a carico dell'ospedale, mentre ai non poveri venivano forniti dalla farmacia dell'ospedale ad una tariffa ridotta, stabilita dal Governo. Tutto il materiale in dotazione al dispensario era di proprietà del Governo, con l'obbligo all'ospedale di riconsegnarlo alla fine dell'accordo<sup>28</sup>.

Nel febbraio 1897 la Congregazione decideva di aprire «una piccola sezione di otoiatria (costituita da 4 letti di cui 1 gratuito e 3 a pagamento) nella sezione di chirurgia a sussidi-

dio dell'ambulatorio analogo già in funzione dal 1895<sup>29</sup>. Il tutto era in via affatto provvisoria ed a titolo di esperimento, sino a che la Congregazione non credeva di provvedere stabilmente al servizio». Nello stesso anno 1897 venne aperto nell'ospedale anche un ambulatorio di odontoiatria.

Nel febbraio del 1898 la Congregazione deliberò di estendere i benefici dell'Opera pia Solia, fino allora limitata alle gestanti illegittime (nubili o vedove) di Alessandria e dei sobborghi, anche alle gestanti illegittime di tutti i comuni della provincia di Alessandria e a tal fine istituì la Maternità Consoziale<sup>30</sup>.

Nel 1901 la Congregazione compilò un nuovo regolamento per il Gabinetto di microscopia e batteriologia applicata alla clinica e all'igiene, già in funzione da alcuni anni e fino allora diretto da un assistente dell'ospedale. Secondo le norme del nuovo regolamento erano stati adibiti al gabinetto un direttore ed un assistente. Il direttore era equiparato ad un primario e aveva gli stessi obblighi e privilegi. Veniva nominato dalla Congregazione di regola in seguito a concorso e doveva essere in possesso di un diploma di perito medico-igienista, oppure aver frequentato un laboratorio universitario di igiene, come stabilito dalla legge vigente. L'assistente era nominato dalla Congregazione «tra quelli che si occupavano degli studi a cui serve il gabinetto» e, oltre al servizio nel gabinetto, doveva svolgere per turno insieme agli altri assistenti anche quello nelle sezioni e quello di guardia. Il gabinetto era prevalentemente al servizio dell'ospedale, ma poteva anche eseguire analisi a pagamento per conto di enti o istituti privati. In esso potevano anche effettuare ricerche per conto proprio, a scopi clinici o scientifici, i sanitari che vi lavoravano o quelli dell'ospedale, dopo aver preso accordi con il direttore del gabinetto e il presidente della Congregazione<sup>31</sup>.

Nel 1902 venne istituita nell'ospedale una «Scuola infermieri e soccorsi di urgenza», allo scopo di formare nella città «un corpo di persone di ambo i sessi che dessero affidamento di conoscere bene la tecnica dell'assistenza dei ma-

lati, alle quali si potessero tranquillamente rivolgere sia gli istituti pubblici che i privati cittadini». Poteva iscriversi alla scuola, dietro pagamento, ogni persona di ambo i sessi della città o dei sobborghi che avessero compiuto i corsi elementari obbligatori. Il corso comprendeva lezioni teorico-pratiche di igiene, assistenza medica e chirurgica e di soccorso d'urgenza. Le lezioni venivano impartite in una sala dell'ospedale dai medici ospedalieri scelti dal Congresso medico e approvati dalla Congregazione. Alla fine del corso gli allievi dovevano sostenere degli esami ed ai promossi veniva rilasciato un certificato di abilitazione all'assistenza degli infermi<sup>32</sup>.

Nel mese di novembre del 1902 venne istituita la biblioteca medica dell'ospedale, «iniziata coi doni dei benemeriti sanitari Grillo, Tarchetti, Frigerio, Salio, Bertone e dei farmacisti Casolati e Bricchetti e poi ampliata col dono della biblioteca medica privata del dottor Cesare Arrigo e mantenuta coi redditi provenienti dal legato di 14.455 lire fatto a quest'uopo all'ospedale dallo stesso dottor Arrigo con suo testamento del 13 gennaio 1902». Dopo tre mesi dalla fondazione, la commissione che aveva istituita la biblioteca, per disciplinarne il funzionamento, presentò alla Congregazione, perché lo approvasse, un regolamento apposito. Secondo tale regolamento la biblioteca, controllata dalla Congregazione, era sotto l'immediata direzione del collegio dei primari dell'ospedale, i quali nominavano nel loro seno un presidente. Un custode retribuito «aveva la responsabilità degli ammanchi dei libri che si trovavano in essa». Gli scaffali che contenevano i libri restavano sempre chiusi e «una chiave era tenuta dal presidente ed una dal custode». Sul tavolo della biblioteca restavano, però, sempre esposte le pubblicazioni periodiche ed i giornali, che venivano ritirati e sostituiti dai nuovi al loro arrivo. Nessun libro, pubblicazione o giornale poteva essere asportato per nessun motivo e solo «in casi eccezionalissimi i medici dell'ospedale potevano ottenere il permesso, firmato dal presidente, di conservare presso di sé qualche libro, per un tempo che non

poteva superare quello di una settimana». La biblioteca restava aperta dalle 8 alle 17. I medici dell'ospedale potevano usufruirne tutto il giorno, mentre i medici esterni solo nelle ore pomeridiane dalla 14 alle 17. Alla fine di ogni anno il collegio dei primari, insieme alla richiesta delle riviste e delle pubblicazioni periodiche da acquistare per l'anno successivo, trasmetteva alla Congregazione una relazione sull'andamento della biblioteca<sup>33</sup>.

La laicizzazione degli enti pubblici, iniziata in Alessandria nel 1904 dal partito socialista, che era tornato alla guida del Comune, portò nel 1905 all'allontanamento dei religiosi dall'ospedale. Con deliberazione del 20 maggio 1905<sup>34</sup> la Congregazione decideva di licenziare le suore che vi prestavano servizio. Tale deliberazione non portava alcuna variazione alla pianta organica, ma soltanto la sostituzione delle suore con personale laico, in quanto nel regolamento generale dell'ospedale del 1873 si affermava che «le suore rimanevano in servizio finché la Congregazione riteneva di avvalersi della loro opera».

Con deliberazione dell'11 luglio 1905<sup>35</sup>, la Congregazione, invece, soppresse dalla pianta organica del personale dell'ospedale «tutto il capitolo portante per titolo, servizio religioso, cioè i posti di rettore (cappellano) e di vice rettore». Dopo un anno da questa delibera, la Congregazione, nel luglio 1906, deliberò di far disimpegnare questo servizio da un sacerdote, approvato per la confessione, e da un sagrestano. I compiti del sacerdote rimanevano quelli stabiliti nel regolamento del servizio religioso del 1893, così come le mansioni del sagrestano, che erano disimpegnate dall'insergente più anziano dell'ospedale<sup>36</sup>.

Dal regolamento compilato nel 1906<sup>37</sup> risulta che in quell'anno nell'ospedale vi erano ancora quattro sezioni, cioè medicina, chirurgia, oculistica e ostetricia e ginecologia (quest'ultima era costituita dall'Opera pia Solia, dalla maternità consorziale e dal pio Ospizio dell'infanzia abbandonata, amministrato quest'ultimo dalla Congregazione per conto della Provincia). Ciascuna sezione era diretta da un primario e i

primari erano coadiuvati da 3 aiuti (medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia) e da 4 assistenti (uno per sezione). In ogni sezione potevano anche essere ammessi dei praticanti neolaureati col titolo di assistenti volontari.

Secondo tale regolamento la nomina dei primari avveniva in seguito a un concorso per soli titoli (mentre nel regolamento precedente, del 1896, avveniva per titoli ed esami), che venivano giudicati da una commissione sempre composta da professori universitari, i quali proponevano una terna di vincitori, tra i quali la Congregazione sceglieva il primario.

Anche gli aiuti (o comprimari) venivano nominati con concorso per titoli, giudicati da una commissione composta dal primario della sezione e da sanitari dell'ospedale. Per poter partecipare al concorso, i candidati dovevano avere un'anzianità di servizio ospedaliero di almeno 3 anni. Venivano nominati in prova per un biennio, trascorso il quale, con soddisfazione della Congregazione e sentito il parere del primario della sezione, venivano confermati in carica definitivamente fino al raggiungimento del 65° anno di età.

Gli assistenti, continuavano invece a venire nominati direttamente dalla Congregazione, sentito il parere dei primari, prestavano servizio nelle varie sezioni, a seconda delle disposizioni emanate dalla Congregazione stessa, e dovevano anche disimpegnare il servizio dentistico, generalmente limitato alle estrazioni dentarie.

Secondo tale regolamento gli ammalati non poveri ricoverati nelle diverse sezioni erano obbligati al pagamento delle tariffe stabilite dalla Congregazione, corrispondenti all'atto operatorio o alla cura medica. I proventi ricavati da tali prestazioni venivano distribuiti ai sanitari alla fine di ogni semestre nelle seguenti proporzioni: il 60% al primario, il 25% in parti uguali agli altri sanitari, il 5% alla levatrice e il restante all'ospedale.

Il personale di sorveglianza e subalterno dell'ospedale era costituito dall'ispettore, dalla levatrice, dalle caposale, dagli infermieri e dalle infermiere. L'ispettore, nominato anche secondo tale regolamento dalla Congregazione previo concor-

so, doveva risiedere nell'ospedale in un alloggio fornitogli gratuitamente e ottemperare alle disposizioni che lo riguardavano contenute nel regolamento e che, in linea di massima, erano sovrapponibili a quelle contenute nel precedente regolamento del 1896, già ricordate.

La levatrice, addetta alla sezione di ostetricia e ginecologia e agli istituti annessi, era invece nominata direttamente dalla Congregazione e, dopo un mese di prova, la sua nomina diventava definitiva. Durava in carica quattro anni, ma poteva sempre essere riconfermata. Oltre allo stipendio, aveva diritto al vitto e all'alloggio (situato in una camera della sezione) gratuiti. Doveva visitare le gestanti che chiedevano il ricovero per constatare la gravidanza e l'epoca. Erano sotto il suo controllo e responsabilità la distribuzione dei medicinali, i bagni, i semicupi, e l'esecuzione degli ordini dati dai sanitari durante le visite quotidiane, alle quali doveva assistere. Eseguiva personalmente le medicazioni delle lesioni vulvari e le irrigazioni. Assisteva ai parti urgenti e interveniva nelle operazioni ginecologiche «in quella misura che le veniva affidata dal primario». Non poteva avere clientela privata fuori dall'ospedale «né altro che le potesse far trascurare il suo servizio». Se le esigenze del servizio glielo concedevano, poteva «in via normale» uscire dall'ospedale due ore al giorno.

Le caposale (o maestre), che avevano sostituito le suore dopo il loro allontanamento dall'ospedale, venivano nominate direttamente dalla Congregazione. Dovevano risiedere nell'ospedale in alloggi loro destinati gratuitamente. Esse erano incaricate dal servizio delle sale di degenza, della cucina e del guardaroba. Quelle addette al servizio delle sale di degenza dovevano «sorvegliare il buon andamento di queste». Presiedevano alla distribuzione del vitto e dei medicinali, intervenivano alle visite dei sanitari e controllavano «se le loro prescrizioni venivano esattamente prestate dagli infermieri». Le caposala addette alla cucina dell'ospedale «provvedevano affinché nelle ore designate le vivande preparate con ogni cura fossero portate in ogni sala, per essere

distribuite agli ammalati secondo le diete prescritte dai sanitari». Le caposala presenti nell'ospedale nel 1906 erano complessivamente 6.

Gli infermieri e le infermiere erano nominate direttamente dall'amministrazione dell'ospedale e per essere accettate non dovevano avere oltrepassato i 30 anni gli infermieri e i 25 le infermiere. Nella nomina avevano la precedenza «quelli che dimostravano di aver frequentato lodevolmente la scuola infermieri». Erano accettate in prova per un periodo di due mesi, trascorsi i quali, «se avevano prestato servizio soddisfacente, la loro nomina diventava definitiva». Gli infermieri cessavano il servizio a 60 anni e le infermiere a 55. Le disposizioni che li riguardavano erano quelle contenute nel regolamento in vigore che, in linea di massima, era sovrapponibile a quello del 1896. Gli infermieri presenti nel 1906 erano 5 di prima categoria e 5 di seconda categoria; le infermiere, di categoria unica, erano 10.

Nel 1907, per l'atto di disonestà di un dipendente, il Monte di Pietà dell'ospedale, che ormai aveva alienate tutte le sue proprietà, venne a trovarsi in gravissime difficoltà finanziarie, al punto che, con Regno decreto del 12 dicembre di quello stesso anno, fu soppresso.

Nel 1909 la Congregazione deliberò la riassunzione nell'ospedale delle Suore di Carità, allontanate nel 1905, e con una convenzione<sup>38</sup> stabilì le loro attribuzioni. Ma «non essendo tale convenzione stata redatta in forma definitiva né inviata all'approvazione della Autorità tutoria», si dovette procedere nel 1912 alla sua regolarizzazione<sup>39</sup>. Secondo questa nuova convenzione, «la direzione generale delle Suore di Carità, con sede a Borgaro Torinese, si obbligava a dare all'ospedale di Alessandria 10 suore, che venivano incaricate del servizio interno dell'ospedale stesso e cioè della direzione e sorveglianza del servizio di cucina, guardaroba e lavanderia e della sorveglianza delle sezioni di medicina, chirurgia e oftalmologia. La Congregazione da parte sua si obbligava a corrispondere a cadauna suora uno stipendio, a provvederle di vitto, alloggio appropriato, vestiario di fatica e di assicurare contro gli infortuni le due suore adibite alla

lavanderia, mentre declinava ogni responsabilità per quanto poteva accadere alle altre suore nel disimpegno degli altri servizi».

Nel maggio 1910 la Congregazione istituì nell'ospedale uno speciale servizio per gli esami radioscopici e radiografici diretto dal primario chirurgo. Al servizio era, però, preposto un incaricato, coadiuvato da un elettricista, addetto al funzionamento e alla manutenzione dei macchinari. In caso di necessità poteva essere adibito al servizio anche un aiuto scelto fra quelli che prestavano servizio nell'ospedale. Gli esami erano eseguiti dall'incaricato del servizio; tuttavia potevano assistervi anche i sanitari dell'ospedale o quelli esterni, «ma nessuna ingerenza era loro consentita nelle relative operazioni». Erano ammessi a fruire del servizio gli ammalati poveri e abbienti sia ricoverati nell'ospedale che esterni, ma solo gli abbienti «avevano l'obbligo di corrispondere il prescritto compenso che, a seconda delle condizioni economiche del richiedente, poteva essere di volta in volta stabilito su proposta del dirigente del servizio e deciso dalla Congregazione». Il pagamento delle singole tariffe doveva essere fatto anticipatamente. Dei proventi ricavati, il 50% spettava ai sanitari addetti al servizio, che lo dividevano fra loro, sentito il parere del primario chirurgo. All'elettricista la Congregazione corrispondeva una retribuzione in ragione delle ore di servizio<sup>40</sup>.

Nel 1910, come si è già ricordato, l'ospedale infantile fu trasferito nell'Ospizio di mendicità di via Ghilini. Le Opere pie e i legati testamentari controllati dalla Congregazione erano diventati talmente numerosi che questa nel dicembre 1913 decise di sottoporre all'approvazione di legge una sua delibera, riguardante il riordinamento delle Opere pie nel seguente modo<sup>41</sup>: 1) lasciare alla Congregazione la sola amministrazione delle Opere pie elemosiniere Bolla, Doglioli, Inviziati-Bagliano, santa Maria del Soccorso, Rubini e i legati testamentari Boiti, Ghisolfi e Bo Carolina; 2) costituire in amministrazione autonoma le Opere pie ospedaliere, cioè l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, l'Opera pia Solia e

l'Opera pia degli incurabili; si voleva concentrare nelle Opere pie ospedaliere anche l'ospedaletto infantile, allora autonomo, ma, in seguito al rifiuto della sua amministrazione, venne tenuto fuori; 3) unire l'orfanotrofio maschile dell'ospedale («Pio ritiro degli orfani») all'orfanotrofio femminile (sorto con Regio decreto 1907 dalla fusione dell'orfanotrofio di santa Marta con il regio Ospizio di san Giuseppe); 4) passare a favore dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, con fusione del patrimonio, le Opere pie Griffa, Herrera, Lanzavecchia e Porrelli e i legati testamentari Feruffino, Guidotti, Moizi, Sappa, Scazzola e Roveda, nonché le Opere pie di beneficenza Grattarola e san Giovanni Decollato, a favore dei poveri infermi a domicilio.

Il raggruppamento dell'orfanotrofio maschile dell'ospedale con quello femminile fu approvato con Regio decreto 23 agosto 1914<sup>42</sup>. Le Opere pie elemosiniere, che erano già amministrate dalla Congregazione, continuarono a esserlo, fatta eccezione per l'Opera pia di san Giovanni Decollato. Il distacco delle Opere pie ospedaliere (Ospedale dei santi Antonio e Biagio, Opera pia Solia e Opera pia degli incurabili) fu approvato con Regio decreto del 30 agosto 1914<sup>43</sup>, con il quale venne stabilito che «l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, l'Opera pia Solia e l'Opera pia degli incurabili venivano distaccati dalla Congregazione e raggruppati sotto un'amministrazione autonoma; il patrimonio dell'Opera pia san Giovanni Decollato era trasferito a favore del locale Ospedale dei santi Antonio e Biagio, tenuto fermo a carico di quest'ultimo l'onere eventuale per il mantenimento degli inabili al lavoro. Ognuna delle Opere pie raggruppate nelle Opere pie ospedaliere di Alessandria continuava a tenere separate le attività e le passività del proprio patrimonio.

Nel 1913 Teresio Borsalino donò all'ospedale di Alessandria un milione di lire per onorare la memoria del suo genitore Giuseppe, allo scopo di istituire in esso uno speciale reparto per tubercolotici poveri, chiamato "Fondazione Borsalino". Oltre a questo reparto, vi erano nell'ospedale anche dei letti «a cura gratuita», istituiti da benefattori per malati po-

veri di alcuni comuni (1 di Gamalero, 1 di Quattordio, 1 di Felizzano, 2 di Oviglio, 1 di Lu, 1 di Borgoratto e 2 di Solero). Esisteva, inoltre, un certo numero di letti a disposizione di benefattori, che si erano riservati per se stessi e per i loro discendenti il diritto di patronato.

Nel luglio 1917 il Consiglio di amministrazione dell'ospedale approvò il testo definitivo del regolamento generale sanitario, compilato nel 1913 e modificato dal Comitato provinciale nel 1914 e dal decreto luogo tenenziale del 1917. Secondo tale regolamento (il più importante dopo quello del 1873), i diversi servizi dell'ospedale erano controllati da un direttore sanitario di nuova istituzione. Tale carica fu affidata dal Consiglio di amministrazione al più anziano di servizio fra i primari o i dirigenti di servizi speciali. Il direttore sanitario era coordinato da un ispettore, che era alle sue immediate dipendenze.

Da questo regolamento risulta che il servizio sanitario dell'ospedale comprendeva allora 3 sezioni (medicina, chirurgia e ostetricia e ginecologia); 2 sale di specialità (oculistica e celtica); 3 gabinetti specialistici (dentistico; per le indagini chimiche microscopiche di interesse clinico e igienico; per le osservazioni radioscopiche e radiografiche); 1 servizio di accettazione e di guardia medica permanente; 1 farmacia.

Ciascuna sezione medica e chirurgica era divisa in un comparto maschile e femminile. Ad ogni sezione era preposto un primario e ad ogni sala di specialità e ad ogni gabinetto, un dirigente. Questi erano coadiuvati dai viceprimari (aiuti) e dagli assistenti. Il personale sanitario ausiliario era costituito dall'ispettore, dalle sorveglianti, dagli infermieri e dalle infermiere e dalle suore. Le sorveglianti (ruolo di nuova istituzione) erano preposte alle infermiere e alle inservienti, mentre agli infermieri e agli inservienti era preposto l'ispettore.

Dalla pianta organica allegata al regolamento del 1917 il personale sanitario dell'ospedale risultava così distribuito: alla direzione sanitaria 1 direttore e 1 ispettore; all'accetta-

zione e guardia medica 2 medici chirurghi interni; in ciascuna delle sezioni di medicina, di chirurgia, ostetricia e ginecologia 1 primario, 1 viceprimario e 1 assistente; nella sala di oculistica 1 dirigente e 1 assistente; nella sala celtica 1 dirigente e 1 assistente; nel gabinetto di chimica e microscopia clinica 1 dirigente; nel gabinetto radiologico 1 dirigente; nel gabinetto dentistico 1 dentista. Nella farmacia 1 direttore (o farmacista capo), 1 farmacista aggiunto, 2 commessi, 1 scrivano e 2 inservienti. Il personale sanitario ausiliario era ripartito nel seguente modo: nelle sezioni dell'ospedale 5 infermieri di prima categoria, 5 infermieri di seconda categoria, 8 infermiere di categoria unica, 4 suore; nell'Opera pia Solia 3 infermiere e 1 levatrice; nell'Opera pia degli incurabili 1 caposala, 3 infermiere; nella fondazione Borsalino 1 suora e 2 infermiere; nella sala celtica 2 infermiere e 2 infermieri. Pertanto il personale sanitario ammontava complessivamente a 23 unità e quello sanitario ausiliario a 30 infermieri (di cui 18 infermiere e 12 infermieri), 5 suore, 1 levatrice e 1 caposala.

I posti letto dell'ospedale ammontavano complessivamente a 289 ed erano così distribuiti. Ospedale: medicina 57 (34 per gli uomini e 23 per le donne); chirurgia 71 (37 per gli uomini e 34 per le donne); oculistica 24 (10 per gli uomini e 14 per le donne); tubercolosario 24 (10 per gli uomini e 14 per le donne); camere a pagamento ospedale 11 (3 di prima categoria e 8 di seconda); Opera pia Solia 29 (17 di ginecologia e 12 di ostetricia) e 5 in camere a pagamento (1 di prima categoria e 4 di seconda); Opera pia degli incurabili 66 (31 per gli uomini e 35 per le donne).

I primari e i dirigenti venivano assunti per mezzo di concorso pubblico per titoli ed esami. La commissione, nominata dal Consiglio di amministrazione, era composta da due professori universitari e da due primari di un altro ospedale, mentre prima era composta solo da professori universitari. I primari acquistavano la stabilità dopo due anni di prova, mentre per i dirigenti la carica era provvisoria e durava 10 anni, ma con possibilità di conferma.

Il concorso ai posti di viceprimario era invece interno (fatta eccezione per i casi in cui fra i sanitari interni non vi fossero candidati con il requisito richiesto, cioè aver prestato un servizio ospedaliero di almeno quattro anni di assistente, oppure possedere titoli equipollenti a giudizio della commissione giudicatrice) e la commissione era composta dai sanitari dell'ospedale. I viceprimari duravano in carica per 10 anni, con possibilità di essere riconfermati. I posti di assistente, di medico interno e di levatrice erano conferiti in seguito a concorso pubblico per titoli ed esame oppure solo per titoli, a giudizio del Consiglio di amministrazione. La commissione era composta dai sanitari dell'ospedale. La carica era temporanea e durava 4 anni per gli assistenti, 2 per i medici chirurghi interni e 3 per le levatrici però tutti potevano essere riconfermati.

La nomina delle sorveglianti, degli infermieri e delle infermiere aveva luogo in seguito ad esame, al quale venivano ammessi solo coloro che avevano prestato servizio per almeno un anno e fra questi venivano preferiti quelli che avevano frequentato con profitto una scuola per infermieri. Le infermiere dovevano essere nubili o vedove senza prole e conservarsi tali. Gli infermieri potevano rimanere in servizio fino al compimento del 60° anno di età e le infermiere fino al 55°. Con il regolamento del 1917 venne anche disposta l'iscrizione alla Cassa di previdenza per la pensione dei sanitari e del personale sanitario ausiliario, secondo le norme prescritte dalla legge 2 dicembre 1909. I sanitari, oltre allo stipendio, percepivano le compartecipazioni sulle prestazioni a pagamento da loro effettuate, che variavano percentualmente in rapporto alle rispettive qualifiche.

I primari, i dirigenti e il farmacista capo, che componevano il Collegio dei primari e dei dirigenti, furono investiti di parere consultivo in tutte le questioni igienico-sanitarie relative ai servizi di cura, nonché a quelle di ordine scientifico. La direzione della biblioteca medica venne affidata al direttore sanitario. I sanitari dell'ospedale dovevano effettuare due visite al giorno ai malati ricoverati: una al mattino alle 8 e l'al-

tra vespertina non oltre le 17. L'accettazione dei malati, salvo casi d'urgenza, era limitata dalle 8 alle 11 del mattino e veniva generalmente fatta dai viceprimari e dagli assistenti di guardia. Il servizio di guardia diurno era disimpegnato a turno dai due medici chirurghi interni (che risiedevano nell'ospedale), coadiuvati dai viceprimari e dagli assistenti di turno mentre quello notturno era disimpegnato alternativamente dai due medici chirurghi interni e da un viceprimario.

Con il regolamento del 1917 venne anche stabilito che al letto di ogni infermo fosse appesa «una tabelletta» (in cui veniva segnato il giorno di ingresso, la dieta e la termometria) e «un bollettino», recante le generalità del malato, la nota degli effetti personali da lui depositati al momento del ricovero e la storia clinica fino all'epoca della dimissione o della morte. Alla dimissione o alla morte del ricoverato il bollettino veniva firmato e conservato dal primario o dal dirigente e serviva «per la formazione delle relazioni mediche annuali sull'andamento del servizio da presentare al direttore sanitario». Il primario o il dirigente, «salvo casi di dichiarata urgenza, prima di eseguire un'operazione chirurgica, doveva provvedere a che il paziente, se maggiorenne e capace, dichiarasse di assentire. Se il paziente era minorenni, interdetto o inabilitato, il primario o il dirigente doveva invitare il padre, la madre o il tutore a rilasciare il consenso».

Col regolamento dell'ospedale del 1924<sup>44</sup> l'incarico della direzione sanitaria venne affidato a turno biennale ai primari, secondo l'ordine di anzianità di servizio. Il direttore sanitario, oltre a svolgere i compiti relativi alla sua carica stabiliti dal regolamento, partecipava alle sedute del Consiglio di amministrazione con voto consultivo durante la trattazione degli oggetti di ordine sanitario o relativi al personale.

Questo regolamento stabiliva anche che la visita mattutina ai ricoverati doveva essere fatta dal primario o dal dirigente della sala specialistica, mentre quella pomeridiana poteva essere effettuata anche dal viceprimario o dall'assistente. Il gabinetto radiologico venne affidato ad un sanitario, scelto dal Consiglio di amministrazione al di fuori del personale sani-

tario ospedaliero e considerato ad ogni effetto dirigente. La direzione della biblioteca medica venne nuovamente affidata ad un assistente, anziché al direttore sanitario, come nel precedente regolamento.

Con il regolamento del 1924 venne ancora cambiato il sistema di assunzione dei sanitari e del personale ausiliario. I primari, i viceprimari, gli assistenti e i farmacisti venivano assunti attraverso un concorso pubblico per titoli ed esami; i dirigenti di sale di specialità, la levatrice e il personale ausiliario per concorso pubblico a titoli, direttamente dall'amministrazione i dirigenti dei gabinetti. I posti di viceprimario e di direttore della farmacia potevano, però, essere conferiti dall'amministrazione anche per promozione dal posto immediatamente inferiore, «a insindacabile giudizio», purché i candidati avessero i requisiti richiesti per il conferimento del posto.

Con questo regolamento venne modificata anche la commissione per il concorso al posto di primario, che era composta da un professore universitario (anziché due) e da due primari di ospedale di importanza non inferiore a quello di Alessandria. Per il posto di viceprimario ed assistente la commissione comprendeva il primario di un altro ospedale e il primario della sezione. Per il farmacista, un professore universitario di chimica farmaceutica, il direttore sanitario e il presidente dell'ordine dei farmacisti della provincia. Per la levatrice, il direttore sanitario, il primario della sezione di ostetricia e ginecologia e un sanitario scelto anche fra il personale ospedaliero. Per gli ausiliari, il presidente del Consiglio di amministrazione, il direttore sanitario e un primario dell'ospedale scelto dal Collegio dei primari. La nomina dei sanitari e della levatrice aveva sempre carattere temporaneo ed anche la continuazione del servizio non poteva mai dare luogo all'acquisizione della stabilità. I primari e i dirigenti di sala di specialità duravano in carica per 10 anni, i dirigenti di ambulatori di specialità per 2 anni, i viceprimari per 6 anni, gli assistenti e il farmacista per 2 anni, la levatrice per 4 anni e gli ausiliari per 1 anno. Per tutti quelli che avevano

una carica di durata superiore ai 2 anni il periodo di prova era di 2 anni. Le conferme successive erano sempre della durata della prima nomina. I primari e i viceprimari non potevano avere più di una riconferma, mentre gli assistenti potevano avere più di 2 riconferme.

Fin dalla fondazione dello Spedal Grande (metà del 1500) i funerali dei ricoverati deceduti in ospedale erano sempre stati celebrati nella chiesa dell'ospedale, senza che dai parroci della città venissero sollevate eccezioni di sorta. Ma nel 1790, quando l'ospedale passò nella sua sede attuale, compresa nella giurisdizione della parrocchia di santa Maria di Castello, «il parroco di questa parrocchia, ritenendo che la nuova situazione potesse far cadere questo privilegio, insorse con formale impugnativa e il re di Sardegna commise al reggente il Reale Consiglio di Alessandria di tentare un amichevole componimento della vertenza, che riuscì ad attuare stipulando una convenzione redatta con rogito notarile del 30 agosto 1790, in base alla quale si confermò il diritto dell'ospedale di provvedere ai funerali dei ricoverati deceduti anche nella nuova sede». I proventi dei funerali erano in parte devoluti a favore dell'ospedale per il mantenimento e cura degli infermi poveri e in parte erano corrisposti al cappellano, per integrare il modesto stipendio stabilito dall'amministrazione. Nel caso in cui il moribondo o i suoi parenti avessero chiesto che i funerali fossero celebrati nella parrocchia alla quale apparteneva il defunto, la Curia rilasciava il nulla osta per il funerale in parrocchia, con l'obbligo, però, di versare un corrispettivo a favore dell'ospedale. Nel 1925 l'ospedale assunse direttamente il servizio per i funerali dei ricoverati che vi decedevano<sup>45</sup>.

Nel 1930 l'amministrazione dell'ospedale deliberò la fusione dell'Opera pia Solia con l'ospedale, ma questa delibera, pur avendo avuto l'approvazione degli organi di controllo comunale e provinciale, venne respinta dal Ministero dell'Interno perché «mancava nelle due istituzioni quell'identità di fini necessaria per poter fare luogo alla fusione», che venne però rimandata solo di un anno<sup>46</sup>.

Nel 1931 venne compilato un nuovo regolamento, che riguardava solo la costituzione del Consiglio di amministrazione dell'ospedale (del quale si è già parlato), e le modalità per il ricovero degli ammalati in ospedale<sup>47</sup>.

Secondo tale regolamento, nell'ospedale venivano accolti gratuitamente solo gli ammalati di ambo i sessi, aventi domicilio di soccorso nel Comune di Alessandria, di età superiore ai 12 anni (perché quelli di età inferiore ai 12 anni venivano ricoverati nell'ospedale infantile); i tubercolosi poveri, da ricoverarsi nell'apposito e separato Reparto Borsalino, con preferenza ai cappellai addetti a fabbriche locali; gli ammalati poveri di altri comuni che, per speciale fondazione, avevano diritto a fruire della degenza gratuita. Era necessaria, per la cura gratuita, che gli infermi poveri non avessero avuto congiunti tenuti per legge a provvedere alla loro sorte ed in grado di poterlo fare. Nell'ospedale potevano essere ricoverati anche ammalati non poveri, dietro il pagamento della retta determinata dall'amministrazione. Non potevano essere ricoverati gli ammalati cronici, ad eccezione dei casi in cui la malattia fosse stata in fase di acutizzazione e limitatamente alla durata di questa; gli ammalati affetti da malattia infettiva a carattere contagioso e diffusivo (erano esclusi da questo divieto quelli affetti da malattie veneree e da tubercolosi nelle varie manifestazioni, perché nell'ospedale vi erano appositi reparti isolati per ricoverarli).

Nel luglio 1933 venne deliberato dal presidente di elevare il servizio dermosifilopatico a sezione (che venne aperta nel 1934) e di affidarne la direzione ad un primario, che doveva anche dirigere la sala celtica e il dispensario antivenereo, in conformità agli impegni assunti col comune di Alessandria. I locali per sistemare la nuova sezione, che disponeva di 21 posti letto, furono ricavati adattando un corpo di fabbricato già esistente e solo parzialmente utilizzato<sup>48</sup>.

Il diritto dell'ospedale di provvedere ai funerali dei ricoverati che vi decedevano venne rispettato fino all'11 febbraio 1933, quando il parroco del Duomo di Alessandria ritenne di

poter impedire l'esercizio di tale diritto nei confronti di un suo parrocchiano deceduto nell'ospedale. Da allora iniziò una vertenza fra l'ospedale e i parroci di Alessandria, che volevano revocare la prassi fino allora seguita e chiedevano che i funerali dei ricoverati deceduti nell'ospedale si effettuassero di regola nella parrocchia alla quale apparteneva il defunto, a meno che il moribondo o i parenti chiedessero esplicitamente che si celebrassero in ospedale.

La controversia si protrasse per alcuni anni, finché nel 1935 si addivenne ad una transazione e fu stipulata una convenzione secondo la quale «al cappellano dell'ospedale era riconosciuta la facoltà di amministrare i sacramenti (salvo la celebrazione di matrimoni e l'esecuzione dei funerali), fatta però eccezione per i funerali di 4° classe (dei poveri), che continuarono ad essere di sua esclusiva competenza». I funerali dei ricoverati defunti nell'ospedale avvenivano pertanto nella parrocchia alla quale il defunto apparteneva, il cui parroco veniva informato del decesso dal cappellano dell'ospedale. Nel caso in cui i parenti chiedessero che i funerali fossero celebrati dal cappellano dell'ospedale, al parroco del defunto doveva essere corrisposta la metà degli emolumenti, dedotte le spese<sup>49</sup>.

Nel 1935 vennero ristrutturati alcuni locali dell'ospedale, lontani dagli altri reparti e in una zona isolata, per sistemarvi il gabinetto radiologico. Si creavano a questo scopo due gruppi di locali attigui, il primo destinato alle visite, il secondo al ricovero degli ammalati che dovevano essere sottoposti a terapie radianti. Il gabinetto era fornito di apparecchi per la diagnostica, fissi e trasportabili, e di apparecchi per la terapia, tutti dotati dei mezzi di protezione previsti dalle leggi vigenti: per esempio il radium era contenuto in tre scatole di piombo, di sufficiente spessore, sistemate in una cassaforte a pareti di piombo<sup>50</sup>.

Nel 1938 venne trasferito nell'ospedale il Centro provinciale di diagnosi e cura dei tumori, che si trovava presso la locale sezione della Lega contro i tumori. Prima dell'apertura di questo Centro, nel 1937, era stato costituito nell'ospedale

un Consorzio ad attività anticancerosa di cui facevano parte l'amministrazione provinciale ed i maggiori comuni dell'alesandrino, allo scopo di dare univocità di indirizzo a questa attività su tutto il territorio provinciale e di fornire i mezzi finanziari necessari per tradurre in pratica la lotta contro i tumori. L'amministrazione del Consorzio era presieduta dal preside della provincia ed aveva come consiglieri il presidente dell'ospedale di Alessandria e i podestà di Alessandria, Casale, Novi Ligure, Tortona, Acqui, Valenza e Ovada<sup>51</sup>. Nel 1939 fu istituito il Comitato provinciale per i donatori di sangue, con sede presso la direzione sanitaria dell'ospedale di Alessandria.

Nel 1940 entrò in funzione un nuovo regolamento organico dell'ospedale, uniformato a quanto previsto dal Regio decreto 30 settembre 1938<sup>52</sup>. Da tale regolamento risulta che l'ospedale, che nel 1939 era stato classificato ospedale provinciale, disponeva di 435 posti letto e delle seguenti unità funzionali: una divisione di medicina con 65 posti letto, composta da due sezioni, una maschile con 38 posti letto e una femminile con 27 posti letto, integrate da una sala per cronici con 90 posti letto (50 per gli uomini e 40 per le donne), e da una sala per tubercolosi con 15 posti letto (7 per gli uomini e 8 per le donne); una divisione di chirurgia con 102 posti letto, composta da due sezioni, una maschile e l'altra femminile con 51 posti letto ciascuna; una divisione di ostetricia e ginecologia con 50 posti letto, composta da due sezioni, una di ostetricia con 30 posti, e una di ginecologia con 20 posti letto; una sezione di oftalmia (oculistica), con 21 posti letto (12 per gli uomini e 9 per le donne); una sezione di otiatria (otorinolaringoiatria) con 23 posti letto (11 per gli uomini e 12 per le donne); una sezione dermosifilopatica, con 39 posti letto (22 per gli uomini e 17 per le donne); un istituto di radiologia, che disponeva anche di 10 posti letto per gli ammalati da sottoporre a radioterapia; un istituto di anatomia patologica e di indagini cliniche (laboratorio); un gabinetto odontoiatrico; una farmacia; un reparto paganti con 20 posti letto<sup>53</sup>.

Le divisioni, le sezioni e gli istituti erano diretti da un primario (8 complessivamente), il gabinetto dentistico, invece, da un dirigente. La direzione sanitaria era affidata ad uno dei primari. Al primario anatomo-patologo, oltre alla direzione del laboratorio, era affidato anche il compito delle esecuzioni dei riscontri diagnostici sui cadaveri dell'ospedale (autopsie). Il laboratorio, che era unico nell'ospedale, essendo stati aboliti tutti i laboratori presenti nelle varie divisioni, doveva provvedere non solo alle varie richieste delle divisioni ospedaliere, ma anche a quelle del pubblico.

Gli aiuti ospedalieri erano 6: 2 per la medicina; 2 per la chirurgia; 1 per l'ostetricia e ginecologia; 1 per la radiologia. Gli assistenti, invece, erano 9: 2 per la medicina; 3 per la chirurgia; 1 per l'ostetricia e la ginecologia; 1 per la dermosifilopatica; 1 per l'oculistica; 1 per l'otoiatria. Gli aiuti e gli assistenti, oltre alle proprie mansioni, erano tenuti al servizio di guardia di pronto soccorso e di accettazione dei malati, nonché all'adempimento di altri incarichi, in conformità alle disposizioni impartite dal direttore sanitario. Il personale addetto alla farmacia dell'ospedale era composto dal direttore della farmacia, dal vicedirettore, dall'aiuto farmacista, dall'applicato, dal commesso e da tre inservienti. Le ostetriche erano due, di cui una era ostetrica capo.

Il personale sanitario ausiliario era composto da 3 caposala, 53 infermieri (14 infermieri, 19 infermiere e 20 infermiere interne). Le suore erano 20 ed erano addette alle divisioni, alla sala operatoria, alla cucina, al guardaroba e alla lavanderia. Le suore addette ai servizi sanitari dovevano essere fornite del diploma di infermiera. Al servizio religioso era addetto 1 cappellano. Il personale subalterno, che coadiuvava il personale sanitario ausiliario, era composto da 33 inservienti.

Il personale ospedaliero veniva assunto per chiamata o per concorso, secondo le norme contenute nel Regio decreto 30 settembre 1938. I sanitari venivano assunti attraverso concorso pubblico per titoli ed esame. La commissione esaminatrice dei concorsi al posto di primario era

composta dal presidente dell'amministrazione ospedaliera, da un medico appartenente ai ruoli della sanità pubblica designato dal prefetto, da un professore universitario, di ruolo o fuori ruolo, e da due primari ospedalieri (tutti e tre specialisti della materia relativa al posto messo a concorso) e da un segretario appartenente all'amministrazione pubblica. Le commissioni esaminatrici dei concorsi al posto di aiuti e di assistenti erano composte dagli stessi membri della commissione per il concorso da primario, ma nel concorso per assistente, al posto del medico della sanità pubblica, c'era un sanitario designato dall'Ordine provinciale dei medici. I concorsi del personale sanitario ausiliario venivano invece espletati secondo le norme del regolamento ospedaliero del 1924 già ricordato.

Nel 1940 entrò in funzione anche un nuovo regolamento per gli ambulatori<sup>54</sup>, dal quale risulta che gli ambulatori allora presenti in ospedale erano sette: medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermosifilopatia e odontoiatria. Il servizio di ciascun ambulatorio era diretto dai primari, che affidavano il funzionamento agli aiuti e agli assistenti ma sotto la propria responsabilità. Il servizio infermieristico degli ambulatori era affidato a infermiere diplomate (una per ambulatorio) dirette da una caposala che controllava l'andamento generale degli ambulatori ed era responsabile del materiale in dotazione.

Nel 1941 i posti letto dell'ospedale erano complessivamente 345, così distribuiti: 65 nella divisione di medicina (38 nella sezione maschile e 27 in quella femminile); 102 in quella di chirurgia (51 nella sezione maschile e 51 in quella femminile); 50 in quella di ostetricia e ginecologia; 21 in quella di oculistica (12 uomini e 9 donne); 23 in quella di otorinolaringoiatria (11 uomini e 12 donne), 39 in quella di dermosifilopatia (22 uomini e 17 donne); 15 nella Fondazione Borsalino per tubercolosi (7 uomini e 8 donne); 20 nel reparto a pagamento.

Nel 1947, in attesa di poter dare un maggiore sviluppo alla neurologia con la creazione di una sezione, venne isti-

tuito nell'ospedale un ambulatorio neurologico, al quale potevano accedere tutti coloro che necessitavano di prestazioni relative a tale specialità<sup>55</sup>. Nel 1947 venne anche istituita una divisione di ortopedia e traumatologia. Prima di allora gli ammalati ortopedici e traumatologici, venivano ricoverati nella divisione di chirurgia. L'istituzione di questa divisione venne decisa dall'amministrazione per la cospicua presenza nella città e nella provincia di persone affette da esiti di ferite di guerra, infortunati civili e ammalati portatori di deformità congenite e acquisite, che necessitavano di questo tipo di prestazioni specialistiche<sup>56</sup>.

Nel 1948 venne ripristinato il servizio di cardiologia, sospeso per la distruzione degli apparecchi dovuta ai bombardamenti aerei avvenuti durante la guerra. Nel 1950 nella divisione di medicina venne istituito un centro cardiologico munito di attrezzature per la diagnosi e la cura delle malattie cardiovascolari. Tale centro faceva parte integrante della divisione di medicina ed era pertanto alla dipendenza del primario medico. In esso prestava la sua opera un Consulente cardiologo, coadiuvato da un assistente della divisione di medicina<sup>57</sup>. Nel 1952, in seguito ad accordi tra l'amministrazione dell'ospedale e il comune di Alessandria, fu contratto un mutuo con la Cassa di Risparmio di Alessandria per l'acquisto della Clinica privata Crespi di via Pacinotti, per sistemarvi i ricoverati dell'Opera pia incurabili che si trovavano nella «sala cronici» annessa alla divisione di medicina dell'ospedale. La clinica Crespi venne poi chiamata ospedale Patria, in memoria di Luigi Patria, uno dei benefattori dell'Opera pia incurabili<sup>58</sup>.

Nel 1954 venne istituita in via sperimentale nella divisione di chirurgia, una sezione di urologia, diretta da un aiuto di quella divisione. La necessità di tale istituzione era particolarmente sentita perché nel capoluogo non esisteva alcuna struttura che potesse provvedere alla cura di questo tipo di ammalati; perciò si ebbe subito un notevole flusso di persone che convinse l'amministrazione ad elevare nel 1955 la sezione a divisione<sup>59</sup>.

Nel 1955, dopo un lungo carteggio intercorso fra l'amministrazione dell'ospedale e il comune di Alessandria, vennero restituiti all'ospedale gli antichi vasi di farmacia allora conservati nella Pinacoteca comunale. Di tali vasi si incominciò a parlare in una delibera (ordinato) della Congregazione del 1675, nella quale si legge: «venne anche ordinato (deliberato) che il majordomo Romero compri li boccali et vasi et altri utensili ad uso della speciaria». Successivamente, in un inventario datato 1710 (ma che si riferiva al 1707) e in un altro datato 1718, si parla di vasi da mostarda, vasi rotondi, baratti, burattini, amole e boccali e del loro stato di conservazione, dimostrando che a quelle date erano già in uso da qualche tempo; perciò è molto verosimile che questi vasi siano databili fra la fine del 1600 e l'inizio del 1700.

Attraverso i documenti dell'Archivio storico dell'ospedale di Alessandria è stato possibile ricostruire una parte della storia recente di questi vasi. Nel 1869 si trovavano in un magazzino della farmacia e nel 1906 rischiavano di essere venduti alla Società Ceramica Richard Ginori, vendita che per fortuna non avvenne. Nel 1925 i 230 vasi rimasti vennero depositati presso la Pinacoteca comunale di Alessandria; nel 1933 l'ospedale ne ritirò 39 per decorare la farmacia ristrutturata. Nel 1955 l'ospedale ritirò i vasi rimasti nella Pinacoteca comunale, che si erano ridotti a 112, essendone spariti 79. Di quel corredo nel 1965 erano rimasti 132 vasi ed un coperchio; quindi ne erano andati perduti altri 19. Infatti l'ospedale avrebbe dovuto averne 151 (39 ritirati dalla Pinacoteca nel 1933 e 112 restituiti nel 1955) e non 132. I 132 vasi e un coperchio sono in maiolica con decorazioni su fondo e privi di marca. Una serie è composta da albarelli, brocche, bocce e grandi vasi, con un decoro a racemi azzurri e fiori dal centro giallo, distribuito su due fasce; nella fascia centrale compare una scritta a caratteri gotici, in nero o in manganese, indicante il nome del medicamento; sulle due fasce sono effigiati i santi Antonio e Biagio. Un'altra serie ha un decoro molto simile, ma i racemi sono più fitti e, al posto delle figure dei due santi, compaiono le iniziali dei loro no-

**mi.** Una terza serie presenta un decoro a baccellature azzurre su fondo bianco.

Questi vasi di farmacia presentano un tipo di decorazione piuttosto diffuso in quell'epoca in tutta l'Italia settentrionale, che non è caratteristica di una specifica manifattura, ma comune a diverse manifatture venete e liguri, specialmente savonesi<sup>60</sup>.

Nel 1955 venne istituito nell'ospedale il servizio di anestesiology e nel 1961 fu aperta la divisione di neurologia al posto del preesistente ambulatorio neurologico.

Le notizie riguardanti la parte strettamente sanitaria della storia dell'ospedale di Alessandria, cioè quella relativa alle malattie dei ricoverati e alle cure cui erano sottoposti, prevalentemente ricavate dalle tabelle di statistica sanitaria e dalle relazioni sanitarie, sono lacunose perché queste due fonti, oltre ad essere discontinue, iniziano solo a partire dal 1840 (cioè 50 anni dopo l'apertura di questo ospedale) e terminarono nel 1916; dopo di allora non ne vennero trovate altre così importanti. Ma tali lacune possono essere in parte colmate indirettamente anche attraverso i numerosi trattati di medicina di tutte le epoche, conservati presso la Biblioteca dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria, perché certamente consultati dai suoi medici per aggiornarsi e poter così applicare le più recenti scoperte nella cura dei malati ricoverati. La prima notizia di questo genere, trovata nell'archivio storico dell'ospedale, è quella risalente al 1813 che riguarda il ricovero in un locale dell'ospedale, separato dalle corsie destinate agli ammalati comuni, di persone che venivano raccolte per la città perché affette da tifo petecchiale, che si era propagato specialmente fra i poveri e maggiormente fra gli accattoni forestieri. Le notizie successive fino al 1840, riguardano solo il numero dei ricoverati e dei deceduti suddivisi per sesso, senza alcun riferimento alle malattie da cui erano affetti e alle cure che venivano loro praticate.

Nel 1821 entrarono nell'ospedale 449 ammalati (176 donne e 273 uomini) tra cui morirono 69 donne (con una

mortalità del 39,20%) e 60 uomini (con una mortalità del 21,97%). Nel 1831 entrarono 480 ammalati (227 donne e 253 uomini) e morirono 42 donne (con una mortalità del 18,50%) e 51 uomini (con una mortalità del 20,15%). A partire dal 1836 fino al 1840 si hanno solo i registri delle donne, dai quali risulta che nel 1836 ne furono ricoverate 232 e ne decedettero 54 (con una mortalità del 23,27%); nel 1838, 286 e ne decedettero 57 (con una mortalità del 19,93%); nel 1840, 303 e ne decedettero 51 (con una mortalità del 16,83%).

Dopo il 1840, anno in cui vennero adottate dall'ospedale le tabelle di statistica sanitaria, si incominciarono ad acquisire maggiori notizie anche sulla parte strettamente sanitaria dell'attività ospedaliera, poiché in esse sono contenuti, oltre ai dati riguardanti il numero dei ricoverati e dei deceduti, suddivisi per sesso, anche quelli relativi alle malattie (suddivise in mediche e chirurgiche) da cui erano affetti i ricoverati e alla loro età e professione. Mancano invece, come è ovvio, trattandosi di tabelle a carattere prevalentemente statistico, notizie sulle cure che venivano praticate ai ricoverati poiché esse sono contenute solo nelle relazioni sanitarie adottate dall'ospedale a partire dal 1908 in sostituzione delle tabelle di statistica sanitaria.

Prima di quell'anno però si possono ricavare indizi sulle cure praticate ai ricoverati sia pure in maniera approssimativa, anche dalle analisi degli inventari annuali della farmacia dell'ospedale. Siccome da questi risulta che i mutamenti nella dotazione dei medicinali erano quasi sempre scarsi si può supporre che fino ad allora poco fosse cambiato nella cura degli ammalati rispetto agli anni precedenti. Tale supposizione trova conferma anche nel fatto che, fino alla fine della prima metà del 1800, la teoria medica umorale, ancora radicata nell'ospedale di Alessandria come ovunque, continuava a fare stagnare il progresso medico.

Nonostante il perdurare di tale situazione sanitaria, con il passare degli anni, essendo migliorati i locali di degenza e l'assistenza ai malati, aumentarono anche i ricoveri e ac-

crebbe nella popolazione la fiducia nell'ospedale, che incominciava a non venire più considerato solo «come il luogo in cui si andava a morire», ma anche come il luogo in cui si veniva assistiti e curati con discrete possibilità di guarigione.

Infatti nel periodo 1832-1836 furono ricoverati 2.011 uomini (con una media annuale di 502) e 1.282 donne (con una media annuale di 320). Anche la percentuale dei decessi migliorò: negli uomini scese dal 15,02% all'11,06% e nelle donne dal 22,62% al 19,58%<sup>61</sup>.

Nel periodo antecedente l'adozione in ospedale delle tabelle sanitarie si sa da altre fonti<sup>62</sup> che i ricoverati erano quasi tutti residenti nella città di Alessandria o nei suoi sobborghi; che esercitavano i mestieri più umili (contadino, servitore, tessitrice, cappellaia, nettascarpe e fornaio), ma che erano anche alquanto numerosi i militari nati altrove e residenti nelle caserme della città; che la loro età era varia, anche se prevalevano le persone anziane. Va, però, tenuto presente che i dati relativi all'età, alla professione e addirittura al nome riportati nei registri non sono sempre esatti, perché non raramente gli ammalati venivano accettati anche se sprovvisti di qualsiasi fede o attestato di identità; anzi, sovente si trascrivevano nomi pronunciati in dialetto, perciò inesatti. Ciò non raramente creava difficoltà nel ritrovamento dei familiari o dell'identità del malato e, se questi decedeva, il mancato riconoscimento del cadavere portava l'ospedale anche a subire procedimenti giudiziari. Inoltre si sa che le malattie per le quali gli ammalati venivano ricoverati erano generalmente febbri di vario genere (gastrica, intermittente, reumatica), sinoche (febbri continue), ottalmie (dolori alle orecchie) e ischiadi (ischialgie). Come si vede, si tratta di una terminologia medica antica, impiegata nei secoli passati. Ma verso la prima metà del 1800 si incominciarono a diversificare i termini usati per definire le malattie, introducendo di nuovi, molti dei quali sono tuttora adottati, come erisipela, ernia, scarlattina, scorbuto, epatite, paralisi, angina e numerosi altri. Cosa analoga accadde anche per la defini-

zione delle cause di morte: nelle certificazioni si trova scritto «morto a seguito di decubito gangrenoso, di consunzione, di diarrea, di parto, di idropsia». Ciò sta a dimostrare che anche i medici dell'ospedale di Alessandria si andavano adeguando alla svolta decisiva della medicina iniziata verso la metà del 1800 grazie all'affermarsi del positivismo scientifico, che trasformò questa scienza da osservativa e descrittiva in una scienza sperimentale.

Il progresso medico verificatosi in questo periodo nell'ospedale di Alessandria è improntato anche dal cospicuo aumento dei medicinali in dotazione alla sua farmacia, come risulta dagli inventari che venivano effettuati annualmente.

La prima scoperta di grandissimo valore avvenuto nella medicina in questo periodo fu quella effettuata nel 1855 da Rudolph Virchow, che formulò in modo ampio e comprensivo il principio che «la cellula è l'elemento morfologico fondamentale di tutti i fenomeni vitali, sia nel sano come nell'ammalato e che da essa dipende ogni attività vitale».

Tale principio permise di stabilire perciò che le malattie dipendono da un'alterazione strutturale delle cellule dell'organismo. Decadde, così, dopo oltre due millenni, la teoria della «patologia umorale», ideata da Ippocrate e confermata da Galeno, e cedette il posto alla «patologia cellulare» di Virchow.

Attraverso lo studio delle alterazioni cellulari prodotte dagli agenti patogeni interni o esterni all'organismo si poté conoscere più a fondo l'essenza delle malattie, formulare una loro più precisa classificazione e anche conoscere i legami che si stabiliscono fra i farmaci e le cellule dell'organismo, e ciò consentì di praticare terapie più specifiche per ogni tipo di malattia, mentre fino allora tutte venivano curate indistintamente con i salassi, i diuretici, i purganti e i diaforetici, per eliminare gli umori eccedenti che si ritenevano responsabili dell'insorgenza di qualsiasi malattia.

Nello stesso periodo di tempo anche la lotta contro le malattie infettive (allora genericamente chiamate «pestilenze», se avevano un carattere endemico o epidemico), che per secoli

avevano flagellato l'umanità causando enormi perdite di vite umane, fu coronata dal più vivo successo, grazie alle scoperte effettuate in questo campo, che permisero di identificare la causa delle loro insorgenze in microorganismi vivi (che vennero chiamati bacilli o batteri), distinti da caratteristiche morfologiche diverse per ogni tipo di infezione. Strettamente collegata a questa scoperta fu la nascita dell'immunologia, che studia le condizioni di difesa dell'organismo contro i bacilli.

L'idea di un'immunità indotta artificialmente (sia pure priva di basi scientifiche, perché antecedente alla scoperta dei bacilli e basata unicamente sull'osservazione) permise di attuare con la vaccinazione una profilassi contro le infezioni. Dopo la scoperta dei bacilli vennero preparati per le diverse malattie infettive dei sieri dotati di proprietà curative. I vaccini e i sieri costituirono, quindi, i primi mezzi terapeutici usati per combattere le infezioni, seguiti dopo oltre un trentennio dai sulfamidici (1935) e dagli antibiotici (1940).

Come si è già ricordato, la scoperta della patogenesi delle malattie fatta da Virchow nel 1855 permise anche di classificarle in maniera più precisa rispetto alla classificazione allora esistente, secondo la quale erano distinte in mediche o interne e in chirurgiche o esterne, e di uniformare la terminologia usata per formulare la diagnosi e le cause dei decessi nei documenti ospedalieri.

L'ospedale di Alessandria, adeguandosi agli altri ospedali, adottò nel 1876 «un prospetto (tabella) nosocomico delle malattie mediche e di quelle a cui si attribuiscono i decessi»<sup>63</sup>, che sostituì l'elenco delle malattie riportato nelle tabelle delle statistiche sanitarie in cui erano distinte semplicemente in mediche e chirurgiche.

Secondo questo «prospetto nosocomico» le malattie erano suddivise nei seguenti otto gruppi, a loro volta suddivisi in sottogruppi a seconda della sede, della durata e delle caratteristiche: 1°) febbri; 2°) infiammazioni; 3°) malattie della pelle; 4°) profluvi (emorragie, diarrea, dissenteria, ecc.); 5°) ri-

tenzioni (anasarea, idrotorace, ascite, itterizia, ecc.); 6°) neuropatie; 7°) cachessie (tabe, tisi, tumori, ecc.); 8°) malattie organiche (aneurismi).

Verso la metà del 1800 si attuò anche la grande rivoluzione della chirurgia, che consentì a questa disciplina di compiere, nel giro di pochi anni, progressi superiori a quelli conseguiti nel corso di parecchi secoli. La chirurgia, che negli ultimi decenni del 1700 si era faticosamente portata a livello della medicina, durante il 1800 conquistò la preminenza, proponendo rimedi radicali per numerose affezioni fino allora ritenute incurabili. A tale straordinario progresso contribuirono non solo le più accurate conoscenze di anatomia normale e patologica, ma anche e soprattutto l'introduzione nella pratica chirurgica dell'anestesia, della disinfezione e del miglioramento dello strumentario chirurgico.

Nel campo dell'anestesia venne scoperto nel 1844 il protossido di azoto, il primo anestetico generale, al quale fecero seguito, nel 1846 l'etere solforico e nel 1857 il cloroformio. L'intervento chirurgico che, grazie alle scoperte anestesologiche, era stato liberato dal dolore, per essere reso più sicuro doveva essere liberato anche dal rischio delle infezioni, che erano la causa più frequente della mortalità operatoria. Nelle grandi amputazioni degli arti, che allora costituivano l'intervento più impegnativo, la mortalità operatoria, notevolmente elevata (nella guerra di trincea del 1854 l'amputazione della coscia era gravata da una mortalità del 90% che, nel 1859, durante la guerra di Napoleone III in Italia, scese all'85%), era dovuta principalmente alle infezioni contratte in ospedale. Le ragioni che avevano trasformato gli ospedali in fonti di infezioni erano molteplici e andavano dalle pessime condizioni igieniche in cui versavano i locali ospedalieri, alla pratica delle medicazioni, che venivano effettuate con strumenti e con materiale (le filacce, cioè fili che si sfilavano da un panno sporco cotto o stracciato) scarsamente pulito, allo stesso abbigliamento del chirurgo che, durante le operazioni, portava una giacca per lo più sporca da vecchia data di sangue e di pus, con appesi all'occhiello i fili di sutura: e, infine,

alla mancanza di disinfettanti veramente efficaci contro le infezioni.

Con l'affermarsi del concetto di infezione acquistò sempre maggior impulso lo studio per combatterle. In tutte le nazioni vi furono studiosi che si occuparono di questo problema e alcuni di essi trovarono dei disinfettanti anche prima di Joseph Lister, il chirurgo inglese cui la storia ufficiale riconobbe il merito della scoperta dell'antisepsi. Fra questi studiosi va ricordato anche l'italiano Enrico Bottini, clinico chirurgo dell'Università di Pavia, che nel 1866, un anno prima di Lister, usò l'acido fenico come disinfettante nella cura delle ferite infette. Il merito del Lister, però, non fu quello di aver trattato per primo (secondo la storia ufficiale) le ferite con l'acido fenico, ma quello di aver saputo evitare, con il metodo di disinfezione da lui ideato (nebulizzazione dell'ambiente con acido fenico), l'infezione delle ferite operatorie, distruggendo i batteri prima che dall'aria (ritenuto da Lister l'unico posto in cui vivevano) giungessero a contatto con i tessuti. Anche se la concezione originaria del Lister, secondo la quale i batteri provenivano solo dall'aria ambiente, non era completamente esatta, in pratica, però, credendo di combattere i batteri dell'aria, egli eliminava anche i germi presenti sulla cute dell'operando, sulle mani del chirurgo, sugli strumenti chirurgici, sul materiale di sutura e di medicazione, ottenendo così un'asepsi chimica mediante acido fenico<sup>64</sup>.

Questo metodo, però, dovette essere abbandonato, perché l'acido fenico si rivelò tossico sia per gli operatori che per gli operati; perciò venne sostituito con altre sostanze chimiche meno dannose. In seguito i chirurghi cercarono di dipendere il meno possibile dai disinfettanti, ricorrendo ad altri mezzi per precludere ai batteri il campo operatorio. Nacque così la sterilizzazione mediante il vapore degli strumenti chirurgici e del materiale operatorio e venne introdotto anche l'uso dei guanti di gomma sterili durante l'operazione. La tappa conclusiva nel percorso della lotta contro le infezioni chirurgiche fu l'entrata in funzione, verso la fine del 1800, delle

prime sale operatorie riservate solo agli interventi chirurgici; infatti, come si è già ricordato, prima di allora si operava nelle corsie o in qualsiasi altro locale dell'ospedale. In sala operatoria il chirurgo e gli assistenti incominciarono ad indossare camici e berretti sterili, mentre il personale infermieristico doveva adottare camici meticolosamente puliti. Nacque, così, la nuova chirurgia asettica, una delle più importanti conquiste del nostro tempo. La prima sala operatoria dell'ospedale di Alessandria fu costruita durante i lavori di ristrutturazione e ampliamento dell'ospedale stesso eseguiti tra il 1887 e il 1890.

Un altro sussidio di grande rilevanza offerto alla chirurgia in questo periodo fu il miglioramento tecnico dello strumentario chirurgico e in modo particolare delle pinze emostatiche, che consentirono di praticare un'emostasi più sicura, diminuendo così la mortalità operatoria per emorragia, che allora si aggirava sul 20%. In seguito all'introduzione dell'anestesia, dell'asepsi e dell'antisepsi e al miglioramento dello strumentario chirurgico si aprì l'era della chirurgia cavitaria, nella quale i chirurghi incominciarono ad aggredire anche gli organi contenuti nelle grandi cavità dell'organismo (addome, torace e cranio), mentre prima di allora si limitavano a praticare solo una chirurgia esterna, per curare la malattia dei tegumenti (cute e sottocutaneo), muscoli, ossa e articolazioni, perché di più facile attuazione, meno esposta al rischio di infezioni ed emorragie e nella quale anche il dolore operatorio era meno intenso e a volte controllabile dagli antidolorifici allora a disposizione.

Anche nel periodo che va dal 1840 al 1916 le notizie sullo stato della medicina e della chirurgia nell'ospedale di Alessandria, pur essendo più numerose, perché nell'Archivio storico di questo ospedale vi è una maggior quantità di materiale riguardante questo argomento (specialmente statistiche sanitarie e relazioni sanitarie), non sono tuttavia sufficienti per illustrarlo compiutamente (come si è già ricordato nella prefazione del presente libro le notizie contenute in questi documenti sono per lo più di carattere strettamente tecnico, trat-

tandosi di elenchi di malattie, di cure praticate oppure di elenchi di strumenti chirurgici o di operazioni chirurgiche effettuate che interessano più gli specialisti della materia che i comuni lettori, perciò si è deciso di scrivere questi elenchi con caratteri tipografici diversi per dar modo ai comuni lettori di stabilire più facilmente se leggerli o meno).

Nell'arco dei 76 anni presi in esame il numero degli ammalati ricoverati annualmente nell'ospedale aumentò gradualmente, passando dai 732 ricoverati del 1839 ai 1.097 del 1861, agli oltre 1.300 del 1913. Generalmente le variazioni annuali erano poco rilevanti, tranne che quando si verificano eventi particolari, come nel luglio-settembre 1854 quando, in seguito ad un'epidemia di colera scoppiata in città, furono ricoverati nell'ospedale 113 colerosi, oppure negli anni 1889, 90 e 91, in cui si ebbero ad Alessandria, come in tutte le altre città del regno, delle epidemie influenzali. Oltre a questi fatti, di ordine puramente sanitario, vi furono anche circostanze di ordine amministrativo, che portarono ad un aumento dei ricoverati, come avvenne nel 1887, quando vennero aperte nell'ospedale due nuove sale più ampie, più curate e più illuminate delle precedenti e fornite di tutti i mezzi igienici: per questo venne a cessare nella popolazione la diffidenza e l'avversione che nel passato avevano frenato il ricorso all'ospedale.

Un'altra circostanza di ordine amministrativo che portò ad un aumento dei ricoveri fu una nuova disposizione del regolamento interno per accrescere i posti disponibili, la quale stabiliva che, «quando un ammalato veniva riconosciuto cronico ed incurabile, doveva dopo tre mesi di degenza essere mandato senz'altro in famiglia o in un apposito ricovero». In seguito a questa disposizione (che però non venne sempre rispettata) si diminuì l'inconveniente di vedere numerosi letti occupati per anni ed anni dai cronici (la maggior parte dei quali paralitici). Il numero dei letti disponibili andava, perciò, man mano aumentando e i medici non erano più costretti a respingere ammalati riconosciuti bisognosi di urgenti soccorsi.

Dai rendiconti statistico-sanitari della sezione di medicina della seconda metà del 1800<sup>65</sup> risulta che il numero dei ricoverati era mediamente di circa 540 all'anno, con una netta prevalenza degli uomini, dovuta (secondo il medico che aveva compilato il rendiconto) al fatto che le donne, per motivi famigliari, ricorrevano all'ospedale solo quando erano spinte da gravi malattie. «Inoltre esse si trovavano anche meno degli uomini esposte a quelle svariate e molteplici cause che facilmente predispongono ad ammalarsi».

Le malattie rilevate con maggior frequenza in questo periodo furono quelle a carico degli apparati respiratorio e digerente, attribuite dai medici alla professione delle persone che ne erano affette, in massima parte addette ai lavori nei campi. «Trovandosi queste persone continuamente esposte alle correnti d'aria ed alle intemperie, più facili ne avvengono le repressioni dei sudori e consecutive affezioni degli organi respiratori. Tanto più che queste persone sono generalmente debilitate a causa dell'eccessiva fatica e quindi più facilmente preda delle cause malefiche che li circondano». Per quanto riguarda, invece, le malattie dell'apparato digerente «la causa principale è riposta nel fornimento imperfetto del cibo. Molte volte anche avariato, cui i contadini e i poveri sono circondati». A questi due gruppi di malattie seguivano quelle dell'apparato circolatorio, con massimo di frequenza nelle donne; venivano poi le malattie infettive, fra le quali figurava anche l'influenza; quelle dell'apparato locomotore, che andavano dal semplice reumatismo muscolare alla poliartrite, con tutte le sue complicazioni attribuite al clima umido e nebbioso del territorio alessandrino. Fra le malattie croniche (o incurabili), accanto alle forme più frequenti rappresentate dalla tubercolosi polmonare, dalle bronchiti croniche, dagli edemi, dagli enfisemi polmonari e dalle paralisi, incominciarono a comparire, verso la fine del 1800 quando vennero identificate, anche le malattie organiche del cuore e principalmente i vizi valvolari.

Il maggior numero di ricoverati era rappresentato dalle persone di età comprese fra i 13 e i 40 anni, «periodi della

vita in cui le persone vivono maggiormente negli opifici dove, per quanto siano scrupolosamente osservate le norme igieniche, non è possibile sfuggire alle numerose e molteplici cause di malattia». Dall'esame dei ricoverati considerati per professioni, si rileva che il numero maggiore era dato, per gli uomini, dai contadini, seguiti dai calzolai, dai muratori e dai manovali; invece, per le donne, dalle contadine, dalla donna di casa e dalle serve. Il numero elevato di contadini ricoverati era dovuto al fatto che la maggior parte dei ricoverati proveniva dai sobborghi, dove i contadini erano molto numerosi. Per quanto riguarda le serve, invece, si ritenne che il numero elevato dei ricoveri fosse dovuto al fatto che esse arrivavano in città da paesi più o meno lontani; perciò, in seguito al cambiamento di clima, di abitudini e di nutrimento, erano più predisposte ad ammalarsi.

Dall'esame delle giornate di degenza dei ricoverati risulta che le donne, pur essendo ricoverate in numero inferiore a quello degli uomini, consumavano una quantità superiore di giornate di degenza degli uomini: nel 1884 la media delle giornate di degenza era di 39 giorni per gli uomini e di 50 per le donne. Ciò veniva attribuito al fatto che le donne arrivavano generalmente in ospedale in uno stadio più avanzato di malattia e per questo dovevano fermarsi più a lungo.

Nella cura degli ammalati i medici dell'ospedale seguivano generalmente un metodo eclettico, ricorrendo, però, raramente a prescrizioni polifarmaceutiche e scegliendo medicinali la cui azione terapeutica non era in contestazione. Solo poche volte si avvalevano di farmaci nuovi. Nel 1884, per debellare la febbre, usarono l'antipirina, un nuovo alcaloide sintetico del gruppo dei derivati chinolinici, del quale studiarono anche l'azione terapeutica. Nelle malattie croniche si accontentavano di combattere i sintomi più salienti, lasciando per lo più che la natura agisse liberamente. La loro maggior cura era quella di rialzare il più possibile il morale degli infermi, onde rendere meno increscioso il loro soggiorno in ospedale e di alimentarli nella forma migliore. Infatti il regime dietetico

dell'ospedale di Alessandria, oltre ad essere ottimo dal punto di vista igienico, era anche quantitativamente superiore a quello che si distribuiva negli altri ospedali. Non si trascurava però di praticare a questi ammalati anche accertamenti, che per quel tempo erano avanzati, come gli esami microscopici eseguiti sugli sputi, sul sangue e sulle feci dei tubercolotici per la ricerca del bacillo di Koch.

In questo periodo la mortalità dei ricoverati nell'ospedale, oscillava fra il 22 e il 23%: media abbastanza elevata se confrontata con quella degli altri ospedali, ma che in parte poteva essere giustificata dal fatto che numerosi ricoverati erano deceduti dopo un lungo periodo di degenza, il che lascia credere che le malattie da cui erano affetti dovevano essere tali da considerarsi refrattaria a qualsiasi cura. La mortalità in rapporto al tipo di malattia era la seguente (incominciando da quelle che davano la mortalità più elevata): malattie dell'apparato cardiocircolatorio 43,3%; malattie del sistema nervoso 33%; malattie del fegato 30,1%; malattie dell'apparato urinario 25,5%; malattie dell'apparato respiratorio 25,5%; malattie dell'apparato digerente 16,9%; malattie dell'apparato genitale (forme mediche) 11,1%; malattie costituzionali 8,5%; malattie dell'apparato locomotore 1%.

Se consideriamo la mortalità in rapporto al sesso, quella femminile era più elevata di quella maschile perché, come si è già ricordato, solitamente le donne ricorrevano all'ospedale solo quando si trovavano in gravi condizioni «quando l'arte medica poco giovamento può loro apportare, per cui devono di necessità soccombere». L'età in cui la mortalità era più elevata era quella compresa fra i 50 e i 60 anni e ciò veniva attribuito al fatto che «la malattia, intaccando un organismo già psicologicamente deperito passa con più facilità allo stadio cronico e quindi alla morte» (va tenuto presente che allora la durata della vita media era molto più breve di quella attuale).

In questo periodo (seconda metà del 1800) era causa di aggravamento delle malattie, soprattutto, per gli abitanti dei sobborghi locali, la mancanza di adeguati mezzi di trasporto

e di piccoli ospedali periferici («ricoveri di salute»). Infatti, mentre in città generalmente gli ammalati venivano trasportati in ospedale dai facchini dell'ospedale stesso con i «letti portatili», quelli dei sobborghi venivano trasportati su carri scoperti, «nei quali un po' di paglia teneva il posto dei materassi, ed una coperta (quando c'era) ostentava di coprire il povero infermo il quale, se affetto da affezioni acute dell'apparato respiratorio (massime se in inverno) durante il tragitto di circa due ore e si aggravava e peggiorava le sue condizioni». A causa della mancanza di «ricoveri di salute» nei principali sobborghi, i poveri ammalati, «privi di ogni cura, lottavano lungamente nelle loro case con il male e solo dopo aver esaurito i loro tenuissimi mezzi chiedevano l'estremo soccorso in ospedale, il più delle volte inefficace, pagando così con la loro morte la mancanza di provvidenze nel sobborgo dove abitavano».

In alcune relazioni sanitarie riguardanti l'attività della sezione di medicina nel periodo che va dall'inizio del 1900 al 1917 (anno in cui cessa la compilazione di queste relazioni), sono contenute interessanti notizie sulle cure allora praticate in alcune malattie<sup>66</sup>. Anche in questo periodo (1900-1917) nella sezione di medicina le malattie rilevate con maggior frequenza erano quelle a carico dell'apparato respiratorio, seguite da quelle dell'apparato digerente e da quelle dell'apparato cardiocircolatorio.

La mortalità totale si manteneva sempre elevata, rispetto a quella delle sezioni mediche degli ospedali di altre città. Nella relazione medica di questa sezione dell'anno 1911 si legge che dal 1860 al 1911 la mortalità andava da un minimo del 15% a un massimo del 27%. Nel 1911, su 374 ammalati curati si ebbero 99 morti, cifra corrispondente a una mortalità del 26,47%. Le cause più frequenti di morte erano la tubercolosi polmonare (31 casi); la broncopolmonite (17 casi); le cardiopatie organiche (13 casi); le gastroenteriti (8 casi); la cirrosi epatica (8 casi).

La mortalità interessava in prevalenza gli ammalati cronici, ribelli ad ogni tipo di cura, che erano i più numerosi:

per questo la sezione diventava spesso un ricovero per incurabili che, oltre ad occupare per mesi e mesi i letti a danno di chi avrebbe avuto maggior diritto e bisogno di cura e di assistenza, intralciavano con la loro indisciplina la regolarità dei servizi. Oltre a questa causa, l'elevata mortalità nella sezione di medicina era dovuta alla presenza di numerosi moribondi, soprattutto cancerosi, «ricoverati per farli morire in ospedale». Anche per questo motivo il popolino non voleva andare in ospedale («dove si va per morire») e, quando qualcuno si ammalava, preferiva farsi curare a casa, seguendo molte volte i suggerimenti delle donnicciole, dei farmacisti o dei settimanini, perdendo così tempo prezioso per combattere la malattia all'inizio. Solo quando era moribondo i parenti lo convincevano a farsi ricoverare per non farlo morire a casa. I cancerosi in fase terminale provenivano sia da casa sia dalla sezione di chirurgia e di ginecologia, una volta dichiarati inoperabili.

Nella sezione di medicina, oltre alla mortalità, continuava ad essere elevata anche la durata media annua della degenza individuale, che nel 1911 raggiunse la cifra di 39,1 giornate. Tale media, secondo la relazione sanitaria di quell'anno, era una delle più alte sia in campo nazionale che internazionale. «All'estero, infatti, la media annua individuale di degenza oscillava da un minimo di 14,7 giorni in Romania ad un massimo di 36,6 in Norvegia. In Italia due sole regioni sorpassavano la media annua di degenza individuale della sezione di medicina dell'ospedale di Alessandria: la Basilicata, con 46,3 giornate e il Veneto con 44,4. La media più bassa era quella della Lombardia, con 26,4 giornate, mentre in Piemonte era di 32,7 giornate». Una così elevata media annua di degenza individuale nella sezione di medicina dell'ospedale di Alessandria era principalmente dovuta alla elevata presenza di ammalati cronici incurabili e di ammalati affetti da malattie a lungo decorso, come i tubercolotici, i cardiopatici e i cancerosi<sup>67</sup>.

Le prime notizie riguardanti la sezione di chirurgia dell'attuale ospedale sono quelle contenute nella tabella di statistica sanitaria del 1856, dalla quale risulta che gli ammalati

ricoverati in questa sezione erano stati complessivamente 381, di cui 283 uomini e 98 donne<sup>68</sup>.

Le malattie chirurgiche riportate in queste due statistiche relative al decennio 1856-1866 appartenevano al gruppo delle cosiddette «malattie esterne» della vecchia chirurgia, che comprendeva le malattie della cute, del sottocutaneo, dei muscoli delle ossa e delle articolazioni, e che erano quasi le sole che in quell'epoca venissero generalmente curate negli ospedali dai chirurghi. Queste malattie erano soprattutto rappresentate dalle lesioni traumatiche, dai processi infiammatori e dai tumori delle formazioni anatomiche sopraelencate, cioè le ferite, le contusioni, le distorsioni, le lussazioni e le fratture per quanto riguarda le lesioni traumatiche; l'erisipela, i foruncoli, gli ascessi, i flemmoni, i patercelli, le linfagiti e le linfoadeniti per quanto riguarda i processi infiammatori. Raramente curate erano invece le malattie degli organi interni (calcoli vescicali, uretriti, e ostacoli uretrali), mentre quelle degli organi endocavitari venivano curate, solo eccezionalmente. Con una relativa frequenza erano curate le malattie dell'orecchio (otalmie, otiti, mastoiditi); quelle dell'occhio (soprattutto le cataratte) e della bocca. Queste ultime malattie allora venivano curate dal chirurgo generale, perché non era ancora avvenuto il distacco delle branche specialistiche chirurgiche (otorinolaringoiatria, oculistica, ginecologia) dalla chirurgia generale.

Ma nella seconda metà del 1800, in seguito alla grande rivoluzione avvenuta nella chirurgia, che le consentì di compiere nel giro di pochi anni progressi superiori a quelli conseguiti nel corso di parecchi secoli, si poterono effettuare con successo operazioni che prima di allora le erano precluse dal pericolo di infezioni, di gravi emorragie e dall'intenso dolore operatorio e si accrebbe la fiducia degli ammalati nella chirurgia.

Come appare dalle relazioni sanitarie dei primi anni del 1900 e da quelle degli anni successivi, il progresso avvenuto nella chirurgia alla fine del 1800 fece sentire i suoi effetti anche nella sezione di chirurgia dell'ospedale di Ales-

sandria. Infatti dalla relazione sanitaria del 1902 risulta che in questa sezione erano state ricoverate durante l'anno 542 persone (389 uomini e 153 donne), quasi il doppio di quelle ricoverate 50 anni prima e si erano verificati 27 decessi (18 uomini e 8 donne), con una mortalità globale (comprensiva anche della mortalità operatoria non specificata) del 5,4%<sup>69</sup>.

L'aumento del numero degli interventi, verificatosi nel 1902, che aveva indotto «a portare i giorni settimanali dedicati alle operazioni da due a tre, aveva anche creato disagi, specialmente in sala operatoria, dove il personale sanitario e infermieristico, già insufficiente, era rimasto invariato». Il personale sanitario della sezione di chirurgia, allora composto dal primario, dall'aiuto e da due assistenti (uno dei quali era stato trasferito, senza essere sostituito, nel gabinetto micrografico), non era sufficiente per la sala operatoria, nella quale, oltre al primario che operava e all'aiuto, servivano due assistenti, «uno per somministrare il cloroformio per l'anestesia e per osservare continuamente l'ammalato durante l'intervento, l'altro per porgere all'operatore i ferri, i fili, gli aghi e le spugne per asciugare il campo operatorio, per controllare la rigorosa disinfezione del materiale che veniva usato durante l'intervento». Inoltre, per quanto riguarda il personale infermieristico, «dei tre infermieri addetti alla sezione uno solo era alfabeto ed esperto, mentre gli altri due erano brave persone, ma di intelligenza limitata, che si potevano usare come uomini di fatica e non da adibire alla sala operatoria», anche se il regolamento prevedeva che gli infermieri, per poter essere assunti, dovevano saper leggere, scrivere e far di conto.

Dall'esame dell'inventario degli strumenti chirurgici risulta che l'attrezzatura della sala operatoria della sezione di chirurgia poteva essere considerata per quell'epoca abbastanza buona, sia per quanto riguarda gli apparecchi sia che gli strumenti chirurgici, tenendo anche conto del fatto che il rinnovamento dell'armamento chirurgico delle sale operatorie in generale era iniziato solo da pochi decenni. In essa, infatti, si trovavano due tavoli operatori, l'apparecchio per l'aneste-

sia, gli apparecchi per la sterilizzazione, l'apparecchio per la galvanoplastica (precursore dell'attuale elettrobisturi) e l'aspiratore per i liquidi che si formano nel campo operatorio, ossia quasi tutti gli apparecchi che si trovano attualmente in una sala operatoria moderna<sup>70</sup>.

Per quanto riguarda gli strumenti chirurgici, di quell'epoca, gli esemplari che avevano delle parti in legno vennero poco alla volta eliminati, altri vennero modificati e altri, che erano i più numerosi, continuarono ad essere adoperati e sono tuttora in uso, mantenendo lo stesso nome e le stesse caratteristiche tecniche.

Nei primi decenni del 1900 anche nell'ospedale di Alessandria, analogamente a quanto avvenne negli altri ospedali, la chirurgia fece ulteriori importanti progressi, raggiungendo livelli che, dal punto di vista della tecnica operatoria, si mantennero pressoché invariati fino a non molti anni fa. Nella relazione sanitaria della sezione di chirurgia del 1913<sup>71</sup> si legge, infatti, che in quell'anno furono complessivamente ricoverate in questa sezione 811 persone (572 uomini e 239 donne) ed eseguiti 603 interventi chirurgici (senza tener conto degli interventi di chirurgia minore), circa tre volte di più di quelli eseguiti nel 1902, che erano stati 216<sup>72</sup>.

In quell'anno (1913) nella sezione di chirurgia, in cui furono ricoverate 811 persone ed effettuati 603 interventi, si ebbero 19 decessi: 9 uomini e 10 donne (tra i deceduti vi erano anche ammalati ricoverati in gravissime condizioni e quindi non operati), con una mortalità globale annua del 3,49% negli uomini, e del 4,14% nelle donne (la mortalità operatoria, nettamente inferiore, non è stata riportata nella relazione).

Dalle casistiche operatorie riportate, che vanno dal 1856 al 1913, appare chiara la progressiva evoluzione della chirurgia avvenuta nella sezione chirurgica dell'ospedale di Alessandria. Dal 1856 ad arrivare alla fine del 1800 in questa sezione si continuava a praticare quasi esclusivamente la cura delle cosiddette «malattie esterne», rappresentate prevalentemente

mente, come si è già ricordato, dalle affezioni traumatiche, infiammatorie e tumorali dei tegumenti dei muscoli, delle articolazioni e dello scheletro. In seguito si incominciarono a curare anche altre malattie ed in particolare le ernie addominali. Infatti, mentre nella relazione sanitaria del 1856 non risultano ricoverati casi di ernia addominale e in quella del 1866 solo due casi; in quella del 1902, invece, ne risultano 51, e in quella del 1913 ben 161. Le ernie addominali, e soprattutto quelle inguinali, sono malattie tanto frequenti da venire considerate da alcuni come malattie sociali. Note fino dall'antichità (le prime notizie di un certo interesse su queste affezioni ci sono state fornite da Celso nel I sec. a.C., che sembra le abbia apprese dalla Scuola medica di Alessandria d'Egitto, dove erano già note da secoli), hanno sempre costituito un problema dal punto di vista terapeutico, poiché le numerose tecniche operatorie proposte nel corso dei secoli per la loro cura radicale non hanno mai dato risultati soddisfacenti; perciò venivano generalmente curate con mezzi palliativi mediante i cinti erniari, mentre l'operazione veniva praticata solo in casi in cui insorgevano complicazioni, come lo strozzamento o l'intasamento erniario, che mettevano in pericolo la vita dell'ammalato.

Questo indirizzo nella cura delle ernie inguinali si mantenne valido fino alla fine del 1800, quando Edoardo Bassini mise a punto la sua operazione per la loro cura radicale. E. Bassini, pavese di nascita, si era formato alla Scuola chirurgica dell'Università di Pavia ed ottenne anche per un anno, per incarico, la cattedra di chirurgia di questa Università; poi passò come professore ordinario alla Clinica chirurgica dell'Università di Padova, dove nel 1884 effettuò per la prima volta questa sua operazione, che nel giro di alcuni anni, dopo aver ottenuto la fiducia di quasi tutti i chirurghi per la sua validità, divenne anche quella maggiormente praticata nel mondo per la cura delle ernie inguinali<sup>73</sup>.

Questa operazione, dopo alcuni anni dalla sua prima esecuzione, fu adottata anche nella sezione di chirurgia dell'ospedale di Alessandria e a questo proposito così scrisse

il primario della sezione nella sua relazione del 1902: «gli interventi sugli erniosi di ogni sesso e età sono i più numerosi e ciò è dovuto al successo che si ottiene con l'operazione radicale ideata dal Bassini, che libera gli ammalati dal cinto, che prima era la cura più usata per il trattamento delle ernie, perché le altre che sono state proposte non danno affidamento alcuno, essendo troppo spesso seguite da insuccesso».

Agli inizi del 1900 incominciarono dunque a venire effettuati nella sezione di chirurgia dell'ospedale di Alessandria i primi interventi sull'addome: nella relazione di questa sezione, compilata nel 1902, si legge infatti che in quell'anno furono eseguite «3 laparatomie semplici ed 1 omentopessia secondo Talma»; ma questo tipo di chirurgia cominciò a divenire routinaria solo dopo una decina d'anni. La chirurgia addominale, che viene fatta iniziare nel 1885, anno in cui il chirurgo austriaco Theodor Billroth eseguì con successo la prima resezione dello stomaco per cancro, incontrò delle difficoltà a diffondersi perché, nonostante l'introduzione in chirurgia dell'asepsi e dell'antisepsi, le operazioni continuarono ad essere gravate da numerosi insuccessi, legati soprattutto alle infezioni operatorie. Molto probabilmente fu per questo motivo se la chirurgia addominale tardò ad essere adottata nella sezione di chirurgia del nostro ospedale, dove incominciò a essere praticata con continuità a partire dal 1913. Infatti dalla relazione sanitaria di quell'anno risulta che in questa sezione vennero effettuate 17 operazioni di chirurgia addominale così ripartite: 5 laparotomie semplici; 5 appendicectomie; 2 gastroenteroanastomosi; 1 gastrectomia; 1 resezione intestinale; 1 ileocolonstomia; 1 resezione del fegato.

Nello stesso periodo vennero effettuate in questa sezione anche numerose operazioni sul collo, che allora erano considerate di avanguardia, poiché nel passato i chirurghi erano restii ad intervenire in questa regione del corpo, che, ritenevano pericolosa, essendo sede di importanti formazioni vascolari e nervose facilmente vulnerabili. Dalla casistica

operatoria riportata nella relazione sanitaria del 1913 risulta che in quell'anno nella sezione di chirurgia furono eseguiti sul collo i seguenti interventi: 3 tiroidectomie; 2 enucleazioni di noduli tiroidei; 1 strumectomia con tracheotomia per cancro; 5 asportazioni di adenite cervicale; 3 asportazioni di cisti congenite del collo; 1 resezione del muscolo stemocleidomastoideo per torcicollo; 5 tracheotomie; 10 incisioni di ascessi sopra e sottoiodei; 31 incisioni di adenoflemmoni del collo.

Dalla casistica del 1913 si rileva inoltre che le operazioni effettuate nella sezione di chirurgia interessavano ormai quasi tutte le formazioni anatomiche del corpo umano. Queste operazioni venivano eseguite quasi tutte dai primari, dotati come i chirurghi di quell'epoca di una preparazione plurispecialistica, che consentiva loro di affrontare qualsiasi tipo di intervento. Anche se il rischio operatorio era allora ancora rilevante, la mortalità operatoria si mantenne inferiore al 3%, una percentuale non trascurabile, se si tiene conto che in quell'epoca non esistevano ancora farmaci dotati di un'azione antibatterica diffusa a tutto l'organismo (come furono in seguito i sulfamidici e gli antibiotici), che mettessero al riparo dal pericolo delle infezioni in misura molto maggiore dei disinfettanti, che sono dotati di un'azione antibatterica limitata solo alle parti esterne dell'organismo.

Come si è già ricordato, a partire dal 1916 cessarono di essere compilate le relazioni sanitarie delle singole sezioni, e a queste subentrarono le relazioni annuali compilate dal direttore sanitario, che si limitavano però a riferire solo dati di carattere statistico riguardante i ricoverati (il numero degli entrati, degli usciti, dei rimasti, dei guariti, dei deceduti, delle giornate di degenza totali, dei singoli ricoverati, ecc.); perciò le notizie relative all'attività sanitaria delle singole sezioni sono state attinte a fonti indirette. Per quanto riguarda la chirurgia generale, nel 1921 venne compilata dall'amministrazione dell'ospedale una tabella delle «tasse delle operazioni chirurgiche», suddivise per categoria, che consente di conoscere, oltre al prezzo stabilito per ogni operazione, anche i

tipi di interventi che venivano effettuati nella sezione di chirurgia. Da questa tabella risulta che la chirurgia praticata in questa sezione era ulteriormente progredita: in essa, infatti, venivano effettuate operazioni particolarmente impegnative, quali l'esofagotomia; la splenectomia; la pancreatectomia; la nefrectomia; la prostatectomia; l'asportazione del ganglio di Gasser ed altre, impiegando tecniche che, con qualche piccola modifica, vengono quasi tutte ancora usate dagli attuali chirurghi. Il progresso della chirurgia nella sezione chirurgica dell'ospedale di Alessandria fu determinato non solo dalla buona dotazione di apparecchi e di strumenti chirurgici, ma anche e soprattutto, dalla validità dei chirurghi che vi prestarono la loro opera. Fra questi va ricordato in modo particolare il professor Giovanni Morone, che fu primario di questa sezione nel 1925 e nel 1926 e poi divenne titolare della cattedra di Clinica chirurgica dell'Università di Pavia ed uno dei più famosi Maestri della Scuola chirurgica di questa Università, la quale, per onorarne la memoria, diede il suo nome all'edificio dove ha attualmente sede la cattedra di Clinica chirurgica.

Per quanto riguarda l'attività delle altre sezioni dell'ospedale, dalla relazione sanitaria del 1898 relativa alla sezione di ostetricia e ginecologia (aperta nel 1896) risulta che in quell'anno furono ricoverate in questa sezione 18 pazienti in ginecologia e 3 in ostetricia; furono effettuate 14 operazioni ginecologiche (8 raschiamenti semplici; 2 raschio-amputazioni; 2 raschiamenti per epiteloma e 2 laparotomie) e si ebbero 3 parti nell'Opera pia Solia ed 1 in ostetricia; decedettero 2 puerpere ed 1 operata di laparotomia.

Dall'inventario effettuato nel 1906 nella sala operatoria di questa sezione risulta che essa aveva una dotazione di attrezzature più che sufficienti per gli interventi che allora vi venivano effettuati<sup>74</sup>.

Anche questa sezione, come le altre dell'ospedale, era in continua evoluzione. Nel 1913, infatti, furono ricoverate 414 donne (294 in ginecologia e 120 in ostetricia). In ginecologia vennero eseguite 184 operazioni per via vaginale, 42 per via

addominale e 68 cure varie; si verificarono 3 decessi, corrispondenti ad una mortalità dell'1,02%. In ostetricia furono ricoverate 120 donne (117 gravide e 3 puerpere) e avvennero 80 parti spontanei; 13 parti distocici; 16 parti provocati; 2 parti gemellari. Furono praticate 16 introduzioni di candele; 11 dilatazioni del collo dell'utero (9 digitali e 2 meccaniche); 4 tamponamenti vagino-uterini per placenta previa; 11 rotture artificiali delle membrane; 5 rivolgimenti fetali (1 esterno e 4 interni); 8 applicazioni di forcipe (7 nel sacro e 1 allo stretto superiore).

Nel primo decennio del 1900 in questa sezione vi fu un notevole progresso, soprattutto per quanto riguarda la qualità delle prestazioni, mentre il numero dei ricoveri rimase quasi invariato. Nel 1914 vennero infatti ricoverate 417 donne (284 in ginecologia, 158 in ostetricia e 28 nell'Opera pia Solia)<sup>75</sup>. In ostetricia si ebbero 122 parti naturali spontanei, 12 provocati per indicazioni mediche varie ed 1 forzato per cardiopatia<sup>76</sup>. Nell'Opera pia Solia si ebbero 25 parti naturali spontanei, 1 operativo e 1 provocato. Furono eseguite 4 operazioni; 1 introduzione di candele; 1 divulsione digitale di un setto vaginale; 1 estrazione manuale podalica.

Nel brefotrofo provinciale, annesso alla sezione di ostetricia e ginecologia, nello stesso anno 1916 furono accolti 95 neonati, di cui 62 a termine e 33 prematuri. Di questi 34 erano nati nella sezione di ostetricia e ginecologia, 24 nell'Opera pia Solia e 37 provenivano dall'esterno. Dei 34 nati nella sezione di ostetricia e ginecologia, 10 furono riconosciuti dalle madri e allattati dalle stesse, 2 furono allattati solo temporaneamente dalle madri e poi dati alla nutrice e 22 non furono riconosciuti. Dei 24 nati nell'Opera pia Solia 11 vennero riconosciuti ed allattati dalle madri, 2 vennero riconosciuti e dati da nutrire alle madri e 11 non vennero riconosciuti. Dei 37 nati all'esterno, 12 vennero riconosciuti ed allattati dalle madri e 25 non vennero riconosciuti. I decessi furono 8, di cui 3 per setticemia; 1 per broncopolmonite; 2 per prematurità; 1 per gastroenterite e 1 per marasma, con una mortalità dell'8,42%.

Dopo la relazione sanitaria del 1916, nel materiale dell'Archivio storico dell'ospedale non sono stati trovati altri documenti riguardanti la sezione di ostetricia e ginecologia, fatta eccezione per una lettera scritta nel 1940 dal primario all'amministrazione dell'ospedale per denunciare la pessima condizione in cui questo si trovava. Si è ritenuto opportuno riportare integralmente questa lettera per far conoscere lo stato di decadimento in cui si trovava l'ospedale in quel periodo, essendo le condizioni di questa sezione la stesse di quasi tutte le altre. «Le due sale di degenza sono insufficienti per il numero delle ricoverate e dei neonati, che a volte costituiscono il doppio di quello consentito».

Negli stessi ambienti il lavoro che si compie attualmente è, infatti, quasi il doppio di dieci anni fa: nel 1928 le ricoverate erano 59, con 274 nascite, mentre nel 1939 erano 866 con 450 nati (cifre che dovrebbero aumentare, poiché le Mutue sono venute nella determinazione di usufruire per i loro ricoverati anche di questa sezione). Tale affollamento di ricoverate nelle due sale di degenza impedisce di effettuare le necessarie pulizie e disinfezioni. Le gravide obbligate ad avere una lunga degenza prima del parto per la cura di varie malattie (cardiopatía, albuminuria, vomito, ecc.) e per le quali sarebbe necessaria una grande calura, sono costrette per giorni e notti a sentire i lamenti delle donne in travaglio e gli strilli dei neonati che, essendo numerosi, sono continui. Le gravide nubili, ricoverate per conto di enti diversi, che dovrebbero essere tenute nascoste, devono stare nelle sale insieme alle altre ricoverate.

Per la mancanza di spazio non è possibile istituire una sala per prematuri, che sarebbe indispensabile, perché sono in continuo aumento. L'assistenza pediatrica ai neonati è carente, data l'ubicazione del reparto pediatrico situato nell'ospedale infantile. La sala parto è insufficiente, perché può contenere solo un letto, non bastando ai bisogni, per cui molto di frequente avviene che le partorienti siano assistite sui lettini da trasporto. La sezione di isolamento annessa alla divisione di ostetricia e ginecologia è senz'aria e senza luce ed

è costituita da una stanza in cui sono frammischiate puerpere infette coi loro neonati e donne in cura per tumori maligni, per cui il fetore è tale che è inumano tenervi dei ricoverati. D'altra parte sono ammalate che non possono stare per ragioni di profilassi nelle sale comuni. Anche la sala operatoria è esigua, senza locali adiacenti per la preparazione delle operande e per la sterilizzazione e la conservazione dello strumentario. Il reparto paganti è situato in mezzo alla divisione, senza alcuna separazione dai ricoverati comuni. Per la soluzione di questi problemi, che interessarono non solo la divisione di ostetricia e ginecologia, ma tutto l'ospedale, si presero solo provvedimenti parziali, per far fronte alle situazioni più gravi, mentre la ristrutturazione di tutto l'ospedale iniziò solo nel 1959.

La prima relazione sanitaria sulla sezione di oculistica, (aperta nel 1889), risale al 1899 e prende in esame il quinquennio 1895-1899. In questo periodo furono effettuati complessivamente 196 interventi, con una media di circa 39 all'anno. Nel 1895 vennero eseguiti 46 interventi sul bulbo oculare, 9 sulle palpebre e 12 sul sacco lacrimale; nel 1897, 67 sul bulbo oculare, 41 sulle palpebre e 14 sul sacco lacrimale; nel 1899, 60 sul bulbo oculare, 17 sulle palpebre e 7 sul sacco lacrimale. Dalla successiva relazione sanitaria effettuata nel 1911 risulta che anche in questa sezione furono compiuti notevoli progressi per quanto riguarda sia la qualità delle prestazioni che il loro numero. Infatti in quell'anno furono ricoverati 239 ammalati, di cui 82 affetti da malattie della congiuntiva; 63 della cornua; 29 delle palpebre; 25 del cristallino; 16 dell'apparato lacrimale; 14 del bulbo oculare in generale; 4 dell'iride; 3 della rifrazione e dell'accomodazione; 1 dell'orbita; 1 della retina; 1 dell'apparato motorio.

Vennero effettuati 124 interventi chirurgici di cui 28 sul cristallino per cataratta; 23 sull'iride; 21 sulle palpebre; 18 sulle vie lacrimali; 9 sul bulbo oculare in generale; 9 sulla congiuntiva; 3 sui muscoli oculari; 2 sulla cornea; 1 sull'orbita. Dopo questa relazione sanitaria non sono stati trovati

nell'Archivio storico dell'ospedale altri documenti riguardanti la sezione oculistica.

Dalla relazione sanitaria del 1898 sulla sezione di otorinolaringoiatria, che era stata aperta l'anno precedente, risulta che in quell'anno furono ricoverati complessivamente 65 ammalati (34 uomini e 31 donne) e che, oltre alle cure mediche, erano state effettuate le seguenti operazioni chirurgiche: 4 trapanazioni del cranio per carie dell'osso temporale; numerose resezioni dei turbinati; asportazioni di tumori nasali e faringei; tonsillectomie; trapanazioni mastoidee; svuotamento della cassa timpanica.

Tutti questi interventi sono stati eseguiti senza esiti letali e 8 di essi sono stati effettuati in bambini ricoverati nell'«ospedaletto infantile» che aveva sede ancora nell'ospedale. Questa è l'unica relazione sanitaria della sezione di otorinolaringoiatria trovata nell'Archivio storico dell'ospedale, dove invece è stato trovato un resoconto operatorio del primario, datato 28-2-1934, nel quale sono riportate anche le operazioni da lui eseguite in questa sezione dal 15 maggio 1926 al 31 dicembre 1933 esse furono 384, con una mortalità operatoria dell'1,56%<sup>77</sup>. Nel 1934 venne aperta la sezione di dermosifilopatia, che incorporò anche il dispensario antivenereo e la sala celtica, già in funzione da molti anni. Dal rendiconto clinico statistico del dispensario antivenereo e della sala celtica relativo al quadriennio 1897-1900 risulta che sono state curate 963 persone (813 uomini, compresi 2 bambini, e 150 donne, comprese 6 bambine). Di queste persone 393 erano affette da blenorragia, 330 da ulcera venerea, 187 da sifilide, le rimanenti 53 da altre malattie veneree<sup>78</sup>.

La cura adottata nel dispensario per la cura della sifilide era fondamentalmente basata sulla somministrazione per via intramuscolare di dosi crescenti di sublimato corrosivo (biclورو di mercurio) che il direttore di questo dispensario preferiva al calomelano (cloruro di mercurio); comunemente usato. A sostegno di questa sua scelta adduceva il fatto che le iniezioni di sublimato corrosivo erano preferite dai pazien-

ti, perché meno dolorose di quelle di calomelano ed anche per il fatto che, in base alla sua esperienza, era infondata l'accusa generalmente formulata al sublimato corrosivo di produrre degli ascessi nella zona in cui si praticava l'iniezione. Va però ricordato che il metodo di cura della sifilide con il calomelano iniettato per via sottocutanea, ideato da Angelo Scarenzio, titolare della cattedra di dermosifilopatia dell'Università di Pavia, era stato universalmente adottato e aveva costituito la base di tutti i successivi metodi per curare tale malattia con preparati mercuriali. Una lapide posta sotto i portici del palazzo dell'Università di Pavia ricorda la geniale scoperta di questo scienziato, che dette al mondo il primo efficace mezzo di cura della sifilide.

Dalla relazione sanitaria relativa all'anno 1933 sull'attività del dispensario antivenereo e della sala celtica risulta che in quell'anno vennero curati nel dispensario 181 persone, delle quali 107 erano affette da blenorragia (104 uomini e 3 donne); 9 uomini, affetti da ulcera semplice contagiosa; 18 affette da sifilide primaria (17 uomini e 1 donna) e 43 da sifilide secondaria e terziaria (30 uomini e 13 donne); 1 donna affetta contemporaneamente da sifilide e da blenorragia. Allora la sifilide incominciava ad essere curata oltreché con i preparati mercuriali anche con gli arsenobenzoli. Da questa relazione risulta inoltre che l'attrezzatura del dispensario era tanto scadente che «talvolta, mancavano persino i mezzi più rudimentali per effettuare la diagnosi microscopica delle malattie veneree e di quelle contagiose». Era allora in funzione anche un ambulatorio dermatologico per la cura delle malattie della pelle, gestito dall'ospedale mentre il dispensario antivenereo e la sala celtica erano gestiti per conto dello Stato.

In quello stesso anno nella sala celtica vennero complessivamente ricoverate 57 persone (49 donne e 8 uomini), delle quali 36 per blenorragie (32 donne e 4 uomini); 7 per ulcera semplice contagiosa (5 donne e 4 uomini); 3 per sifilide primaria (2 donne e 1 uomo); 5 per sifilide secondaria e primaria (4 donne e 1 uomo); 4 donne, affette contempora-

mente da sifilide e da blenorragia; 2 donne, affette contemporaneamente da blenorragia e da ulcera semplice contagiosa. La notevole prevalenza delle donne sugli uomini nella sala celtica era dovuta al fatto che in essa, come si è già ricordato, venivano ricoverate soprattutto le prostitute.

Dalla relazione sanitaria sull'attività dell'ambulatorio odontoiatrico compilata nel 1897 (l'anno successivo alla sua apertura), si rileva che essa era quasi esclusivamente costituita dalle estrazioni dentarie; infatti, su 599 prestazioni effettuate in quell'anno, ben 584 erano rappresentate da estrazioni dei denti, di cui 500 per carie, 40 per alveolite e 44 per ascessi, mentre le rimanenti erano state eseguite per cure gengivali e «nettatura della bocca». Questa è l'unica relazione trovata nell'Archivio storico dell'ospedale sull'attività di questo ambulatorio.

Nella relazione fatta dal direttore del gabinetto micrografico (laboratorio) dell'ospedale nel 1900 si legge che, «a causa della scarsa educazione igienica esistente in Alessandria, non si sente il bisogno di analisi metodiche dell'acqua, del vino, degli alimenti in genere (e specialmente del latte) e dalla microscopia applicata alla veterinaria, cose tutte che si fanno in altre città e che danno i loro benefici effetti. Il gabinetto micrografico, con nostra grande vergogna, è trascurato e considerato di poca utilità, perché non è a livello di quelli degli ospedali delle città del circondario come Asti, Casale, Novi ed altre».

Nel 1901 in questo laboratorio furono complessivamente eseguite 78 analisi, delle quali 17 per l'ospedale, 55 per i privati e 6 per i Comuni e Istituti pubblici. Fra queste figurano ricerche batteriologiche sul ghiaccio artificiale della locale fabbrica del ghiaccio; 4 ricerche sul sistema nervoso di cani e gatti sospetti rabbiosi; 2 esami su secrezione genitale maschile e femminile per conto del locale tribunale penale. L'esiguità del numero di esami per l'ospedale era dovuto al fatto che ogni sezione era dotata di un proprio laboratorio per effettuare gli esami routinari sui ricoverati.

Nel 1903 nel gabinetto micrografico furono eseguite 65 analisi (senza contare quelle di poco conto, fatte estempo-

raneamente per l'ospedale, costituite da 34 esami microscopici; 10 esami di istologia normale; 15 esami di chimica clinica). Di queste analisi le più importanti sono state quelle microscopiche, eseguite sul funicolo ombelicale dei neonati, al fine di formulare una diagnosi precoce di sifilide ereditaria, per prevenire la trasmissione della sifilide alle balie mercenarie. Queste sono le uniche relazioni sull'attività del gabinetto micrografico trovate nell'Archivio storico dell'ospedale.

Nel 1910 venne aperto nell'ospedale uno speciale servizio per gli esami radioscopici e radiografici. Da una relazione sull'attività di questo servizio, compilata nel 1911, risulta che in quell'anno vennero eseguite 71 radiografie a scopo diagnostico (39 in più rispetto al 1910) e vennero curati mediante radioterapia 49 ammalati (31 in più rispetto al 1910). Il totale delle sedute radioterapiche compiute nell'anno fu di 325. Nel 1913 vennero effettuate complessivamente 63 radioscopie (13 del torace, 8 dell'addome e 42 degli arti) e 209 radiografie (11 della testa, 1 del collo, 2 dell'esofago, 5 del torace, 4 della colonna vertebrale, 3 dell'addome, 25 del rene, 11 della vescica, 67 degli arti superiori e 49 degli arti inferiori).

Nel 1935, quando vennero ristrutturati alcuni locali per sistemarvi il reparto radiologico, questo disponeva dei seguenti apparecchi: 1 apparecchio per röntgenerapia da 180 KV; 1 apparecchio radiologico per la diagnostica da 60 KV; 1 apparecchio per röntgenerapia da 170 KV; un apparecchio per la radiodiagnostica da 80-100 KV. Inoltre possedeva 12 tubetti di platino, contenenti ciascuno 5 mgr. di radium; 10 aghi di platino da 1 mgr. di radium e 10 aghi di platino da 2 mgr. di radium<sup>79</sup>.

I dati soprariferiti relativi all'attività strettamente sanitaria svolta nell'ospedale e alle attrezzature di cui era dotato, se per i non medici possono rappresentare solo un rendiconto (magari per alcuni anche poco comprensibile perché eccessivamente tecnico), per i medici, invece, costituiscono importanti testimonianze del progresso della medicina, della chirurgia e delle branche specialistiche verificatosi nel nostro

Ospedale nel periodo di tempo che va dal 1790 (anno della sua apertura) al 1968 (anno che in questo libro è stato posto come termine della storia).

Da queste testimonianze appare come in tale periodo l'ospedale di Alessandria si sia sempre adeguato, sia pure con alcuni comprensibili ritardi nel confronto degli ospedali delle grandi città, ai progressi compiuti dalla medicina e dalla chirurgia in generale, mantenendosi sempre ad un livello abbastanza buono, come appare anche dalle cure che in esso venivano prestate, descritte nelle relazioni sanitarie che erano compilate annualmente dai singoli primari o dirigenti di sale e gabinetti specialistici per l'amministrazione dell'ospedale.

#### LE OPERE PIE ANNESSE

Nel 1790, quando lo Spedal Grande venne trasferito nell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio, furono sistemate in questo ospedale anche le Opere pie annesse allo Spedal Grande cioè l'Ospizio degli esposti e il Monte di Pietà nonché alcune Opere pie elemosiniere. Successivamente sorsero anche nell'attuale ospedale due Opere pie ospedaliere (l'Opera pia Solia e l'Opera pia degli incurabili), un'Opera pia educativa (il Pio ricovero degli orfani) e alcune Opere pie elemosiniere.

Ognuna di queste Opere pie, pur essendo gestita dall'amministrazione dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, disponeva di un proprio patrimonio amministrato autonomamente ed aveva un proprio regolamento interno. Una lapide, situata sulla parete di uno dei corridoi che dall'ingresso principale dell'attuale ospedale situato in via Venezia, porta ai Reparti reca una lapide recante la data di fondazione di alcune di queste Opere pie.

*L'Opera pia Solia e l'Ospizio degli esposti*

Nel 1822 Francesco Solia «vedendosi spegnere con lui la sua stirpe, ordinava nel suo testamento, aperto dal notaio Giovanni Pozzi, che fosse eretta un'Opera pia intitolata al suo nome per ricevere, alimentare e provvedere di tutto le povere fanciulle e le vedove della città di Alessandria, comprese quelle dei Corpi Santi (sobborghi), le quali si trovino prossime al parto, per rimanervi fino dopo il puerperio. Assegnava perciò in dote a quest'Opera pia tre possessioni, una denominata il Cascinone, di giornate 68 (una giornata in Piemonte equivaleva a 3.810 m<sup>2</sup>), l'altra, Cascina Nuova, di giornate 77 e la terza, detta la Guasca, di giornate 202<sup>80</sup>. Ma quando gli esecutori testamentari intrapresero la realizzazione di quest'Opera pia, vennero chiamati in giudizio davanti al Senato di Torino dalla marchesa Marianna Sforza Perbono di Oviglio, che aveva impugnato il testamento. Gli esecutori testamentari, senza attendere la sentenza del Senato, accettando la proposta del regio Delegato, cedettero alla marchesa le due proprietà denominate Cascinone e Cascina Nuova, riducendo la dotazione dell'Opera pia alla sola proprietà della Guasca. Il reddito di tale proprietà era di 3.200 lire, che dopo la detrazione delle tasse si riducevano a 2.640 lire. Inoltre si dovettero pagare le tasse di successione, che ammontavano a 2.300 lire, e provvedere alla riparazione del fabbricato con una spesa di 2.030 lire. Con quello che rimaneva si doveva costruire un edificio o comprare una casa per sistemarvi l'Opera pia, provvederla di letti, biancheria, mobili e di ogni cosa necessaria. Si dovevano poi pagare gli stipendi al medico, al chirurgo, alla levatrice e al personale di assistenza e far fronte alle spese per gli alimenti, le medicine e gli imprevisti.

Per questi motivi apparvero manifeste le difficoltà gravi che impedivano l'erezione dell'Opera pia, se non per sempre, almeno per lunghi anni. Essendo state forse riferite al re tali difficoltà, questi, con Regia patente del 19 marzo 1824, dispose di far erigere l'Opera pia nell'Ospedale dei

santi Antonio e Biagio e di affidarne la gestione alla Congregazione di questo ospedale. Ricevuta la sovrana deliberazione, la Congregazione intraprese ad allestire nell'ospedale il braccio del fabbricato posto sopra il portico che fiancheggia l'infermeria delle donne dal lato di levante, per sistemarvi l'Opera pia. Le spese di questi lavori vennero anticipate dalla Congregazione allo scopo principale di mantenere l'integrità della proprietà Guasca e garantirsi il reddito. In questo modo fu possibile aprire l'Opera pia il 1° ottobre 1826 con tre letti per ricoverarvi solo le partorienti della città. Nel corso dell'anno 1828 il numero dei letti era già di sette, onde il beneficio dell'Opera pia fu esteso anche alle partorienti dei Corpi Santi».

Il 3 settembre 1826 «fu sancito dalla Congregazione il regolamento che affidava ad uno dei suoi membri la direzione speciale dell'Opera pia». Tale regolamento interessava anche l'Ospizio degli esposti infatti porta il titolo «Regolamento organico per l'Opera pia Solia e per l'Ospizio degli esposti di Alessandria» e nel suo primo articolo si legge: «l'Opera pia Solia e l'Ospizio degli esposti sono riuniti in quanto allo scopo che si propongono di mandare ad effetto; continua, però, come per lo passato a ritenere diviso il loro patrimonio e la loro amministrazione. Lo scopo di detta Opera pia è doppio: il ricovero di povere partorienti illegittime e il ricovero e l'allevamento dei trovatelli fino al 12° anno di loro età».

Nel 1790, quando lo Spedal Grande venne trasferito nell'attuale ospedale, l'Ospizio degli esposti, che già si trovava nello Spedal Grande, venne sistemato in tre locali del pianterreno dell'attuale ospedale e vi rimase fino al 1860. Delle tre stanze che componevano l'Ospizio, solo una, delle dimensioni di quattro metri per due, ospitava gli esposti. La Commissione, nominata nel 1856 dalla Congregazione provinciale di Carità per conoscere la situazione interna dell'Ospizio degli esposti, così si esprimeva: «qual puzza si senta e qual aria mefitica si respiri in questo sito, specie nella stagione estiva, in cui vi si trovano 9 bimbi ed alcune volte

perfino 12, è cosa che si può immaginare certo non si può descriverlo». La situazione interna di questo Ospizio era quindi disastrosa: stretti in uno spazio angusto, i ricoverati vivevano in condizioni igienico-sanitarie estremamente precarie e in grande promiscuità, soprattutto per quanto concerneva il pericolo di contagio. Stante questa situazione, nel 1860 l'Ospizio degli esposti venne trasferito in un nuovo reparto situato al primo piano e posto in comunicazione con l'Opera pia Solia; così esso «ebbe a ricevere non piccolo vantaggio del nuovo locale testè pel medesimo appositamente costruito; trovandosi ora in diretta comunicazione con l'Opera pia Solia quest'ultima può facilmente far passare nell'Ospizio i bimbi che ivi nascono, l'Ospizio poi a sua volta può facilmente avere chi provvegga ai primi bisogni dei bimbi che ivi si trovano ricoverati in attesa di una nutrice e così un'opera può facilmente prestare vicendevole soccorso all'altra»<sup>81</sup>.

Nel regno sabauda l'amministrazione degli Ospizi degli esposti non era dappertutto uniforme né esente da inconvenienti di ogni sorta. Nelle località dove non vi erano Ospizi degli esposti o in quelle, come Alessandria, in cui le rendite patrimoniali degli ospedali in cui si trovavano non erano sufficienti per mantenerle, i Comuni provvedevano alle spese del loro mantenimento, talvolta insieme all'erario della Provincia, che, però, interveniva «con qualche sussidio non sempre regolare ed appropriato». Tali inconvenienti si attenuarono sensibilmente dopo l'emanazione delle Regie Patenti del 15 ottobre 1822, con le quali la tutela degli Ospizi degli esposti venne affidata alla amministrazione degli Ospizi. Il bilancio annuale preparato da queste amministrazioni, come anche le spese di gestione, era sottoposto al controllo dell'Azienda Economica dell'interno e quindi approvata dalla Regia Segreteria di Stato per gli affari dell'Interno<sup>82</sup>.

L'Ospizio degli esposti di Alessandria rimase nell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio fino al 1940, poi venne trasferito nella Casa della madre e del fanciullo, sorta nel

1939, a fianco dell'Ospedaletto infantile Cesare Arrigo, e gestita dall'Opera Nazionale per la protezione della maternità e infanzia (O.N.M.I.).

Nei regolamenti dell'Opera pia Solia e dell'Ospizio degli esposti compilati nel 1822 e nel 1873 sono contenute le norme, qui succintamente ricordate, che hanno regolato la vita di queste due istituzioni. Nell'Ospizio degli esposti venivano ricoverati temporaneamente, in attesa di essere affidati alle «balie esterne», i bambini nati nell'Opera pia Solia che non venivano ritirati dalle proprie madri, quelli inviati dal Sindaco e quelli trovati abbandonati sulla porta dell'ospedale. Nessun altro bambino o bambina di qualsiasi età poteva essere ricevuto dell'Ospizio.

Le «povere partorienti illegittime» per essere ammesse all'Opera pia Solia inizialmente dovevano essere di Alessandria, in seguito anche dei sobborghi; dovevano essere giunte all'ottavo mese di gravidanza, salvo il caso in cui, per urgenti e particolari motivi, il presidente dell'ospedale stimasse conveniente di ammetterle anche prima. Una volta ricoverate, si cercava di garantire con qualsiasi mezzo la salvaguardia dell'anonimato. A tale riguardo la Congregazione era determinata e irremovibile; essa infatti «esigeva un rigoroso segreto sul nome delle partorienti, come su tutto ciò che si riferiva al loro stato e proibiva risolutamente qualunque comunicazione con chi che sia di dentro che fuori dell'Ospizio quando non fosse acconsentita dal Presidente dell'ospedale». Inoltre additava «il modo e le precauzioni con cui dal soprintendente doveva essere tenuto e custodito il libro nel quale erano registrate le partorienti e i parti»<sup>83</sup>.

Il personale che prestava servizio nell'Opera pia Solia e nell'Ospizio degli esposti era costituito dai chirurghi dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio (perché allora, come si è già ricordato, i chirurghi esercitavano anche l'ostetricia e la ginecologia, facendo queste due branche ancora parte della chirurgia generale), da una levatrice (ostetrica) approvata, da un'infermiera, da un flebotomo, da due nutrici fisse, da un tesoriere e da un economo.

I chirurghi che prestavano la loro opera nelle due istituzioni erano il primario chirurgo e l'assistente chirurgo dell'ospedale e il chirurgo speciale degli esposti. La levatrice, che aveva alla sua dipendenza l'infermiera, era incaricata dell'accettazione «tanto delle ricoverande nell'Opera pia Solia quanto degli esposti»; teneva nota «delle ordinazioni dei chirurghi, del modo di somministrazione e di applicazione dei rimedi ed era responsabile della loro esecuzione; procurava che la più grande pulizia regnasse in ogni angolo di ambedue i stabilimenti e dava a questo uopo le opportune disposizioni». Appena il trovatello entrava nell'Ospizio «doveva innanzitutto somministrargli nutrimento mediante i succhioni quindi svestirlo e descrivere in un apposito libro tutti gli oggetti che gli appartenevano; segnare il suo numero d'ordine e apporre questo numero sulle fasce e i pannolini che gli erano stati assegnati; annotare la presenza di segni particolari presenti sul suo corpo; farlo battezzare dal cappellano dell'ospedale».

Il flebotomo eseguiva tutte le operazioni di chirurgia minore; era presente alla visita mattutina dei chirurghi e alla distribuzione dei rimedi e «dava alla levatrice, alle nutrici fisse e all'infermiera le spiegazioni necessarie per la loro somministrazione». Le nutrici fisse alle quali venivano provvisoriamente affidati gli esposti appena ricoverati erano due, ma il loro numero poteva all'occorrenza essere provvisoriamente aumentato. Esse erano di preferenza scelte fra le ricoverate dell'Opera pia Solia e, talvolta, svolgevano contemporaneamente anche la funzione di infermiera.

L'economista dell'ospedale aveva fra i suoi compiti anche quello di trovare le balie esterne alle quali se in possesso dei requisiti richiesti (godere di ottima salute; essere sufficientemente provviste di latte; non avere altri bimbi, propri o di altri, da allattare; essere di buoni costumi, essere munite del certificato di idoneità rilasciato dal chirurgo speciale degli esposti), veniva loro affidato l'infante che tenevano fino al compimento del dodicesimo anno di età, impegnandosi a trattarlo «con carità, bontà e dolcezza come un proprio fi-

glio. Crescendo il medesimo in età, gli dovevano dare cristiana e convenevole educazione. Gli facevano quindi imparare qualche professione o lo occupavano nei lavori di campagna o, potendo, gli facevano frequentare le Scuole elementari». Al compimento del dodicesimo anno di età «tempo in cui cessava il consueto baliatico, l'economista si adoperava per collocare l'infante o presso la famiglia della balia, siccome avveniva d'ordinario, o presso altri fino agli anni 21».

Nel primo articolo del regolamento dell'Opera pia Solia si legge che a quest'Opera pia «è annessa la Scuola di Ostetricia, quando venga regolarmente istituita, come ne ha l'intenzione la Congregazione». Di questa scuola da istituirsi venne anche compilato il regolamento, secondo il quale «doveva servire alla pratica di ostetricia dei dottori chirurghi e all'istruzione teorico-pratica delle levatrici in conformità a quanto stabilito dal Ministero della Pubblica Istruzione con regolamento approvato col Regio Decreto in data 29 agosto 1858». Non risulta però che questa scuola sia stata istituita: infatti di essa non si trovano tracce né nei documenti dell'Archivio storico dell'ospedale né in altri scritti.

Nel febbraio 1898 la Congregazione deliberò di estendere i benefici dell'Opera pia Solia anche alle gestanti illegittime povere di tutti i Comuni della provincia di Alessandria e per finanziare questa iniziativa istituì la Maternità Consorziata, alla quale potevano aderire i Comuni che volevano beneficiarne versando annualmente una quota stabilita in ragione della loro popolazione. In un secondo tempo, senza modificare le disposizioni statutarie dell'Opera pia Solia, la Congregazione decise di anettere al beneficio di quest'Opera pia anche le gestanti legittime povere dei Comuni aderenti alla Maternità Consorziata (nel caso che esse per fatti morbosi complicanti la gravidanza avessero bisogno di interventi operativi o di cure speciali) e le gestanti non povere di questi Comuni dietro pagamento di una retta.

Dopo l'istituzione della Maternità Consorziata il numero dei Comuni aderenti, anziché aumentare, andò man mano

diminuendo fino al 1909, poi si mantenne quasi costante fino al 1918. Aumentarono invece le giornate di presenze che, dalle 900 annue iniziali salirono nel 1907 a 1.200, poi in seguito a 1.700, cifra ragguardevole, che rappresentava quasi il doppio delle giornate dei primi anni. Onde evitare che questa situazione potesse arrecare un grave danno finanziario all'ospedale, l'amministrazione dell'ente deliberò nel 1919 che tutti i Comuni della provincia versassero un contributo fisso, calcolato in ragione della popolazione, per il ricovero gratuito delle gestanti povere ed una retta giornaliera ridotta rispetto a quella normale dell'ospedale per le non povere; su tale base compilò ed approvò il nuovo regolamento della Maternità Consorziale.

Nel 1930 l'amministrazione dell'ospedale deliberò la fusione dell'Opera pia Solia con l'Ospedale dei santi Antonio e Biagio, ma questa delibera, pur avendo avuto l'approvazione degli organi di controllo comunale e provinciale, venne respinta dal Ministro dell'Interno perché «mancavano nelle due istituzioni quell'identità di fini necessaria per potere fare luogo alla fusione» che venne però rimandata solo di alcuni mesi<sup>84</sup>.

### *L'Opera pia degli incurabili*

Il termine «malati incurabili», come si è già ricordato, veniva inizialmente usato per indicare gli ammalati affetti da sifilide. Successivamente anche la «decrepitezza accompagnata da assoluta povertà e da impossibilità al lavoro era considerata come malattia incurabile». Il primo accenno a questo tipo di ammalati che si trova nelle cronache alessandrine è quello fatto dal Chenna: nella sua opera scrive che nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio nella seconda metà del 1700 «sonvi letti 25 per le donne, 32 per gli uomini e 2 separati per gli incurabili».

Il primo che in Alessandria si interessò dei malati incurabili, che «a motivo degli scarsi redditi dell'Hospitale» per re-

golamento non vi venivano ricoverati, fu Giovanni Maverna, che nel 1778 destinò per testamento la rendita perpetua di una casa in città «per la cura e il mantenimento dei poveri infermi incurabili». Nell'intento del donatore si doveva erigere una specie di Ospizio riservato ai soli poveri ammalati incurabili, ma in quell'epoca «il reddito di una casa era di 600 lire del Piemonte in ragione d'anno»; si trattava quindi di una cifra molto modesta e insufficiente per realizzare la volontà del testatore<sup>85</sup>.

Nel secondo decennio del 1800 il senatore Alessandro Sticca di Cassine legò una parte della sua proprietà per l'erezione di un ospedale destinato agli ammalati incurabili nel quale dovevano essere accettati «anche quelli di sua patria e per sostenere l'amministrazione dovevano essere chiamati i Vescovi di Alessandria e di Acqui e il Prefetto del Tribunale di Alessandria». Ma «sebbene l'annua rendita di questa eredità, detratti gli altri pesi, ascendesse a 4.000 lire, non poteva bastare per l'erezione di un ospedale». Avvenne, però, che «poco dopo il teologo Luigi Patria in un suo testamento aperto il 5 novembre 1831, rogato Vicha, legò all'Ospedale dei santi Antonio e Biagio la cascina detta Feruffina, dell'annua rendita di lire 3.000, e due campi a Felizzano perché tenesse disponibili alcuni letti per gli ammalati incurabili<sup>86</sup>. Nello stesso anno, 1831, il canonico Pietro Agosti per testamento elargiva una cospicua somma di denaro in perpetuo contributo al mantenimento e cura dei poveri ammalati incurabili<sup>87</sup>.

Le prime donazioni fatte a favore degli ammalati incurabili vennero utilizzate, con una delibera del 9 novembre del 1832, per l'istituzione nell'ospedale di posti letto ad essi riservati e situati nelle sale degli ammalati comuni. Poi, per riunirli «si fabbricò nell'ospedale un nuovo quartiere (sala di degenza) a ponente<sup>88</sup>, che venne aperto il 2 luglio 1835 («aprimiento della sala degli incurabili»<sup>89</sup>).

Il 23 giugno 1835 la Congregazione approvò il primo regolamento di questa Opera pia<sup>90</sup>. Secondo tale regolamento «tutti gli ammalati cattolici d'ambidue i sessi, vera-

mente incurabili e come tali riconosciuti dal medico e dal chirurgo dell'ospedale, di buona condotta, assolutamente poveri e senza possibilità di soccorsi dai loro congiunti ed incapaci di procurarsi il bisognevole con il loro lavoro, nativi di questa città o dei Corpi Santi o per lo meno ivi domiciliati senza interruzione da vent'anni, venivano accolti, vestiti, nutriti e curati nella nuova Opera pia degli incurabili. Il luogo di nascita, la durata del domicilio e l'assoluta povertà venivano attestati dal parroco, ma la Congregazione poteva procurarsi altre informazioni. Coloro che si trovavano in queste condizioni, però, ed erano anche affetti da demenza, epilessia, malattie attaccaticcie o comunicabili non venivano accettati nell'Opera pia, o se già accettati, erano allontanati».

Al momento del ricovero ad ogni uomo venivano consegnate 3 camicie, 2 berretti di cotone, 2 paia di calze, 2 mutande di tela, 2 fazzoletti da collo, 4 fazzoletti da naso, 1 giacca di fustagno, 2 pantaloni di fustagno, 1 gilè a righe di cotone e 1 paio di scarpe. Ad ogni donna invece, 3 camicie, 2 cuffie, 2 paia di calze, 1 corsetto bianco di cotone, 1 sopravveste da lavoro, 2 cottini di tela, 1 veste rigata di cotone, 1 scossale, 2 fazzoletti da collo, 4 fazzoletti da naso e 1 paio di scarpe. Gli ammalati e le ammalate di questo reparto erano quindi rispettivamente vestiti nello stesso modo.

Quando qualcuno risanava o cessavano i principali motivi che avevano dato luogo alla sua ammissione, veniva allontanato dall'Opera pia. Come pure venivano allontanati coloro che «non si conducevano cristianamente o turbavano la tranquillità, non ubbidivano alle persone preposte a soprintendere al buon ordine e ai doveri verso la religione, quali le solite preci del mattino e della sera, l'assistenza alla messa festiva, che si celebrava nella cappella degli incurabili e le preci che si recitavano per l'anima dei fondatori e dei benefattori dell'Opera pia. Erano passibili di allontanamento dall'Opera pia anche coloro che, riconosciuti abili a qualche lavoro acconsentito dal medico e dal chirurgo, si rifiutavano di effettuarlo».

Nel 1873 venne compilato un nuovo regolamento di questa Opera pia, che in linea di massima era conforme al precedente del 1835, salvo l'aggiunta di alcune norme, come quella riguardante la possibilità di ammettere all'Opera pia anche gli ammalati incurabili a pagamento e quelle riguardanti l'autorizzazione per una temporanea uscita dall'Opera pia dei ricoverati e l'istituzione dei servizi destinati all'Opera pia stessa. Secondo tale disposizione «gli incurabili potevano uscire nei giorni ed ore fissate da un apposito orario, ma rimaneva loro assolutamente proibito d'andare mendicando, oppure di provvedere per gli ammalati curabili bevande o commestibili. Con il permesso del presidente potevano anche assentarsi per uno o più giorni».

Per il servizio dell'Opera pia degli incurabili erano destinati un infermiere per la sezione uomini ed un'infermiera per la sezione donne, che erano soggetti a tutti gli obblighi, doveri e disciplina stabiliti per gli altri infermieri degli ammalati curabili. L'assistenza religiosa agli incurabili veniva espletata dal Cappellano dell'ospedale, secondo le norme stabilite dal regolamento dello stesso ospedale. L'assistenza sanitaria era disimpegnata dal chirurgo permanente dell'ospedale «attenendosi alle norme segnate nei regolamenti dell'Opera pia e dell'ospedale». I facchini, gli inservienti delle sale di degenza, il portinaio e il seppellitore dell'ospedale «prestavano i loro servizi pure a beneficio dell'Opera pia degli incurabili». Successivamente gli ammalati incurabili vennero sistemati in due sale, denominate «sale cronici», annesse alla divisione di medicina.

Nel 1952, in seguito ad accordi intercorsi tra l'amministrazione dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio e il Comune di Alessandria, fu contratto un mutuo con la Cassa di Risparmio di Alessandria per l'acquisto della Clinica privata Crespi di via Pacinotti, per collocarvi i ricoverati dell'Opera pia incurabili situata nell'ospedale. La Clinica Crespi venne poi chiamata Ospedale Patria, in memoria di Luigi Patria, uno dei maggiori benefattori dell'Opera pia incurabili<sup>91</sup>.

*Il Pio ricovero degli orfani (orfanotrofio)*

Come si è già ricordato, i primi orfanotrofi sorti in Alessandria furono quelli di santa Marta e di san Giuseppe.

L'orfanotrofio (o Ospizio) di santa Marta fu istituito nel 1569 dal Vescovo Guarnero Trotti, ma la sua primitiva destinazione non era per le orfane, ma per le meretrici «convertite». Non si sa in quale edificio si trovasse (si pensa in una casa vicina all'attuale chiesa di san Rocco) né quando cambiò il suo scopo divenendo un orfanotrofio. Di sicuro si sa che nel 1603 il vescovo Pietro Giorgio Adescalchi fece sistemare le orfane di santa Marta nell'isolato in cui si trova oggi la scuola media Cavour nella via omonima, e che in esso erano ancora presenti nel 1785. La gestione di questo orfanotrofio, che però manteneva un'amministrazione autonoma, fu affidata dal Vescovo alla Congregazione dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio.

L'orfanotrofio (o Ospizio) di san Giuseppe sorse nel 1604 per opera del governatore di Alessandria Roderico Orosco, sotto il titolo di Ospizio di santa Maria della Pietà, ma si ignora dove inizialmente sorgesse. Nel 1641 fu sistemato in alcune case situate presso la chiesa di san Giuseppe, che si trovava nell'attuale via Morbelli, e assunse il titolo di orfanotrofio (o Ospizio) di san Giuseppe. Nel 1686 venne redatto un regolamento di questo orfanotrofio, nel quale si legge: «d'ora innanzi il suo precipuo scopo è quello di allevare ed educare figli e figlie, accettandoli all'età di sei anni compiuti».

Ma a partire dal 1726 l'ingresso all'Ospizio venne limitato solo alle donne in numero di sessanta<sup>92</sup>. Mantenne questo scopo sia durante il Settecento sia nel periodo napoleonico, ma fino al 1805, quando dovette ospitare anche le orfane dell'orfanotrofio di santa Marta, perché le Autorità avevano deciso di liberare questo orfanotrofio per adibirlo a Ospizio per i fanciulli orfani abbandonati e per gli esposti, quando all'età di 12 anni avevano terminato il periodo stabilito per il baliatico. Questo nuovo Ospizio, che mantenne il titolo di

santa Marta, fu aperto nel 1807 perché solo in quell'anno terminarono le operazioni per adattare i locali alla nuova destinazione. Alla sua apertura disponeva di 30 posti, che nell'anno successivo furono portati a 40 per far fronte alle numerose richieste.

Secondo il regolamento, nell'Ospizio venivano ricevuti solo ragazzi di età compresa fra i 6 e i 16 anni, appartenenti alla città di Alessandria o ai suoi sobborghi. Ad essi veniva insegnato a leggere e a scrivere in italiano e in francese e nel laboratorio dell'Ospizio imparavano anche un mestiere quale quello del sarto, del fabbro, del calzolaio, del sellaio o del bastaio.

Nel 1814, per impedire che nel trambusto creatosi in seguito alla caduta di Napoleone cessasse l'attività caritatevole e utile alla società svolta dall'Ospizio di santa Marta, si decise di dare temporaneamente asilo nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio agli orfani che si trovavano in quell'Ospizio, i quali nel frattempo, si erano ridotti a 22.

Poiché presso il Comune esistevano ancora 2.000 lire del fondo concesso per il 1814 all'Ospizio di santa Marta per il mantenimento degli orfani e «confidando nella provvidenza divina, nella munificenza del Re e nella pietà cittadina», il 6 settembre 1814 venne deliberato di trasferire temporaneamente nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio gli orfani ricoverati nell'Ospizio di santa Marta, a condizione che l'ospedale non soggiacesse ad altre spese oltre a quelle necessarie per restaurare i locali che erano destinati agli orfani. Perciò l'8 settembre dello stesso anno gli orfani lasciarono l'Ospizio di santa Marta e furono ricoverati nell'ospedale. Nell'Ospizio di santa Marta, lasciato libero, ritornarono le orfane che nel 1805 erano state trasferite nell'Ospizio di san Giuseppe. «A motivo delle molte liberalità, il numero delle orfane ricoverate continuò ad aumentare e nel 1861 raggiunse il numero di 80»<sup>93</sup>. Ma nel 1907, in seguito all'aggravarsi delle difficoltà economiche, l'Ospizio di santa Marta venne chiuso e le orfane furono definitivamente trasferite nell'Ospizio di san Giuseppe, che assunse anche il nome di Orfanotrofio fem-

minile. Le aspettative della Congregazione per poter avere aiuti finanziari a favore degli orfani trasferiti nell'ospedale non andarono deluse, poiché con Regio Biglietto del 14 ottobre 1814 ottenne la metà dei redditi dell'Opera pia De Rossi, finalizzata all'istruzione delle ragazze povere, il «bozzolo delle limosine cittadine», le tasse sulle mostre di granglie, le ammende comunali delle contravvenzioni, le tasse per l'accompagnamento dei morti al cimitero, i modesti guadagni procacciati coi loro lavori dagli orfani, le donazioni dei privati, i soccorsi del Re e l'annua sovvenzione del Comune. Tutti questi aiuti valsero a sostenere gli orfani ricoverati in ospedale fino al 1820, quando venne data esecuzione al testamento del prevosto Giovanni Stefano Passalacqua, aperto il 23 marzo 1797, con il quale lasciava al suo esecutore testamentario un capitale di 70.000 lire per l'erezione di un'Opera pia per i figli di incerto padre. Con Patente reale del 20 luglio del 1820 venne approvata l'istituzione nell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di questa Opera pia, che venne denominata «Pio ritiro degli orfani» e autorizzata a ricoverare non solo i figli di incerto padre, ma anche gli orfani poveri di padre legittimo. Nel 1814, quando avvenne il trasferimento degli orfani dall'Ospizio di santa Marta all'ospedale questi erano 22 e alla fine del 1836 (oltre vent'anni dopo) aumentarono a 69, numero che, in linea di massima, si mantenne pressoché invariato per tutto il periodo in cui essi restarono nell'ospedale.

Nel Regio Biglietto del 14 ottobre del 1814 con il quale vennero stanziati gli aiuti a favore degli orfani presenti in ospedale era contenuto anche un regolamento dell'orfanotrofio che venne integrato nel 1820 con quello contenuto nel testamento Passalacqua. Secondo questi due regolamenti potevano essere ammessi all'orfanotrofio sia gli orfani che i «figli di incerto padre (trovatelli) senza veruna distinzione fra loro», di età «maggiore di sette anni e non maggiore di undici», nativi di Alessandria o dei sobborghi, che avessero superato il vaiuolo naturale o artificiale e fossero esenti da malattie croniche o cutanee contagiose.

Gli orfani di padre e di madre e quelli di padre incerto avevano la precedenza assoluta nel ricovero, poi venivano gli orfani di padre solamente, mentre per gli altri, se vi era posto, la scelta veniva affidata alla sorte. Compiuto il diciottesimo anno di età, uscivano dall'orfanotrofio «provvisi di vestimenta e della quarta parte dei salari che si erano procurati con il loro lavoro».

Un custode (direttore) e un sottocustode (vicedirettore), che dimoravano nell'orfanotrofio, avevano «la soprintendenza sugli orfani e sull'esatto adempimento dei loro doveri». Il vicerettore (vice cappellano) dell'ospedale aveva la direzione spirituale degli orfani, mentre il maggiordomo, il cancelliere e il ragioniere dell'ospedale avevano le stesse incombenze nell'orfanotrofio.

Agli orfani ricoverati nell'orfanotrofio veniva insegnato a leggere e scrivere e a imparare un mestiere e a tal fine si era provveduto a sistemare nello stesso orfanotrofio una calzoleria. Ma sia per lo scarso profitto che si ricavava, che non bastava a pagare i salari dei maestri, sia perché lo stare continuamente chiusi nell'orfanotrofio poteva pregiudicare la salute degli orfani, venne cambiata idea e «si distribuirono gli orfani nelle botteghe e laboratori delle varie arti della città, cui egli stessi più inclinano od alla loro complessione più confacenti, quali le arti di sarto, di calzolaio, di legnaiuolo, di fabbro, di stampatore, di cappellaio e simili, ritenendo l'orfanotrofio l'inseguamento del leggere, dello scrivere, del computare e della calligrafia».

Gli orfani erano organizzati militarmente: «suddivisi in squadre e in ciascuna di esse un orfano faceva l'ufficio di caporale e i caporali soprastava un sergente». Effettuavano «tutti i servizi nell'interno dell'orfanotrofio, come il rifacimento dei letti, lo spazzamento delle camere, il lavamento delle stoviglie, il ripulimento dei mobili e le altre faccende domestiche. Dormivano tutti separatamente nei letti disposti in ampie sale. Indossavano una divisa di panno verde con paramani e collo celesti, durante l'estate il giubbettino e i pantaloni erano di tela rigata». Nei giorni feriali invernali «ve-

stivano di panno bigio» e in quelli estivi «di tela cotonata». Il regolamento dell'orfanotrofio del 1873 era, in linea di massima, conforme a quelli del 1814 e 1820, ma più dettagliato. Secondo tale regolamento «la direzione dell'orfanotrofio era composta da un direttore, il quale di regola deve essere un maestro patentato per le scuole elementari superiori, di due assistenti, preferibilmente maestri di scuola elementare inferiore; ad ogni modo non poteva essere nominato assistente chi non sapeva leggere e scrivere e non conosceva le quattro operazioni di aritmetica». Il personale addetto all'orfanotrofio era composto da una suora responsabile del guardaroba, una racconciatrice, che aiutava la suora nella rattoppatura della biancheria degli orfani; un barbiere, obbligato a tagliare i capelli agli orfani e al personale addetto all'orfanotrofio e la barba a coloro ai quali appariva; una persona di servizio, che era obbligata «a tenere netti e puliti costantemente tutti i luoghi dell'orfanotrofio, compresi i corridoi, i cessi e particolarmente le scuole, che debbono essere pulite tutti i giorni, escluse le feste, se ciò sarà tenuto non necessario. Doveva inoltre pulire lo stagno, il rame, le posate del refettorio e le lampade e accendere i lumi. Aveva altresì a suo carico di curare la pulizia della testa dei ricoverati, pettinando personalmente i più piccoli ed avvertendone i grandi».

Per essere ammesso all'orfanotrofio, il candidato doveva presentare «l'atto di nascita della competente autorità; il certificato di povertà con lo stato di famiglia rilasciato dal sindaco, la fede di morte dei genitori o di uno di essi; la dichiarazione di un medico o chirurgo approvato, dalla quale appaia che il richiedente ha superato il vaiuolo naturale o per mezzo di vaccino e non è affetto da malattie croniche o contagiose».

Gli orfani, dal giorno del loro ingresso nell'orfanotrofio, frequentavano le scuole municipali della città, osservandone i regolamenti finché avevano compiuto il corso elementare e superato con successo gli esami. «Pervenuti agli anni tredici, erano affidati a un Capo d'arte per apprendere un

mestiere, a meno che taluno si fosse mostrato di eletto ingegno per cui la Congregazione decideva di rivolgerlo allo studio di un'arte liberale. Ove per qualsivoglia causa, alcuno degli orfani non avesse compiuto ancora il corso elementare presso le scuole municipali al tredicesimo anno di sua età, veniva abilitato nelle scuole elementari interne dell'orfanotrofio. L'arte e il mestiere era accomodato all'indole e all'attitudine sia fisica che morale di ciascun orfano e per quanto è possibile col consenso e con l'approvazione dei loro parenti».

Gli orfani erano raggruppati per squadre a seconda dell'età, dell'occupazione, delle scuole che frequentavano e dei quartieri della città dove andavano a lavorare. Ciascuna squadra aveva un orfano scelto fra i migliori con il grado di caposezione, che aiutava l'assistente a mantenere la disciplina o che svolgeva il compito di infermiere per quei compagni che per lievi indisposizioni si fermavano a letto nei dormitori.

Quando si trovavano nell'orfanotrofio, gli orfani non potevano entrare nelle sale di degenza dell'ospedale senza il permesso del presidente né trattenersi a parlare coi ricoverati. Quando uscivano, non potevano andare a visitare a casa i loro parenti o altre persone. Per qualsiasi inadempienza alle norme del regolamento gli orfani venivano sottoposti a punizioni che, a seconda della gravità della mancanza, andavano dalla privazione del vino per un sol giorno, alla privazione del vino e della pietanza per un sol giorno, al pasto a pane e acqua per un sol giorno e alla chiusura nel camerino di punizione per sei ore, estensibili fino a dodici.

Compiuto il diciottesimo anno di età, gli orfani uscivano dall'orfanotrofio portandosi seco due divise (quella da estate e da inverno), due camicie in buono stato, due paia di calzette, un berretto da fatica e due fazzoletti da naso. Era loro consegnata «la metà dei salari che si erano procacciati con i loro lavori nonché i frutti di loro spettanza depositati nel salvadanai e sul libretto della Cassa di Risparmio di Alessandria».

Nel dicembre del 1913 la Congregazione dell'ospedale deliberò di riordinare le numerose Opere pie in esso esistenti e propose di unire l'orfanotrofio maschile dell'ospedale ("Pio ritiro degli orfani") all'Orfanotrofio femminile di san Giuseppe (sorto con Regio Decreto del 1907, dalla fusione dell'orfanotrofio di santa Marta con l'Ospizio di san Giuseppe). La proposta ottenne l'approvazione di legge e il 23 agosto 1914 fu decretato, con Regio Decreto, il raggruppamento dei due Orfanotrofi e il trasferimento di quello maschile dell'ospedale in quello femminile di san Giuseppe.

### *L'Opera pia Monte di Pietà*

Il Monte di Pietà che si trovava nello Spedal grande venne trasferito nel 1790 nell'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio. Le vicissitudini, già ricordate, che lo travagliarono nella seconda metà del 1700 ridussero notevolmente il suo fondo monetario, portandolo nel 1802 a sole 12.000 lire, ragione per cui il 1° settembre di quello stesso anno «si dovette chiuderlo e non si riaperse che l'anno dopo per la libertà prodigatagli da Napoleone». In seguito le cose migliorarono e l'istituto rinvigorì. Non è facile dare esatto ragguaglio di come progredisse di anno in anno fino al 1813 poiché molti documenti vennero smarriti nel trambusto verificatosi nel 1814 in seguito alla caduta di Napoleone. Tale progresso, grazie anche alla donazione dei benefattori, fu continuo, tanto che nel 1856 il fondo monetario del Monte raggiunse 143.773 lire. L'eccezionale aumento del fondo era anche dovuto in parte alla vendita delle botteghe situate nel Palazzo del Governo di Alessandria, donate da Francesco Ghilini al Monte all'epoca della sua fondazione, ed in parte all'aumento del tasso di interesse sui prestiti.

Come si è già ricordato, l'interesse che veniva pagato al Monte per il prestito di danaro contro pegno, che era stato fissato al due e mezzo per cento dal suo fondatore e poi portato al due dalla bolla pontificia del 24 aprile 1656, si

mantenne invariato fino al 1° giugno 1803. «In quell'anno si introdussero modificazioni importanti, lasciando sussistere l'interesse del due per cento per i capitali non eccedenti le 10 lire, e si introdusse il 6 per quelli di una somma maggiore. Se non che, dopo molte e varie prove in vari tempi tentate, si venne in ultimo al cinque per cento senza distinzioni alcune».

Nel 1873 venne steso dalla Congregazione un nuovo regolamento del Monte di Pietà. Secondo tale regolamento il personale addetto al Monte di Pietà era costituito dal presidente, dal cassiere, dall'estimatore, dallo scrivano e dal servitore. Il presidente, oltre ai compiti legati alla sua carica, doveva controllare se il personale «eseguiva con puntualità, imparzialità ed esattezza quanto loro imposto, ammonendoli in caso contrario e riferendone, bisognando, alla Congregazione per i provvedimenti del caso». Il cassiere era responsabile di tutte le somme che gli erano affidate e ne rispondeva in proprio; inoltre «eseguiva tutte indistintamente le esazioni e tutti i pagamenti». L'estimatore era responsabile «di tutti gli oggetti in pegno esistenti nei magazzini del Monte, perciò era tenuto a versare una competente cauzione nella forma ed in quella somma che la Congregazione si riservava di deliberare. Era suo dovere esaminare attentamente gli oggetti che gli venivano presentati per essere impegnati, onde vedere se erano tali da potersi ricevere o meno e, nel caso che fossero accettabili, descriveva con la maggior minutezza possibile in apposito registro tutte le caratteristiche del pegno e il suo valore e stabiliva la somma da imprestarsi». Il segretario coadiuvava il cassiere e l'estimatore nella tenuta dei registri. Lo scrivano era obbligato ad eseguire «con nitidezza e precisione tutti i lavori di scritturazione». Il serviente, «oltre al servizio occorrente, doveva aiutare l'estimatore in tutte le sue operazioni relative ai pegni».

Il Monte di Pietà era aperto al pubblico sei giorni alla settimana: lunedì, mercoledì e venerdì per chiedere il prestito e compiere le relative operazioni («ingaggio»); martedì, giovedì e sabato per riscattare il pegno («sgaggio»). I dipendenti

del Monte dovevano trovarsi al loro posto nei giorni indicati alle ore stabilite per effettuare le operazioni per il deposito del pegno («gaggio»), di conferma del pegno, di riscatto del pegno («sgaggio») e di eventuali contenziosi fra il Monte e pignoranti. «Il tempo utile per il riscatto o conferma dei pegni era fissato ad un anno; trascorso questo termine, non potevano più essere ritirati dai pignoranti e venivano messi in vendita. La vendita dei pegni avveniva col mezzo degli incanti pubblici a pronti contanti, a favore del miglior offerente, in una delle sale del Monte, mediante preventivo avviso al pubblico di 15 giorni». I pegni che rimanevano invenduti «per difetto di oblatori dovevano essere ritirati dall'estimatore mediante l'integrale pagamento del capitale prestato e delle spese d'incanto. Qualora gli oggetti si vendessero all'incanto a un prezzo inferiore a quello cui furono ricevuti in pegno, l'estimatore era tenuto a reintegrare in proprio il prezzo dato, oltre al rimborso delle spese di incanto». Su quanto ricavato dalla vendita, «prelevata ogni competenza a favore del Monte, il sopravanzante era restituito per intero al proprietario del pegno; ove però non lo reclamava entro il termine di cinque anni dall'ultimo giorno dell'incanto, s'intendeva che l'aveva rinunciato a beneficio del Monte».

Nel 1907, per l'atto di disonestà di un dipendente, il Monte, che ormai aveva alienate tutte le sue proprietà, venne a trovarsi in gravissime difficoltà finanziarie, al punto che, con Regio Decreto del 12 dicembre di quello stesso anno, venne soppresso.

### *Le Opere pie elemosiniere*

Le Opere pie elemosiniere che erano annesse all'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio erano numerose ed avevano scopi benefici diversi. Di alcune di esse si è riusciti a conoscere solo il nome, di altre anche lo scopo benefico, ma solo di poche si è riusciti a conoscerne il rego-

lamento, di cui tutte erano dotate, perché contenuto nelle disposizioni testamentarie del benefattore che le aveva istituite. Anche l'ospedale, usufruendo delle donazioni fatte dai benefattori in modo generico, cioè senza avere specificato la finalità, aveva istituito delle Opere pie elemosiniere alle quali nel 1873 aveva dato un regolamento, contenuto nel Regolamento generale dell'ospedale compilato in quell'anno.

Secondo tale regolamento, i soccorsi elargiti ai poveri consistevano nell'assistenza gratuita del medico e del chirurgo, nella provvista di medicinali, nella distribuzione di denaro e oggetti in natura come vestiario, commestibili o combustibili; nell'elargizione di somme di denaro per far fronte alle spese di viaggio per il rimpatrio dei dimessi; nella concessione di baliatici; nella concessione di sussidi ai poveri ammalati i quali, per il tipo della loro malattia, non potevano essere ricoverati nell'ospedale. Per essere iscritti nel novero delle persone a cui la Congregazione accordava i sussidi era necessario che i richiedenti avessero i seguenti requisiti: essere nativi di Alessandria o dei suoi sobborghi o avere avuto in essi domicilio per 20 anni e tenuto in questo tempo lodevole condotta; essere veramente indigenti, cioè non essere affatto forniti di mezzi di sussistenza. Queste circostanze dovevano essere dai richiedenti comprovate con certificati rilasciati dal Comune.

Le persone in possesso di tali requisiti, che avevano bisogno di soccorsi, erano state distinte in tre categorie, per ognuna delle quali era stato stabilito il tipo di soccorso che era costituito «da buoni, ove si tratti di soccorsi in generi alimentari o vestiario; da mandati di pagamento, ove si tratti di soccorsi in denaro; da ricette rilasciate dal medico chirurgo a tale scopo destinato dalla Congregazione, ove si tratti di distribuzioni di medicinali»; da prestazioni sanitarie da effettuarsi a domicilio dal medico chirurgo o dal flebotomo; dal ricovero in ospedale.

I soccorsi concessi dall'Opera pia Bolla, istituita da Nicolao Bolla con testamento in data 8 gennaio 1826, consisteva-

no nella distribuzione di danaro solo ai nati nella città di Alessandria. I sussidiandi erano stati distinti in tre categorie. La prima comprendeva le persone inabili ad un lavoro proficuo; la seconda, coloro che, quantunque abili ad un lavoro, «non potevano col medesimo provvedere sufficientemente al sostentamento proprio e della famiglia»; la terza, quelli che non erano contemplati nelle prime categorie «ma erano in condizioni riconosciute meritevoli di riguardo». Nella distribuzione dei sussidi si dava la preferenza ai poveri della prima categoria, seguiti da quelli della seconda, poi da quelli della terza.

I soccorsi concessi dall'Opera pia Inviziati-Bagliani consistevano nella distribuzione di grano, oppure di meliga, nella prima quindicina di gennaio di ogni anno. Avevano diritto all'ammissione ai soccorsi solo i nati e domiciliati nel sobborgo di Casal Bagliano, secondo il seguente ordine di preferenza: 1°) inabili a qualsiasi lavoro; 2°) vedove con prole; 3°) vedovi con prole; 4°) poveri senza distinzione alcuna, purché nati e domiciliati nel sobborgo di Casal Bagliano.

I sussidi che erano concessi dall'Opera pia di Maria Santissima del Soccorso consistevano in una pensione annua, che si assegnava ai ciechi, ai mutilati e a coloro che erano affetti da paralisi, da retrazioni di articolazioni e perenne rigidità degli arti tale da renderli inservibili.

L'Opera pia Griffa, istituita «dall'ex religioso don Giuseppe Griffa con testamento del 24 settembre 1829», era finalizzata all'elargizione di dotazioni matrimoniali a «povere figlie ben morigerate e di onesti costumi native ed abitanti in Alessandria, territori e Corpi Santi, in ragione di lire cento per dote». Il numero delle doti ascendeva ordinariamente dalle 11 alle 12 all'anno.

Nello stesso anno 1829 Domenico Dameri lasciò in eredità all'ospedale un fondo speciale, destinato con i suoi frutti ad istituire un'Opera pia che portava il suo nome e aveva lo scopo di elargire una somma di quattro lire ad ogni convalescente povero che usciva dall'ospedale stesso, somma che «allora tornava utile, perché con due

soldi soltanto si poteva comprare un pane e una scodella di latte».

Le altre Opere pie elemosiniere che erano annesse all'attuale Ospedale dei santi Antonio e Biagio delle quali si è riusciti a conoscere solo il nome sono l'Opera pia Doglioli, l'Opera pia Rubini, l'Opera pia Herrera, l'Opera pia Lanza-vecchia, l'Opera pia Porzelli, l'Opera pia Grattarola e l'Opera pia san Giovanni Decollato.

Note

1. Giovanni Berta, *Cenni di cronistoria alessandrina*, Stab. Tipog. Jacquernod e figli, Alessandria 1903, pp. 53-56.
2. Lorenza Lorenzini, Marco Necchi, *Alessandria storia e immagini*, Casa Ed. Il Quadrante, Alessandria 1982, p. 129.
3. Luisa Ferraris, *Ricerche storico-giuridiche sull'assistenza pubblica in Alessandria nel periodo napoleonico*, in «Rivista di Storia, Arte, Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1985-86, pp. 46-86.
4. Paola Lanzavecchia, *Sanità e assistenza in Alessandria durante l'età albertina*.
5. Giovanna Farrel Vinay, *Povertà e politica nell'Ottocento*, Paravia, Torino 1997, pp. 20-38.
6. L. Lorenzini, M. Necchi, *Alessandria storia...*, op. cit., p. 160.
7. Giuseppe Prelli, *Appunti storici della città di Alessandria*, Manoscritto, Bibl. Civ. di Alessandria.
8. Pier Luigi Cavalchini e altri A.A., *Il fiume sulla città*, Fondazione Cassa di Risparmio, Alessandria 1997, p. 107.
9. L. Lorenzini, M. Necchi, *Alessandria storia...*, op. cit., p. 170.
10. *Ibidem*, p. 178-180.
11. Francesco Gasparolo, *Cenni sull'ospedale per gli ammalati col titolo di s.s. Antonio e Biagio*, in «Rivista Storia Arte e Archeologia per le province di Asti e Alessandria», 1908, p. 4.
12. *Ibidem*, p. 5.
13. *Ibidem*, p. 16.
14. *Ibidem*, p. 5.
15. *Ibidem*, p. 20.
16. Archivio di Stato di Alessandria, *Archivio Storico dell'Ospedale*, (d'ora in poi ASAL, Arch. Ospedale), vol. 1-1-3 8.
17. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-1-3 2.
18. *Ibidem*.
19. Piero Bargellini, *Mille santi del giorno*, Ed. Vallecchi, Firenze 1977, p. 298.
20. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-4-5- 1.

21. *Ibidem*, vol. 1-9 1.
22. *Ibidem*, vol. 1-1-3 2.
23. *Ibidem*.
24. *Ibidem*, vol. 1-1-3 3.
25. *Ibidem*.
26. *Ibidem*.
27. *Ibidem*.
28. *Ibidem*.
29. *Ibidem*.
30. *Ibidem*.
31. *Ibidem*, vol. 1-1-3 4.
32. *Ibidem*, vol. 1-4-5 1.
33. *Ibidem*, vol. 1-1-3 4.
34. *Ibidem*.
35. *Ibidem*.
36. *Ibidem*.
37. *Ibidem*.
38. *Ibidem*, vol. 1-4-5 1.
39. *Ibidem*.
40. *Ibidem*.
41. *Ibidem*, vol. 1-2-1.
42. *Ibidem*, vol. 1-1-2.
43. *Ibidem*, vol. 1-2-1.
44. *Ibidem*, vol. 1-1-3 7.
45. *Ibidem*.
46. *Ibidem*, vol. 1-2-3.
47. *Ibidem*, vol. 1-1-3 8.
48. *Ibidem*.
49. *Ibidem*.
50. *Ibidem*, vol. 1-7-1 2.
51. *Ibidem*, vol. 1-7-2 2.
52. *Ibidem*, vol. 1-1-3 8.
53. *Ibidem*, vol. 1-1-3.
54. *Ibidem*, vol. 1-1-3 8.
55. *Ibidem*, vol. 1-7-1 3.
56. *Ibidem*.
57. *Ibidem*, vol. 1-7-2 2.
58. Pietro Angiolini, *Vecchia Alessandria: ospedali d'altri tempi*, in «Il Piccolo», 13-8-1955.
59. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-7-1 3.
60. Maria Paola Soffiantino, *Campagna di catalogazioni*, Ospedale Civile di Alessandria, Boll. Soc. Piem. di Arch. e Belle Arti 1889, p. 361.
61. Paola Lanzavecchia, *Il refrigerio dei poveri*, Ed. U.S.S.L. 70, Alessandria, 1991, p. 29.
62. P. Lanzavecchia, *Il refrigerio...*, op. cit..
63. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-1.
64. Giovanni Maconi, *La storia della medicina e della chirurgia*, Casa Ed. Ambrosiana, Milano 1991, pp. 303-304.

65. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-1 1.

66. Nella tubercolosi polmonare, che allora era una delle malattie più frequenti, in una relazione del 1905 si legge che «venivano usati sia medicamenti somministrati per via orale, quali il creosoto, lo stiracolo (cinnamylguaiacolo) e il guaiacolo, sia per via ipodermica, come il guaiacolo in olio di oliva con l'aggiunta di eucaliptolo. Per le emorragie polmonari si ricorreva agli emostatici quali l'ergotina, il pereloro di ferro associato all'ergotina per iniezioni ipodermiche, l'ergotina associata all'estratto secco di Hamamelis virginica per via orale». Si sosteneva tuttavia anche l'importanza della profilassi, sia individuale che sociale, per impedire il propagarsi di tali malattie. Negli ospedali, per precludere il contagio, venne stabilito con disposizioni di legge che i tubercolosi dovevano essere ricoverati in sale separate. Per uniformarsi a tali disposizioni, venne deciso dalla Congregazione dell'ospedale, all'inizio del 1900, «di adibire ad uso di ricovero per i tubercolotici due camere, una in testa alla sezione di chirurgia uomini ed una in testa alla sezione di chirurgia donne». Questa soluzione, però, non venne attuata perché nel 1903 la Congregazione deliberò nuovamente di isolare i tubercolotici, ma anche questa volta senza darne esecuzione, perché da una relazione sanitaria risulta che «gli amministratori del nostro nosocomio devono separare i tubercolosi dagli altri ammalati, sia per il pericolo di contagio sia perché, trovandosi assieme, questi non respirano aria pura, indispensabile alla loro guarigione insieme al riposo e alla buona alimentazione, ma aria carica di microorganismi, contaminata dalla respirazione e dalle esalazioni di tutta la sala. Il depurare l'aria poi, specie nella stagione fredda, col tenere le finestre aperte, se torna utile ai tisici, nuoce sicuramente agli altri ammalati, specie a quelli affetti da polmoniti o bronchiti».

Le polmoniti e le broncopolmoniti venivano curate con la somministrazione di cardiocinetici ed espettoranti, e come antinfiammatorio si usava il ghiaccio per bocca. Nelle bronchiti acute semplici si prescriveva il riposo in ambiente caldo, i diaforetici e gli espettoranti. Nell'asma bronchiale si somministrava l'ioduro di potassio e, durante la crisi, dei sedativi (bromuro e belladonna), tale trattamento, però, non guariva le malattie, ma serviva solo a migliorarne il decorso. Nelle pleuriti secche, per lenire il dolore, si ricorreva agli anestetici locali ed all'applicazione di ventose e di sanguisughe sul torace. Nelle pleuriti essudative si praticava la toracentesi, senza aspettare l'insorgenza della dispnea e tanto meno della cianosi. Nei vizi cardiaci valvolari, essendo impossibile la guarigione per la presenza di lesioni anatomiche, la terapia era diretta allo scopo di dare a questi infermi un modo di vita sopportabile e a questo scopo si usavano i cardiocinetici e in modo particolare la digitale, la tintura di strofanto, la circonvallaria e la caffeina, associati ad un assoluto riposo. Negli scompensi cardiaci gravi si adoperavano i diuretici per combattere l'ascite e l'idrotorace, ma nella maggior parte dei casi non era possibile impedire l'exitus, che avveniva per embolia cerebrale o per arresto funzionale del cuore. Un

caso di aneurisma dell'aorta addominale, osservato in un giovane di 29 anni affetto da lungo tempo da sifilide, con intensi dolori addominali, fu curato con ioduro di sodio e di potassio, ma, non essendoci stato nessun risultato, il malato fu inviato nella sezione di chirurgia, perché si trattasse la lesione con la galvano-puntura.

Le gastriti acute, quasi tutte dovute a disordini dietetici o ad abuso di alcolici, venivano trattate con purganti, disinfettanti gastrici per via orale, cura lattea e regime dietetico rigoroso. Nel carcinoma gastrico in fase avanzata veniva generalmente praticata una cura palliativa con anestetici, somministrati sia per via orale sia per via ipodermica.

Le gastriti croniche, generalmente dovute nelle donne a disordini alimentari e negli uomini all'eccessiva ingestione di alcolici, venivano curate con lavande gastriche semplici o medicate, con la somministrazione di sottonitrato di bismuto e di decotti di condurango e con il controllo dell'alimentazione. Nei casi di forte dilatazione gastrica si applicava una fascia gastrica e si massaggiava la regione epigastrica. Nelle enteriti sia acute che croniche, dovute a disordini dietetici o a raffreddamento, la cura esterna consisteva in applicazioni calde sull'addome e, nelle forme acute, nella somministrazione per via orale di astringenti come l'oppio e l'acido tannico (quest'ultimo veniva somministrato anche per clistere), mentre nelle forme croniche venivano fatti clisteri di ittiolo o di naftalina.

Nelle enteriti tubercolari venivano somministrati per via orale sottonitrato di bismuto ad alte dosi e nitrato d'argento. In tutte le forme di enterite veniva adottata una dieta ricca di cibi dotati di potere astringente intestinale e nei casi gravi si praticavano anche clisteri nutritivi. Nelle gastroenteriti semplici, in quelle infettive ed in quelle ad andamento tifico, oltre al trattamento descritto per le enteriti, si somministravano antipiretici e disinfettanti intestinali, come salolo e canfonaf-tolo. L'ittero catarrale veniva curato con le cure descritte per le gastroenteriti e generalmente nel giro di due settimane l'ittero si risolveva. Nell'epatite cronica alcolica con ittero e splenomegalia, ma senza ascite, veniva praticata una cura sintomatica e per impedire l'insorgenza dell'ascite venivano usati blandi purganti e diuretici. Nelle peritoniti tubercolari si lenivano i dolori con l'applicazione di cataplasmi caldi sull'addome, si rinforzava l'ammalato con sciroppi a base di ferro e con l'elisir di china; in presenza di versamento addominale si praticava la paracentesi e si curava la stitichezza o la diarrea con lassativi o astringenti intestinali. Nelle nevriti intercostali e in quelle del nervo sciatico si somministrava la china associata ad antipirina, e nei casi in cui il dolore era più intenso si ricorreva alla morfina per iniezioni o sotto forme di pomata. Il reumatismo articolare acuto veniva curato con il riposo in un letto caldo; localmente si praticavano pennellature di tintura di iodio o frizioni con olio canforato o con salicilato di sodio e si bendava l'articolazione lesa. Nel reumatismo articolare cronico, oltre alle cure descritte per il reumatismo articolare acuto, si somministrava anche ioduro di potassio ad alte dosi. L'ammalato di nefrite acuta

era tenuto a letto in un ambiente caldo, gli venivano somministrati diuretici e diaforetici, gli venivano fatti fare dei bagni con acqua calda e veniva tenuto a dieta lattea. Nel tetano si praticavano bagni caldi, si somministrava morfina e cloralio e si praticava la cura antitetanica di Tizzoni, consistente nelle iniezioni ipodermiche di acido fenico. Nella cura delle infezioni, non disponendo ancora di farmaci che agissero sui batteri presenti all'interno dell'organismo (mentre per quelli situati sulle superfici esterne del corpo erano stati scoperti i disinfettanti), si continuava a ricorrere al cosiddetto ascesso da fissazione ideato nel 1891 e «consistente in una raccolta purulenta provocata artificialmente mediante iniezioni sottocutanee di sostanze chimiche irritanti (generalmente veniva usato olio di trementina), allo scopo di fissare a livello di tale ascesso gli agenti infettanti e tossici della malattia, mentre, in realtà, la limitata azione terapeutica di tale ascesso era dovuta al fatto che aumentava la leucocitosi, innalzando così il potere battericida del sangue».

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

67. *Ibidem*.

68. Le malattie che avevano colpito gli uomini, in ordine decrescente, erano state le otalmie (dolori localizzati all'orecchio), 36 casi; ferite, 28 casi; erisipela, 26 casi; fratture, 17 casi; ulcere o bubboni (tumefazioni superficiali), 17 casi; piaghe, 16 casi; flemmoni, 14 casi; ascessi, 12 casi; sifilide costituzionale, 9 casi; ischiade (sciatica), 8 casi; ernie, 7 casi; cataratte, 6 casi; otite, 6 casi; idrocele, 5 casi; lussazioni, 5 casi; artrite, 4 casi; atrocare (artrite tubercolare), 4 casi; foruncolo, 4 casi; gangrena senile, 3 casi; contusioni, 3 casi; fimosi, 3 casi; scrofolo (linfadenite tubercolare), 3 casi; uretrite, 3 casi; angiolenite (linfangite), 2 casi; calcolosi vescicale, 2 casi; scottature, 2 casi; tumore, 2 casi; adenite, 1 caso; cancro, 1 caso; cistite, 1 caso; flebite, 1 caso; infezione purulenta, 1 caso; ostacolo uretrale, 1 caso.

Invece le malattie che avevano colpito le donne, in ordine decrescente, erano state le otalmie, 19 casi; piaghe, 9 casi; flemmoni, 8 casi; contusioni, 7 casi; artrite, 6 casi; ulcere e bubboni, 5 casi; erisipela, 4 casi; leucorrea, 4 casi; scrofolo, 4 casi; accesso, 3 casi; cataratta, 3 casi; coxalgia, 3 casi; ferite, 3 casi; tumore, 3 casi; cancro, 2 casi; fratture 2 casi; mastoidite, 2 casi; otite, 2 casi; sifilide, 2 casi; ulcerazioni, 2 casi; atrocare, 1 caso; carie ossea, 1 caso; fistola, 1 caso; feclite, 1 caso; ischiade, 1 caso.

Dalla tabella di statistica sanitaria della sezione di chirurgia del 1866 (ossia 10 anni dopo quella soprariportata) risulta che le persone ricoverate in questa sezione sono state complessivamente 350, (quindi press'a poco lo stesso numero di quelle del 1856), di cui 259 uomini e 91 donne e anche le malattie sono grosso modo le stesse. Infatti tra gli uomini si ebbero 38 casi di otalmie; 30 di ferite; 20 di contusioni; 19 di ascessi; 19 di piaghe; 14 di fratture; 12 di orchite; 10 di erisipela; 9 di artrite; 9 di cistite; 9 di lussazione; 8 di patereccio; 7 di ischiade; 6 di carie ossea; 6 di flemmone; 4 di ulcere e bubboni; 4 di idrocele;

4 di foruncolo; 3 di commozione cerebrale; 3 di coxite; 3 di fistola; 3 di tumore; 2 di tetano; 2 di parafimosi; 2 di otite; 2 di impetigine; 2 di ernia; 2 di edema; 2 di artrocece; 2 di adenite; 1 di cancro; 1 di scottatura; nelle donne si verificarono 10 casi di ascesso; 9 di artrocece; 8 di piaga; 5 di artrite; 5 di erisipela; 5 di flemmone; 5 di frattura; 4 di otalmie; 4 di contusione; 4 di cancro; 3 di ferita; 3 di patereccio; 3 di ischiade; 3 di ulcerazione del collo dell'utero; 2 di polipo; 2 di periostite; 2 di otite; 2 di adenite; 1 di coxite; 1 di mastoidite; 1 di fistola; 1 di foruncolo; 1 di scirro; 1 di carie ossea; 1 di scrofola; 1 di sifilide costituzionale; 1 di tumore.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

69. Erano stati effettuati 216 interventi, così suddivisi in ordine decrescente: 51 per ernie inguinali e crurali; 21 per asportazione di tumori vari; 18 per unghia incarnata; 15 per svuotamento linfoghiandolare del cavo ascellare, 15 per fistola anale e emorroidi; 15 disarticolazioni e amputazioni; 14 per resezione di vene varicose delle gambe; 6 osteotomie per carie ossea; 6 uretrotomie per ostacoli uretrali; 6 suture tendinee; 5 suture ossee (osteosintesi); 5 per idrocele; 5 per varicocele; 5 orchietomie; 4 cistotomie per via perineale e ipogastrica; 4 resezioni costali per empiema pleurico; 3 di plastica cutanea; 3 laparotomie esplorative per tumori addominali; 1 omentopessia secondo talma per cirrosi epatica con ascite; 1 asportazione del retto per cancro. Nello stesso anno (1912) furono visitate presso l'ambulatorio annesso alla sezione 4.702 persone ed eseguiti numerosi interventi di chirurgia minore, quali incisioni di ascessi; incisioni e raschiamenti di adeniti; cauterizzazioni di pustole maligne e antraci; suture di ferite; disarticolazioni di falangi delle dita; bendaggi per lussazioni e fratture.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

70. Da un inventario dell'armamentario chirurgico presente nella sala operatoria della sezione di chirurgia effettuato nel 1906 risulta la seguente dotazione: 1 letto in ferro ed 1 in legno per le operazioni; 1 sterilizzatrice a vapore e 1 a secco; 2 macchine elettriche per galvano-caustica, di cui 1 a corrente continua; 1 lampada per disinfezione con formalina; 1 aspiratore di Potain per l'aspirazione dei liquidi dalla cavità dell'organismo; 1 apparecchio di Dieulafoy; 1 apparecchio di Junker per anestesia generale con cloroformio; 2 termocauteri; 2 martelli in legno; 3 pinze osteotome rette e 1 curva; 4 pinze incisive di cui 2 con molle; 2 pinze di Farabeuf per afferrare e trattenere pezzi scheletrici durante l'intervento; 2 pinze ossee, di cui 1 retta e 1 curva; 13 scalpelli ossei, di cui 3 di grandi dimensioni; 6 sgorbie con manico di legno; 2 staccaperiostio; 1 costotomo; 1 elevatore osseo; 2 leve metalliche; 1 trapano osseo con otto punte di calibro diverso; 5 aghi di Reverdin, di cui 2 con manico di legno; 6 trequarti con manico di legno; 3 trequarti per cisti ovarica; 3 trequarti metallici, di cui 2 curvi e 1 retto; 2 serranodi, di cui 1 con manico di legno; 3 dilatatori uterini, di cui 2 a tre branche; 3 specoli vaginali; 2 specoli anali; 1 sonda uterina; 2 siringhe per iniezioni endouterine; 1 isterometro; 7 valve dilatatrici di dimen-

sioni diverse; 5 cucchiai per raschiamento uterino; 4 cateteri uretrali per donne; 16 cateteri uretrali metallici per uomo, di cui 7 piccoli; 2 cateteri uretrali di Mercier; 1 serie di cateteri uretrali di Beniquè; 1 scatola di strumenti per litotrizia; 1 scatola di strumenti per cistotomia; 2 porta minugie; 2 uretrotomi; 6 siringhe scannellate; 6 sonde metalliche piene; 2 compressori intestinali; 1 laringoscopio con lampada; 12 cannule tracheali; 2 tonsillotomi; 1 pinza-forbice; 1 specolo nasale; 1 sonda di Bellow, per fare passare un filo attraverso le narici nella bocca; 3 cannule esofagee; 1 portaspugna; 1 scatola per intubazione; 1 scatola con aghi per sutura; 1 specillo elettrico; 1 scatola per odontoiatria; 2 scatole per trapanazione del cranio; 2 apribocca; 2 tiralingua; 2 fasce di Esmarch; 4 specilli; 7 porta aghi; 12 dilatatori metallici di varie dimensioni; 7 uncini; 8 bottoni di Murphy per le anastomosi intestinali; 5 aghi di Deschamps; 12 seghe per ossa; 9 pinze di Museaux; 2 pinze da cisti ovarica di Collin; 19 pinze per usi vari (per sequesteotomia, per polipi, per l'estrazione di corpi estranei dai tessuti molli, ecc.); 20 pinze di Pean; 10 pinze anatomiche; 6 pinze chirurgiche; 21 pinze di Spencer Wells; 8 forbici rette; 9 forbici curve; 2 porta batuffoli; 2 sonde scanalate; 15 pinze di Klemmer; 38 bisturi vari; 6 bisturi grandi per disarticolazione; 9 bisturi con manico di legno; 4 amputanti, di cui uno con manico di legno.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 2-1-1 3.

71. *Ibidem*, vol. 1-9-2.

72. Fra questi interventi figurano 2 trapanazioni del cranio; 5 operazioni radicali per mastoidite e labirintiti purulente; 2 resezioni del mascellare inferiore; 1 resezione del mascellare superiore, 3 tiroidectomie; 10 amputazioni di mammella con svuotamento del cavo ascellare per carcinoma; 5 laparotomie semplici; 1 ano iliaco per cancro del retto; 2 gastroenteroanastomosi per cancro del piloro; 1 gastrectomia per cancro; 1 resezione intestinale per cancro del sigma; 1 ileocolostomia per cancro del colon; 1 resezione del fegato per tumore; 168 operazioni radicali per ernia, secondo la tecnica di Bassini; 2 operazioni radicali per ernia, secondo la tecnica di Postempsky; 1 operazione per ernia ombelicale; 3 nefrotomie; 2 cistotomie per calcoli; 1 resezione di gomito; 2 resezioni del carpo; 4 amputazioni di arti; 6 disarticolazioni; 1 liberazione del nervo mediano inglobato in un callo osseo esuberante; 8 riduzioni di lussazione congenita dell'anca; 2 innesti tendinei per paralisi infantili; 3 resezioni ossee; 2 artrotomie; 1 legatura dell'arteria femorale per ferita; 1 legatura dell'arteria poplitea per ferita; 12 operazioni per vene varicose degli arti inferiori, secondo la tecnica di Trendelenburg (legatura della grande safena e escissione delle vene varicose); 6 tenorrapie; 3 innesti cutanei, secondo la tecnica di Thiersch; 5 divulsioni anali per ragade anale; 21 termocauterizzazioni per emorroidi; 19 escissioni di fistola anale; 7 incisioni di ascessi perianali; 2 asportazioni di mucosa rettale per prolasso; 2 riduzioni cruente di parafimosi; 1 plastica per ipospadia; 3 circoncisioni per fimosi; 1 riduzione cruenta di testicolo ectopico; 6

uretrotomie interne per stenosi uretrale; 7 uretrotomie esterne per stenosi uretrale; 11 interventi radicali per varicocele; 4 orchietomie; 7 operazioni radicali per idroceli; 5 appendicectomie; 7 incisioni di mastiti purulente; 4 resezioni costali per carie; 4 toracentesi; 1 costotomia; 7 svuotamenti di ascessi freddi della parete toracica; 1 resezione del muscolo sternocleidomastoideo per torcicollo; 5 tracheotomie per stenosi laringea da differite; 3 asportazioni di ciste congenita del collo; 2 enucleazioni di gozzo; 1 strumectomia con tracheotomia per cancro tiroideo; 10 incisioni di ascessi sopra e sottoioidei; 6 operazioni per labbro leporino; 3 tonsillectomie; 5 asportazioni di adeniti cervicali; 31 incisioni di adenoflemmoni del collo; 1 amputazione di lingua per cancro; 1 asportazione di epulide; 1 termocoagulazione di papilloma della lingua.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

73. Giovanni Maconi, Antonio Maconi, *L'importante contributo della Scuola chirurgica pavese allo studio e alla terapia delle ernie*, Tip. Barberis, S. Salvatore Monf. (AL) 1990.

74. Disponeva infatti di 2 letti operatori in ferro; 3 pentole per la sterilizzazione dei ferri chirurgici; 1 maschera per narcosi; 6 bottiglioni per soluzioni antisettiche; 1 albuminometro; 1 mortaio per la segale cornuta; 1 termocauterio; 1 tiralingua e 1 apribocca per narcosi; 2 rasoi. Lo strumentario ostetrico era costituito da 1 forcipe; 1 dilatatore; 1 cranioclaste; 1 craniotomo tiratesta; 1 uncino rachiotomo; 1 leva; 1 pelvimetro. Lo strumentario ginecologico era costituito da 46 pinze emostatiche di Klemmer di varie dimensioni; 4 angioclasti di Bottini (pinze emostatiche); 14 sonde; 2 pinze anatomiche; 5 pinze chirurgiche (biuncinate e triuncinate); 3 aghi di Dechamps; 100 aghi per sutura di forme e dimensioni varie; 1 serie di dilatatori di Hegar; 7 paia di forbici assortite; 2 bottoni di Murphy per enterostomia; 1 tre quarti per ovariotomia; 6 portaspugne; 1 speculo anale; 8 cucchiaini fenestrati; 9 cateteri di gomma e 1 metallico; 8 bisturi; 6 valve fisse e 6 smontabili; 5 irrigatori; 2 cannule vaginali; 2 siringhe a doppia corrente.

ASAL, Arch. Ospedale.

75. In ginecologia vennero effettuate su 47 donne cure mediche per complicazioni della gravidanza, per fatti infiammatori acuti e cronici dell'utero e degli annessi e per infezioni generali successive ad aborto o al parto; 13 medicazioni vaginali ed endouterine per fatti infiammatori dell'utero, della vagina e degli annessi; 3 medicazioni dell'uretra e della vescica; 2 dilatazioni dell'uretra per stenosi e tenesmo; 6 fissazioni dell'utero per spostamento; 8 plastiche vagino-cervico-perineali per prollasso uterino; 2 asportazioni di polipo uretrale; 2 estrazioni di calcoli vescicali attraverso l'uretra; 1 spaccatura di ascesso periuretrale; 4 spaccature di ascesso delle ghiandole del Bartolini; 1 asportazione di ghiandola del Bartolini; 1 spaccatura di ematoma del grande labbro; 1 imenectomia totale per vaginismo; 2 enucleazioni di cisti vaginali; 3 asportazioni di polipo uterini protudenti in vagina; 4 asportazioni di fibromi sottomucosi dell'utero; 1 amputazione del collo dell'utero; 6

dilatazioni del collo dell'utero per stenosi; 122 raschiamenti dell'utero, di cui 6 per cancro inoperabile; 60 per endometrite e metrite; 46 per residui di aborto; 10 per metrorragia da menopausa; 13 provocazioni di aborto per indicazioni mediche varie, di cui 9 con metodo rapido (forzato) e 4 con metodo lento; 1 spaccatura di parametrite; 27 laparotomie di cui 4 per peritonite tubercolare; 9 per cisti ovariche o paraovariche; 5 per fibromiomi dell'utero (isterectomie totali e subtotali); 3 per gravidanze extrauterine e 6 per fatti suppurativi anessiali e peritoneali; 3 perineoraffie; 10 raschiamenti in puerperio. Si ebbero 5 decessi, con una percentuale di mortalità dell'1,76%.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

76. Si effettuarono 7 applicazioni di forcipe, di cui 1 allo stretto superiore, 1 nello scavo pelvico e 4 nello stretto inferiore. Si praticarono 5 rivolgenti per presentazione di spalla; 1 embriotomia cefalica per presentazione di testa posteriore; 11 estrazioni manuali podaliche; 4 craniotomie; 4 cranioclastie; 5 secondamenti (1 interno e 4 esterni); 6 perineoraffie per lacerazioni di 1° e 2° grado; 18 raschiamenti in puerperio. Si ebbero 2 decessi (1 per embolia polmonare e 1 per tubercolosi) con una mortalità dell'1,25%.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

77. Le operazioni erano così suddivise mediamente per ciascun anno: 5 mastoidectomie (trapanazione della mastoide) per mastoidite acuta e subacuta; 3 svuotamenti petro-mastoidei (operazione radicale) per otite media purulenta, otomastoidite cronica, granulomi dell'orecchio medio, ecc.; 2 antrotomie (apertura dell'antro mastoideo mediante trapanazione) per ascesso mastoideo; 1 plastica retroauricolare per chiusura foro post-operatorio; 1 sutura padiglione auricolare per ferita; 2 enucleazioni di cisti del padiglione auricolare e retroauricolare; 1 incisione ascesso laterocervicale del collo; 2 incisioni ascessi padiglione auricolare e foruncolo del condotto uditivo esterno; 2 incisioni ascessi retroauricolari (la foruncolosi del condotto uditivo esterno dava solo raramente motivo per incisioni chirurgiche, perché la cura con vaccini usata sistematicamente determinava la risoluzione spontanea del processo suppurativo locale); 1 asportazione di granulazioni polipose del condotto uditivo e della cassa mediante ansa a freddo, seguita dal raschiamento della cassa; 2 asportazioni del condotto di piccoli corpi estranei, rappresentati da pietruzze, semi vegetali e frustoli di graminacee; 5 paracentesi della membrana timpanica; 1 incisione di ascessi superficiali esterni del naso (ascesso dell'ala del naso, ascesso naso-genieno, ascesso del vestibolo nasale); 2 resezioni sottomucose del setto nasale per deviazione; 2 turbinotomie inferiori per riniti ipertrofiche; 2 asportazioni di polipi nasali con ansa e pinze talvolta associata a turbinotomie; 1 apertura dei seni facciali per sinusite purulenta; 1 asportazione tumori endonasali; 2 tamponamenti nasali e galvanocautiche per epistassi; 9 interventi per ascessi tonsillari e peritonsillari, eseguiti per via ottusa o con incisione del velo, se anteriori o superiori oppure con incisione del pilastro se posteriore; 6 tonsil-

lectomie e adenoidectomie con il metodo dello spezzettamento o con asportazione completa della tonsilla con la sua capsula (operazione di Sluder); 1 biopsia laringea; 1 asportazione papillare delle corde vocali. È evidentemente una casistica operatoria ormai sovrapponibile a quelle attuali.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2..

78. Delle 393 persone affette da blenorragia, 96 ebbero complicazioni (restringimenti uretrali, orchiepididimiti, artriti al ginocchio, e adeniti inguinali). Mancando allora un rimedio specifico per questa malattia, venivano continuamente proposti nuovi farmaci e metodi di cura. Nel dispensario di Alessandria per curare questa malattia si procedeva nel seguente modo: dopo aver accertato con l'esame microscopico la diagnosi, si sottoponevano i pazienti a lavande uretrali, con uno schizzetto di vetro della capacità di 10 c.c., usando una soluzione composta di sublimato corrosivo (centigrammi 3), ittiolo (gr. 6) e acqua distillata (gr. 300), oppure una soluzione di protargolo all 0,5-2%, o una soluzione di ittiolo in glicerina al 5-10%. Nei casi in cui i fenomeni infiammatori si presentavano particolarmente intensi, venivano prescritti come antinfiammatori dei balsamici per bocca o per via parenterale.

Delle 330 persone affette da ulcera semplice contagiosa (chiamata anche ulcera molle o elcosi venerea) 114 ebbero complicazioni (adeniti acute inguinali, «bubbonoli» e edemi del prepuzio con fimosi). L'ulcera veniva curata con una rigorosa pulizia e disinfezione della parte, tocature con nitrato d'argento o con tintura di iodio o guaiacolo e applicazione di polveri essiccanti. Le adeniti inguinali venivano incise e medicate asetticamente.

Dei 187 casi di sifilide (un numero non eccessivamente elevato per un quadriennio, ma in continuo aumento, essendo salito dai 34 casi del 1896 ai 56 del 1900) 6 ebbero le seguenti complicazioni: 3 casi di irite; 1 caso di orchiepididimite; 1 caso di sifilide polmonare e 1 caso di sifilide da allattamento mercenario, in cui l'infezione venne trasmessa dal bambino erodoluetico alla balia.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2..

79. Furono curati con i raggi X e il radium 77 ammalati, dei quali 2 affetti da acne volgare; 1 da angioma; 17 da adenite inguinale venerea; 1 da antrace; 1 da cheloide; 1 da eczema al pube; 1 da endotelioma del mascellare inferiore; 11 da epitelomi cutanei in sedi varie; 1 da foruncolosi; 2 da ipertucosi; 1 da lichen ruben planus; 1 da linfoma cervicale; 11 da lupus vulgaris; 4 da lupus eritematoso; 6 da nevralgie; 1 da orchiepididimite; 1 da piaga da varici; 5 da prurito genito anale; 6 da sicosi; 1 da spina ventosa; 1 da splenomegalie; 1 da tigna favosa. I risultati ottenuti da questo trattamento furono i seguenti: 38 guariti (pari a circa il 50%); 18 migliorati (pari a circa il 25%); 8 stazionari (pari a circa il 10%); 13 non tornati al controllo (pari a circa il 15%). I risultati migliori si ebbero nella cura delle adeniti inguinali veneree in cui si contarono 9 guariti e 4 migliorati su 17 trattati e del lupus vulgaris con

5 guariti e 4 migliorati su 11 trattati, mente nella cura degli epitelomi si ebbero 4 guariti e 2 migliorati su 11 trattati, e in quelle delle nevralgie si ebbero 1 guarito e 2 migliorati su 6 trattati.

ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-9-2.

80. Guglielmo Schiavina, *Annali di Alessandria*, Stamperia Bernabè e Borsalino, Alessandria 1861, p. 301.
81. P. Lanzavecchia, *Il refrigerio...*, op. cit., pp. 57-58.
82. Schiavina G., op. cit., pp. 311-312.
83. P. Lanzavecchia, *Il refrigerio...*, op. cit., p. 55.
84. Arch. Stor. Osp. di Alessandria, vol. 1-7-1 2.
85. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit., del 13-8-1955.
86. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 295.
87. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit., l 13-8-1955.
88. G. Schiavina, *Annali di Alessandria*, op. cit., p. 295.
89. ASAL, Arch. Ospedale, vol. 1-1-3 1.
90. *Ibidem*.
91. P. Angiolini, *Vecchia Alessandria...*, op. cit., del 13-8-1955.
92. L. Lorenzini, M. Necchi, *Alessandria storia...*, op. cit., p. 84.
93. G. Schiavina, *Annali di Alessandria...*, op. cit., p. 294.

## Parte Quarta



Teresio Borsalino. Fondatore del sanatorio di Alessandria, che attualmente porta il suo nome.

## I benefattori dello Spedal Grande e dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio

La beneficenza, poco praticata nell'antichità greca e romana, incominciò a manifestarsi concretamente solo all'inizio della nostra era, con il diffondersi del cristianesimo. Si deve, infatti, a questa religione se il sentimento che porta l'uomo ad alleviare le sofferenze altrui fu elevato a regola fondamentale, dando origine alla beneficenza, intesa nel senso che coloro che sono più ricchi devono preoccuparsi di aiutare, con l'opera personale e con sussidi, i fratelli bisognosi.

Divenuto il cristianesimo religione di Stato e cresciuto enormemente il numero dei suoi aderenti, le fonti della beneficenza si accrebbero e si moltiplicarono. Inizialmente le elargizioni in denaro, immobili e terreni venivano fatte dai benefattori in vita o in morte, alla Chiesa, perché questa a sua volta provvedesse alla beneficenza a favore dei bisognosi attraverso l'istituzione soprattutto di Opere pie e ospedali, che passarono poi sotto il diretto controllo del Papato. Ciò accrebbe notevolmente il potere della Chiesa nel campo assistenziale, al punto che divenne di sua quasi esclusiva competenza. Ma nella seconda metà del 1400 e specialmente nel 1500, per effetto di numerosi fattori (quali le frequenti guerre; il peggioramento delle condizioni economiche; i disordini morali del clero, che portarono a soprusi nell'amministrazione ospedaliera; la decadenza della fede e della morale) l'opera assistenziale della Chiesa non

fu più sufficiente; perciò dovette intervenire anche lo Stato, che fino allora non si era posto tale problema sia perché non si concepiva che esso potesse gestire autonomamente le opere assistenziali di beneficenza, sia perché l'autorità statale non si era ancora affermata con forza di fronte alla Chiesa.

Il passaggio di questo tipo di assistenza dalla Chiesa allo Stato avvenne gradatamente e fu attuato con la sostituzione graduale nell'amministrazione degli ospedali e degli istituti assistenziali, degli ecclesiastici con i laici. Nel 1600 e nella prima metà del 1700 la riforma nel campo dell'assistenza continuò, fino a che la gestione dell'assistenza pubblica passò quasi completamente sotto il controllo dello Stato.

Anche lo Stato, però, non sarebbe riuscito da solo a far fronte a questo compito, se non avesse continuato ad intervenire direttamente la beneficenza privata, senza l'intermediazione della Chiesa come avveniva nel passato.

Nella seconda metà del 1700, sotto l'influsso delle nuove teorie filantropiche dell'illuminismo, anche nel campo della beneficenza si giunse a concezioni nuove. Mentre prima la carità derivava da una prescrizione religiosa, dove il fine preponderante era la salvezza dell'anima del benefattore, da cui conseguiva una certa umiliazione per i beneficiati, secondo i riformatori illuminati, invece, il desiderio di fare il bene altrui era ispirato dall'ambizione di essere utile agli altri, sollevando i bisognosi con mezzi appropriati. Da qui derivò, per conseguenza, l'affermazione del diritto dei poveri all'assistenza e venne definitivamente acquisito il concetto dell'assistenza come dovere dello Stato, mentre l'opera della Chiesa veniva considerata come sussidiaria e complementare a quella dello Stato, modificando così in maniera radicale e definitiva la forma secolare dei rapporti fra Stato e Chiesa nel campo dell'assistenza.

Lo Stato moderno, dopo aver definitivamente riconosciuto come suo il compito del soccorso all'indigenza e al pauperismo, dovette dare una disciplina giuridica alla beneficenza privata e organizzare la beneficenza pubblica erogata

dallo Stato. Per quanto riguarda la prima, lo Stato si arrogò il diritto di concedere la personalità giuridica alle istituzioni gestite da questo tipo di beneficenza e di sottoporle a controllo e, ove ne intravedesse il bisogno, di trasformarne la personalità, mentre rese obbligatoria la beneficenza e la elevò a pubblico servizio. Le istituzioni dove si svolgeva l'attività assistenziale attraverso la beneficenza privata erano distribuite irregolarmente sul territorio nazionale e non tutte erano dotate di mezzi adeguati alla loro finalità. Inoltre esse erano rette da tavole di fondazione e da statuti conformi alla volontà dei fondatori di solito inderogabili, salvo il provvedimento eccezionale della trasformazione dei loro scopi istituzionali.

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza erano, invece, rette dalle Congregazioni di Carità, presenti in ogni Comune, ma la maggior parte di esse era sfornita di un proprio patrimonio e quasi tutte avevano scarsi mezzi economici, che non sempre pervenivano loro regolarmente dallo Stato, dalla provincia o dal comune; perciò nel 1937 le Congregazioni di Carità vennero soppresse e per fruire della beneficenza statale si ricorreva al domicilio di soccorso, uno speciale istituto giuridico, costituito nel 1890, che fissava il titolo giuridico del povero a ricevere i soccorsi, e gli enti a carico dei quali erano poste le relative spese. A partire dal 1978 lo Stato concesse a tutti i cittadini l'assistenza ospedaliera gratuita, indipendentemente dalle loro condizioni economiche. Da quanto è stato sommariamente riferito sulla storia dell'assistenza e della beneficenza, appaiono evidenti le difficoltà che lo Stato incontrava nel gestirle e quindi anche come fossero decisive a questo scopo le donazioni dei benefattori.

Fin dalla sua fondazione l'ospedale di Alessandria, attraverso la Congregazione che lo amministrava, incoraggiò sempre la beneficenza, ritenendola essenziale per assolvere i suoi compiti. Nel primo regolamento dell'ospedale (Ordini stabiliti), compilato nel 1589, si legge infatti che il notaio dell'ospedale «il giorno in cui si congrega il Collegio dei No-

tai, deve pregare per parte della Congregazione tutti li Notai, e avisarli che vogliano ricordare à testatori à luogo e tempo la importanza dell'opera, accioché faccian qualche elemosina all'Hospitale raccordandoli, che ne riceveranno il premio eterno». Inoltre da questo regolamento risulta che nell'organico dell'ospedale vi era il «Collettore ordinario delle limosine che due volte a settimana ricercava limosine di pane e di dinaro».

Spinto e promosso anche dall'atteggiamento favorevole della Curia e dall'esempio di molti nobili, «dotare l'ospedale, farlo erede e beneficiario nel testamento, legargli beni e rendite costituì un uso corrente dei ceti abbienti, senza distinzione alcuna fra nobili e ricchi borghesi, fra cittadini e abitanti del contado».

I capitali affluivano così con sempre maggior dovizia e l'ospedale acquistò od ottenne in dono o in eredità terre, cascine e mulini, tanto che nel 1776 «consiste il patrimonio di questo Pio luogo in Case, e Beni stabili, posti, e situati nella massima parte nella presente Città, e suo territorio, e per l'altra parte ne confini di Tortona, Valenza, Frugarolo, Quargnento, Pietra Marazzi, Pavone, Peceto, Oviglio, Frascaro e Cassine: quali Case, e Beni, altri sono livellati a diversi particolari, altri conceduti ad affitto temporaneo, altri tenuti ad economia dello Spedale medesimo, ed altri finalmente costituenti numero nove corpi Massarizij conceduti a Colonia parziaria colle rispettive locazioni risultanti dalle capitolazioni cò Massari di detti Corpi Massarizij»<sup>1</sup>.

In un altro documento dello stesso anno (1776) risulta che il patrimonio dell'ospedale, che si può ritenere quasi tutto proveniente dalle donazioni dei benefattori, essendo irrilevanti gli utili ricavati dal ricovero degli ammalati, in dettaglio era il seguente: 12 case nel recinto di questa città, con un rendimento annuo di lire 1.107 e soldi 19; 2 case con un canone annuo di lire 102, soldi 13 e denari 4; 1 casa con canone annuo di lire 58 e denari 10; 7 moggia di terreno con un canone annuo di lire 64, soldi 7 e denari 4; «beni livellati a frutti d'uve e di farro» di 2 moggia e 7 stare, altri a «a for-

mento e polli»; in affitto temporaneo erano date 4 case in città, 3 in campagna con i loro «beni arativi e prativi», gli stessi senza casa, dati in affitto temporaneo erano divisi fra 12 diversi affittuari; 3 vigne erano date «a metà», le «vigne e boschi lavorati ad economia» assommavano a più di 87 moggia; le 9 masserie possedute rendevano non solamente denaro contante, formento, meliga, ceci, fagioli, canevolo, eccetera, ma anche «ova a Pasqua di resurrezione», «pollastri in agosto», «capponi a san Martino». Venivano poi «capitali cumunativi» verso Alessandria, Solero, Oviglio, Frugarolo, Piovera, Pontecurone, mentre si godevano redditi bancari in Milano, Roma e Genova. Si avanzavano crediti dalle Regie Finanze e censi numerosi. Chiudevano il lungo elenco 2 molini natanti sul Tanaro ed uno «terraneo» e 3 patronati di cappellanie e canonicate.

«Per quanto lo stato attuale delle conoscenze sulla storia dell'ospedale non consenta di definire in termini esatti la crescita della sua importanza economica durante il Sei e il Settecento, essa appare continua ed inarrestabile. Ne costituisce una prova indiretta la costruzione, sul finire del 1700, della nuova sede (che corrisponde a quella attuale) ed il progressivo confluire in essa di una molteplicità di istituzioni di beneficenza e assistenziali, prima disperse in luoghi diversi della città»<sup>2</sup>.

Le oblazioni fatte dai benefattori all'ospedale avvenivano generalmente sotto due forme: quella generica, consistente nel fare all'ospedale un'oblazione senza vincoli, per cui questa poteva essere utilizzata nella maniera che si riteneva opportuna; e quella vincolata, cioè fatta per un determinato scopo da realizzare attraverso l'istituzione di un'Opera pia. La prima forma era la più frequente, ma la meno apparente, come si è già ricordato, tutte le Opere pie, istituite dalla beneficenza privata, che facciano capo all'ospedale, pur essendo sotto la sua direzione, avevano un'amministrazione autonoma, separata da quella dell'ospedale stesso.

Nell'elenco cronologico delle principali Opere pie sorte nello Spedal Grande e nell'attuale ospedale, sulle quali ci

si è già soffermati in diverse parti del libro, figura al primo posto l'Opera pia degli esposti, creata nel 1594, per l'assistenza agli esposti, cioè ai neonati abbandonati, sostenuta dalle donazioni del sacerdote Giambattista Ortiz. A questa fece seguito l'Opera pia delle «doti matrimoniali», da distribuire annualmente alle ragazze povere della città e dei sobborghi che volevano maritarsi, istituita nel 1597 da Biagio Moizi.

Nel 1649 Francesco Ghilini costituì in ospedale il Monte di Pietà, un'Opera pia che aveva lo scopo di soccorrere i bisognosi della città e dei sobborghi con prestiti in denaro contro pegno, e il pagamento di un interesse. Nel 1673 venne fondata dal canonico Giacomo Francesco Pomesano un'Opera pia, che porta il suo nome, per curare a domicilio i «poveri vergognosi», sovvenzionandola con i proventi ricavati da una farmacia da lui fatta erigere nell'ospedale.

Nel 1797 il prevosto Giovanni Stefano Passalacqua lasciava per testamento una cospicua somma per la fondazione nell'ospedale di un'Opera pia per il ricovero dei figli di incerto padre, che venne, però, realizzata solo nel 1820 e assunse il nome di «Pio ritiro degli orfani» (orfanotrofio). Nel 1826 venne aperta in ospedale l'Opera pia Solia (dal nome del suo fondatore Francesco Solia) «per ricoverare, alimentare e provvedere di tutto le povere fanciulle e le vedove della città di Alessandria, comprese anche quelle dei sobborghi, le quali si trovino prossime al parto, per rimanervi fino dopo il puerperio». Nel 1829 Domenico Dameri lasciava per testamento tutte le sue sostanze all'ospedale «coll'obbligo di dare a ciascun convalescente, nell'atto di uscire dall'ospedale medesimo, la somma di 4 lire».

Nel 1831, in seguito alle ragguardevoli donazioni fatte dal teologo Luigi Patria e dal senatore Alessandro Sticca, venne istituita in ospedale l'Opera pia degli incurabili, per il ricovero di questi ammalati, affetti da malattie croniche incurabili, che l'ospedale per regolamento non poteva accettare. Nel 1890 nell'ospedale venne istituito da Cesare Arrigo e da un gruppo di benefattori l'Ospedaletto infantile per la cura

dei bambini poveri, affetti da malattie acute e curabili, aventi non più di 12 anni. Nel 1913 Teresio Borsalino, figlio di Giuseppe, il fondatore della celebre fabbrica di cappelli, per onorare la memoria del padre donò all'ospedale un milione di lire, al fine di istituire una sezione autonoma per il ricovero e la cura dei tubercolotici, chiamata Fondazione Borsalino. Oltre alle Opere pie sopraelencate che, come si è detto, rappresentano solo le principali di quelle esistenti nell'ospedale, vi erano anche le Opere pie elemosiniere dei «letti a cura gratuita», che i benefattori acquistavano per gli ammalati poveri. Le Opere pie elemosiniere erano finalizzate all'elargizione di aiuti alle persone bisognose, sottoforma di denari, medicinali, vestiario, generi alimentari e altro.

Come si può rilevare, le Opere pie, presenti nell'ospedale svolgevano attività assistenziali per i poveri in molti settori, che andavano da quello ospedaliero, per il ricovero e la cura, a quello educativo (orfanotrofio), finanziario (Monte di Pietà) e elemosiniere, attraverso elargizione di soccorsi in denaro, alimenti, vestiario e medicinali.

I benefattori che istituivano le Opere pie non erano solo persone singole ma anche enti pubblici e privati e fra questi merita di essere particolarmente citato la Cassa di Risparmio di Alessandria che, come si è già ricordato, è stata fin dalla sua apertura, avvenuta nel 1840, uno dei maggiori benefattori dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio e per questo assunse anche il diritto, durato a lungo, di avere un suo rappresentante nel consiglio di amministrazione di questo ospedale.

In segno di riconoscenza, le varie amministrazioni che si succedettero nell'ospedale fecero effigiare nel marmo o su tela parecchi benefattori e in questo modo realizzarono un patrimonio che attualmente ha un grande valore storico e anche un qualche valore artistico. «L'aver voluto dipingere o scolpire le sembianze del benefattore perché di lui e del suo gesto rimanga una memoria imperitura non ha solamente lo scopo di ringraziarlo pubblicamente attraverso un segno visibile e duraturo nel tempo, ma anche quello di stimolo ad

ulteriori donazioni e a mantenere vivo questo nobile atto di contribuire alle Opere dell'ospedale e delle Opere pie che gli ruotavano attorno». Per questi motivi i quadri e i busti dei benefattori che si osservano in alcuni locali e corridoi dell'ospedale rappresentano molto più che semplici espressioni di riconoscenza, poiché servono anche a dimostrare «che l'antica norma, contenuta nel regolamento ospedaliero (“Ordini stabiliti”) del 1589, in base alla quale i notai dell'ospedale dovevano ricordare ai testatori i benefici di ordine spirituale che comportavano i lasciti all'ospedale, ha costituito una strategia puntigliosamente seguita con successo».

I quadri che raffigurano i benefattori dell'ospedale al 22 gennaio 1960 ammontavano a 117. Negli inventari dell'Ospedale del 1600 e del 1700 compaiono anche grandi tele, con i ritratti di benefattori a figura intera, ora scomparse. Tali quadri sono stati dipinti fra il 1569 e il 1953, i più numerosi sono quelli del 1800 (49), seguiti da quelli del 1900 (26), del 1600 (10), del 1700 (4) e del 1500 (1); i restanti non sono datati. Essi venivano commissionati ai pittori direttamente dall'Amministrazione dell'Ospedale e, in alcuni casi, questa ipotesi è confermata dal documento di pagamento effettuato secondo le norme relative alle onoranze dei benefattori<sup>3</sup>.

Oltre ai quadri, si trovano nell'Ospedale 11 buste relative a benefattori, quasi tutti ottocenteschi

#### Note

1. Paola Lanzavecchia, *Il refrigerio dei poveri*, Ed. U.S.S.L. 70, Alessandria 1991, p. 17.
2. *Ibidem*.
3. Maria Paola Soffiantino, *Campagna di catalogazioni*, Ospedale Civile di Alessandria, Boll. Soc. Piem. di Arch. e Belle Arti 1889, pp. 364-373.

## Postfazione

L'idea di questa nuova edizione del libro che mio padre scrisse sulla storia dell'Ospedale di Alessandria nasce dalle sollecitazioni, quasi quotidiane, della dottoressa Elisabetta Gandini che, oltre che artefice della Biblioteca Biomedica del nostro Ospedale, è anche una dei principali depositari della sua memoria storica.

Ad ogni copia che abbandonava gli scaffali corrispondeva puntuale il commento *“Bisogna ristamparlo, sta finendo”*.

*“Non si può rimanere senza una copia della storia dell'Ospedale”*, le ha fatto eco la senatrice Carla Nespolo che ha, quindi, messo in moto l'efficientissima macchina dell'ISRAL ed ha attivato una rete che ci ha portati fino a questa riedizione.

L'ISRAL ha svolto un ruolo fondamentale anche grazie al professor Franco Castelli che, con precisione, ha ricorretto il testo ma, soprattutto, ne ha rivisto la parte iconografica, aggiornata con le immagini di Albino Neri e di Federica Castellana.

I miei ringraziamenti vanno, quindi, all'impegno loro e di tutti quelli che hanno sostenuto l'idea e consentito di dare vita a questa rinnovata edizione.

La prima rappresentò un omaggio ed un riconoscimento che mio padre volle fare a questo Ospedale e a questa città: 288 pagine in cui si ripercorrono gli anni dalla fondazione ai primi anni '70, un lavoro che auspico venga completato, pur nelle difficoltà dovute alle perdite di documentazione e materiali di archivio durante l'alluvione.

La volontà di ridarle vita nasce dal desiderio di ribadire il pensiero che mosse mio padre: la coscienza del proprio passato e della propria storia garantisce la dimensione del presente e consente di affrontare consapevolmente le sfide della modernità. In questo legame fra passato e futuro fondamentale appare, per la nostra comunità, il ruolo dell'Ospedale: è eccellenza da salvaguardare, rafforzare e sviluppare anche attraverso la creazione di una sinergia forte con realtà quali Università, Istituzioni, Enti e settori delle attività produttive. E una grande energia può derivare a questa rete dal supporto fornito dal volontariato sociale, peculiare patrimonio alessandrino.

Permettetemi, infine, un pensiero a mia madre Lidia che, mancata quest'anno, è sempre stata la prima sostenitrice di tutte le iniziative mie e di mia sorella Caterina ed un augurio a mio nipote Giovanni Carlo, primo vero piemontese della famiglia: che abbia la fortuna di incontrare, nella sua generazione di alessandrini, tante persone preparate, disponibili e generose come coloro che abbiamo avuto la fortuna di incontrare noi in questa città.

Antonio Maconi

## Elenco dei benefattori

1521	Girolamo Fongio	1592	Orlando Melone
1524	Giacomo Claro	1593	Gerolamo Farina
1525	Girolamo Claro	1594	Stefano Martino
1525	Leone Leoni	1629	Giovanni Bagliano
1565	S. Pio V	1629	Nicolao Pozzo
1566	Giacomo Friario	1630	Giulio Via
1567	Caterina Calcamuggi	1630	Veronica Mirabello
1567	Bartolomeo Coppa	1630	Gerolamo Arobba
1569	Biagio Arnuzzi	1633	Eleonora Drebidona
1569	Facino Sacco	1636	Ottavio Bianco
1569	Paolo Castellano	1636	Stefano Spiotta
1569	Bernabò Scaglia	1638	Francesco Scalona
1570	Bernardino Archengo	1646	Ambrogio Santamaria
1577	Francesco Sappa	1647	Paolo Camolano
1578	Angelo Buzzone	1647	Cristoforo Scolia
1579	Melchiorre Ruiz	1651	Nicolao Cuttica
1581	Alessandro Guasco	1656	Coniugi Torre
1583	Nicolao Teutonico	1658	Città di Vigevano
1583	Giorgio Pado	1659	Francesco Anulfi
1584	Francesco Inviziati	1660	Ludovico Ghilini
1589	Pietro Quintaniglia	1660	Carlantonio Villavecchia
1589	Agostino Pistone	1669	Galeazzo Trotti
1591	Francesco Gambarino	1671	Ambrogio Gorreta
1591	Ottavio Belizana	1673	Giacomo Pomesano
1591	Pietro Mantelli	1679	Francesco Artemisio
1591	Domenico Mantelli	1679	Carlo Aliberti
1592	Francesco Bordone	1680	Andrea Cairo

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1681 Ottaviano Cuttica        | 1839 Cristoforo Lombardi                        |
| 1684 Antonio Conzano          | 1839 Giuseppe Buffa                             |
| 1685 Antonio Pandino          | 1841 Giovanni Beruelli                          |
| 1685 Girolamo Cova            | 1841 Adelaide Mantelli                          |
| 1691 Giovanni Vasone          | 1842 Giovanni Robotti                           |
| 1694 Beatrice Morando         | 1842 Cristina Mathis-Ghilini                    |
| 1695 Scipione Calliani        | 1843 Carlo Vescovi                              |
| 1700 Giuseppe Belingerio      | 1843 Giovanni Milesimo                          |
| 1701 Guglielmo Ferrari        | 1843 Giuseppe Roveda                            |
| 1703 Ottaviano Ghilini        | 1845 Giuseppe Villavecchia                      |
| 1706 Caterina Bringiotti      | 1845 Carlo Oddone                               |
| 1709 Vincenzo Ciceri          | 1847 Giuseppina Castellani de<br>Merlani Varzi  |
| 1710 Giovanni Ferro           | 1847 Felice Gambarotta                          |
| 1712 Antonio Candia           | 1848 Carlo Cavasanti                            |
| 1718 Giuliano Scarsi          | 1848 Francesco Cavasanti                        |
| 1719 Bartolomeo Sali          | 1849 Giuseppe Pellati                           |
| 1720 Barbara Dalpozzo         | 1849 Giovanni Broda                             |
| 1727 Cristoforo Passalacqua   | 1850 Giuseppe Gnone                             |
| 1729 Bernardino Inazzo        | 1851 Gaspare Boidi Ardizzone                    |
| 1733 Agostino Angeleri        | 1853 Giacomo Ceresa                             |
| 1736 Lorenzo Varzo Castellaro | 1854 Francesco Viecha                           |
| 1737 Francesco Passaggio      | 1855 Anna Capriata                              |
| 1745 Giovanni Savina          | 1856 Ferdinando Vitale                          |
| 1757 Domenico Montecucchi     | 1856 Domenico Oliva                             |
| 1759 Elisa Ariboldi           | 1857 Maria Barberis                             |
| 1765 Carlo Dolchi             | 1857 Amedeo Vitale                              |
| 1770 Pietro Maccabei          | 1857 Carlo Inviziati Bagliani di<br>Branciforte |
| 1772 Gaetano Vercellone       | 1860 Luigi Pecchio                              |
| 1775 Filippo Perboni          | 1860 Caterina Bertini                           |
| 1775 Pietro Rocca             | 1860 Giovanni Baivera                           |
| 1778 Giovanni Maverna         | 1860 Giovannina Bocca                           |
| 1795 Felice Renò              | 1861 Michele Sartore                            |
| 1803 Maria Locatelli          | 1861 Ambrogio Bolla                             |
| 1809 Antonio Brezzo           | 1862 Chiara Mura                                |
| 1809 Angelica Caselli         | 1862 Ottavia Pero                               |
| 1818 Laura Guaracco           | 1862 Giovanni Folis                             |
| 1820 Clara Vidua              | 1863 Lelio Levi                                 |
| 1822 Francesco Solia          | 1864 Israel de Benedetti                        |
| 1827 Maria Longhi             | 1867 Maria Caligaris                            |
| 1828 Domenico Dameri          | 1867 Matilde Bianchi                            |
| 1831 Luigi Patria             |   |
| 1835 Luigi Bolla              |   |

*Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria*

- |  |  |
|--|--|
| 1868 Carlo Aliora                      | 1886 Guglielmo Pozzi                     |
| 1868 Francesco Varesini                | 1887 Antonio Valsecchi                   |
| 1869 Giovanni Figarolo di<br>Groppello | 1887 Moisè Pugliese                      |
| 1870 Ministero della Guerra            | 1887 Ferdinando Borsalini                |
| 1871 Elia Levi Deveali                 | 1888 Fratelli Pugliese                   |
| 1871 Matteo Bianchi                    | 1888 Pietro de Paolini                   |
| 1874 Luigia Martini                    | 1888 Francesco Bottacco                  |
| 1875 Monica Rossi                      | 1888 Pietro Agostinetti                  |
| 1875 Francesco Fiorini                 | 1889 Luigi Frigerio                      |
| 1876 Debora Vitale                     | 1889 Michele Salio                       |
| 1876 Pietro Pulciano                   | 1889 Francesco Grillo                    |
| 1876 Deputazione Provinciale           | 1889 Cesare Arrigo                       |
| 1877 Carlo Jachino                     | 1889 Francesco Casolati                  |
| 1877 Eugenio Proli                     | 1889 Carlo Bricchetti                    |
| 1878 Giacinta Molini                   | 1889 Carlo Bertone                       |
| 1878 Baudolino Torre                   | 1890 Gioacchino Baliardi                 |
| 1878 Emilio Zani Del Fra               | 1890 Carlo Robba                         |
| 1879 Pietro Sirombo                    | 1891 Domenico Gallinotti                 |
| 1879 Giuseppe Polastri                 | 1891 Giuseppe Rossini                    |
| 1879 Giovanni Traverso                 | 1891 Antonio Balbi Viecha                |
| 1879 Benedetta Levi Deveali            | 1892 Giovanni Carnevale                  |
| 1879 Alfonso Mathis                    | 1893 Clara Roncati                       |
| 1879 Giuseppe Angiolini                | 1894 Giuseppe Franzini                   |
| 1880 Nina Levi Deveali                 | 1894 Urbano Rattazzi                     |
| 1880 Costanza Ceppi di Bayrolo         | 1896 Elia De Benedetti                   |
| 1880 Luigia Balbi Viecha               | 1896 Natale Montemanni                   |
| 1881 Nicolao Massola                   | 1898 Isabella Ceriana                    |
| 1881 Giovanna Bacula                   | 1899 Caterina Zerbino                    |
| 1882 Francesco Franzini                | 1899 Casimiro Mathis                     |
| 1882 Luigi Ravazzi                     | 1900 Lorenzo Biaia                       |
| 1883 Giovanni Giuliano                 | 1900 Rosa Farinetti                      |
| 1883 Francesco Pozzi                   | 1900 Giovanni Nocchi                     |
| 1884 Angelo Biglione                   | 1900 Maddalena Testori                   |
| 1884 Giovanni Varesini                 | 1900 Vincenzo Canetti                    |
| 1885 Teresa Garga                      | 1901 Guazzotti-Barnabè                   |
| 1886 Marianna e Alessandro Buffa       | 1901 Giulio Figarolo di Groppello        |
| 1886 Pietro Bosetti                    | 1902 Giovanni Gay                        |
| 1886 Giovannina e Bernardo Bullio      | 1902 Banca Coop. Comm. di<br>Alessandria |
| 1886 Ernestina e Alice Montel          | 1903 Rosa Borasio                        |
| 1886 Giuseppina Proli                  | 1903 Sabato Pugliese                     |
| 1886 Giuseppe Mensi                    | 1903 Associazione Esercenti              |

- |                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1904 Andrea Angiolini       | 1916 Ditta Borri e Vitale            |
| 1904 Camilla Oberti         | 1916 Giambattista Pagella            |
| 1905 Carlo Lecchi           | 1916 Ditta Giovanni Maggi            |
| 1905 Carlo Bocher           | 1917 Edoardo Poggio                  |
| 1905 Ottavia Insom          | 1917 Ditta Pietro Savio              |
| 1905 Sorelle Campanella     | 1917 Giulia pozzi                    |
| 1906 Pietro Tarchetti       | 1917 Teresa Galesio                  |
| 1906 Enrico Ferri           | 1918 Abramo pugliese                 |
| 1907 Ditta Boratto          | 1918 Giuseppe Frascara e             |
| 1907 Cesare Giani           | Clarice Orsini                       |
| 1907 Corale di Alessandria  | 1918 Sebastiano Bianchi              |
| 1908 Giovanni Metelli       | 1919 Famiglia Villa                  |
| 1908 Adolfo Ottolenghi      | 1919 Cesare Vitale                   |
| 1909 Circolo Touring        | 1919 Cesare Cortona                  |
| 1909 Cesare Mensi           | 1919 Croce Rossa Americana           |
| 1911 Dorina e Angelo Vitale | 1919 Fratelli Allomello              |
| 1911 Giovanni Raviol        | 1919 Maria Lavagetto                 |
| 1912 Vincenzo Robotti       | 1919 Ernesto Villa                   |
| 1912 Laura Daziano          | 1919 Isabella Olivero                |
| 1912 Carlo Stradella        | 1919 Francesco Quaglia               |
| 1912 Carlo Sassi            | 1919 Famiglia Cav. Cesare Vitale     |
| 1912 Francesco Parvopasso   | 1919 Angelica Peano                  |
| 1913 Angela Montagna        | 1920 Fratelli Finzi                  |
| 1913 Dionigi Pedemonte      | 1920 Ugo Poggio                      |
| 1913 Ordine dei Medici      | 1920 Angela Bigatti                  |
| 1914 Cesare Reggiardi       | 1920 Carlo Moro                      |
| 1914 Ercole Provera         | 1920 Caterina Gatti                  |
| 1914 Luigia Ostengo         | 1920 Cesare Morteo                   |
| 1914 Bartolomeo Pedemonte   | 1920 Angela Grillo                   |
| 1914 Angela Grillo          | 1921 Achille Talenti                 |
| 1914 Alberto Cesarani       | 1921 Giuseppe Mutti                  |
| 1914 Giuseppe Scaglietta    | 1921 Ditta Barberis Pietrasanta e C. |
| 1914 Luigia Boliani         | 1921 Eredi Sabato Pugliese           |
| 1914 Giuseppe Bellana       | 1921 Giacomo Sottomano               |
| 1914 Donato Pugliese        | 1921 Luigi Emanuelli                 |
| 1915 Giovanni Jemini        | 1922 Pietro Oberti                   |
| 1915 Eredi Sanson Foà       | 1922 Ministero dell'Interno          |
| 1915 Giulia Romano          | 1922 Giovanni Lanfranchi             |
| 1915 Angela Falabrino       | 1922 Carlo Siletti                   |
| 1916 Camillo Zoccola        | 1922 Domenico Pelizzari              |
| 1916 Natale Antonioletti    | 1923 Lodovico Calda                  |
| 1916 Tullio Ferrari         | 1923 Andrea Mutti                    |

*Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria*

- |   |  |
|---|--|
| 1923 Francesco Astuti                     | 1929 Nicola Terzano                      |
| 1923 Antonio Moraschi                     | 1930 Michele Vitale                      |
| 1924 Circolo Souvenir                     | 1930 Luigi Bausone                       |
| 1925 Antonio Franzini                     | 1930 Maria Venusarco                     |
| 1925 Luigi Bobbio                         | 1930 Giuseppe Suardi                     |
| 1925 Benigno Bianchi                      | 1931 Michelangelo Jona                   |
| 1925 Luigi Molinari                       | 1931 Palmira Jona e Figli                |
| 1926 Famiglia Salone                      | 1931 Natale ed Eugenia Vitale            |
| 1926 Guido Perego                         | 1931 Adele Poma                          |
| 1926 Giovanni Forni                       | 1932 Ferdinando Viora                    |
| 1926 Maria e Giovanni Gay                 | 1933 Corrado Traverso                    |
| 1926 Clara Borgnini                       | 1933 Luigi Ressia                        |
| 1927 Giuseppe Osimo                       | 1934 Leopoldo Ferrè                      |
| 1927 Lorenzo Castelli                     | 1934 Erminio De Paolini                  |
| 1927 Teresa e Giovanni Piccone            | 1934 Attilio Marchese                    |
| 1927 Maria Viotti Giani                   | 1934 Carlo Bolgeo                        |
| 1927 Dalmazio Cuttica                     | 1934 Fratelli Taverna                    |
| 1927 S.A. Marengo                         | 1934 Angelo Verzetti                     |
| 1927 S.I. Industria Gas                   | 1935 Giuseppe Guazzone di<br>Passalacqua |
| 1927 Baudolino Mignone                    | 1935 Giovanni Franzini                   |
| 1927 Ditta Calza e Bocchio                | 1935 Enrichetta e Davide Ottolenghi      |
| 1927 Ditta Fratelli Poggio                | 1936 Canestri e Medoro                   |
| 1927 S.I. Laminazione Alluminio           | 1936 Cesare Cocito                       |
| 1927 Fratelli Ceriana                     | 1936 Dipendenti S.A.V.E.S.               |
| 1927 S.I. Argenteria e Posateria          | 1937 Federico Lombardi                   |
| 1927 S.A. Angelo Vitale                   | 1937 Umberto Sacco                       |
| 1927 Federico Oneglia                     | 1937 Adelaide Alessio                    |
| 1927 Francesco Zoccola                    | 1937 Francesco Stagnaro                  |
| 1927 Francesco Chinelli                   | 1938 Fratelli Berti                      |
| 1927 Ditta Luigi Rolando                  | 1938 Santina Sacchi                      |
| 1927 Massimiliano Savio                   | 1939 Capo del Governo                    |
| 1927 Eletta e Alessandro Croccolo         | 1939 Angiolina De Paolini                |
| 1928 Felice Camera                        | 1939 Monica Ronga                        |
| 1928 Rina Pedemonte e Ludovico<br>Bozzola | 1939 Giuseppe Sali                       |
| 1928 Filomena Mutti                       | 1942 Clementina Frola da Bra             |
| 1928 Giovanni Massobrio                   | 1944 Teresio Mino                        |
| 1928 Banca di Alessandria e<br>Lomellina  | 1945 Vittorio De Marziani                |
| 1928 Fratelli Chiarvetto                  | 1945 Giuseppe Pugliese                   |
| 1928 Luigi Nava                           | 1945 Comitato Liberazione<br>Nazionale   |
| 1928 Giovanni Grosso                      | 1945 Fed. Prov. Comunista                |

1945 Aimone Pedemonte  
1945 Ufficio Autotrasporti  
1945 Comitato per la Solidarietà  
Popolare  
1947 Aldo Moraschi  
1947 Unione Industriali  
1947 Camera del Lavoro  
1947 Ferrovieri Alessandrini  
1947 Agricoltori e Lavoratori  
Agricoli  
1947 Commercianti Alessandrini  
1947 Personale Ospedale Civile  
1947 Personale Municipio  
1947 Personale Direzione Artiglieria  
1947 Personale Amministrazione  
Provinciale  
1947 Personale Soc. Ovesticino  
1948 Pietro Amelotti  
1948 Camera di Commercio  
1948 Arturo Ottolenghi  
1949 Luigi Volante  
1949 Carlotta Zerba  
1949 Giuseppe Casaleggio  
1952 Ettore Rolando  
1952 Ente per la Distribuzione dei  
Soccorsi in Italia - Roma  
1952 Amministrazione per gli Aiuti  
Internazionali  
1953 Coniugi Cresta  
1953 Remo Palladino  
1954 Angela Jachino  
1954 Consorzio Agrario  
1955 Carlo Pampanini  
1956 Banco di Napoli  
1957 Giuseppina Molinari  
1959 Luigi Fadola  
1959 Wilma D'Urbino Ved. Verdiani  
1960 Edoardo Balbi  
1960 Famiglia Bellana  
1962 Banco Ambrosiano  
1962 Anna Rota Sperti  
1962 Lions Club Alessandria  
1962 Andrea Manai

## **Le Mani Isral**

### **COLLANA DI STORIA CONTEMPORANEA**

- 1 DON BERTO, *Sulla montagna con i partigiani*
- 2 RICCARDO LERA, ROBERTO BOTTA, *l'Uspidalët*
- 3 GRAZIELLA GABALLO, *Ero, sono e sarò fascista*
- 4 GRAZIELLA GABALLO, PIERLUIGI PERNIGOTTI, *Chicchirichì*
- 5 VITTORIO FINZI, *Il mio rifugio in Val Borbera*
- 6 ALDO PEROSINO, *Gli ebrei di Alessandria una storia di 500 anni*
- 7 GIOVANNI MACONI, *Storia dell'Ospedale dei santi Antonio e Biagio di Alessandria*

## **Le Mani**

### **XX SECOLO LA STORIA E GLI SCRITTORI**

- MARCELLO VENTURI, *Bandiera bianca a Cefalonia*  
GIOVANNA ZANGRANDI, *I giorni veri*  
LIANA MILLU, *I ponti di Schwerin*  
ELENA BONO, *Come un fiume come un sogno*  
NELIO FERRANDO, *Combattere con le ombre*

Finito di stampare  
nel mese di dicembre 2012  
presso la Microart s.r.l. - Recco (GE)