Virgilio Ilari

LA SANITA' MILITARE IN ITALIA DURANTE LE GUERRE NAPOLEONICHE

Regno d'Italia 1796-1814
(capitoli 12 e 13 della *Storia Militare del Regno Italico*)

Regno di Napoli 1806-1815
(Capitolo 9 della *Storia Militare del Regno Murattiano*)

Pagina bianca

Da *Storia Militare del Regno Italico*, vol. I, t. I, pp. 267-315

12. GLI UFFICIALI DI SANITA'

A. Il Corpo di Salute cisalpino

Il servizio sanitario durante la prima Cisalpina (1796-99)

Già nel maggio 1796 i feriti francesi furono ricoverati in uno spazio riservato dell'Ospedale Maggiore di Milano. In settembre fu adibito a ospedale militare (OM) il fabbricato cistercense di San Luca a corso di Porta Lodovica. Anche i monasteri della Certosa di Pavia e di San Benedetto nel Mantovano servirono da OM per tutto il triennio 1796-99, approvvigionati con requisizioni e appalti.

L'8 febbraio 1797 il direttorio cisalpino nominò rispettivamente medico, chirurgo e speziale in capo il pavese Pietro dell'U, Francesco Cattaneo (o Cattani) e Domenico Sordelli; e in luglio, dando priorità ai francesi, dispose che i militari cisalpini fossero ricoverati, dietro rimborso, presso gli ospedali civili (OC).

Il 6 novembre i tre direttori sanitari proposero di riservare ai militari cisalpini apposite sale degli OC, affidandone la cura agli ufficiali di sanità (US) assegnati ai corpi e il 1° dicembre Dell'U propose di istituire un OM di 450 letti, in ragione di 1/7 della forza cisalpina. Il pretesto erano gli asseriti maltrattamenti subiti dai militari ricoverati negli OC (o il rifiuto di ricoverarli per mancanza di posti letto o di rimborso, com'era avvenuto a Cremona): ma lo scopo principale e perfino dichiarato era di conservare un impiego agli US licenziati a seguito della riduzione delle forze francesi nella Cisalpina.

A fine dicembre il direttorio cisalpino trasmise la proposta al ministro della guerra, sollecitando un piano per gli OM cisalpini. In realtà il generale Vignolle aveva dato assoluta priorità a quelli francesi (vedi il bando del 30 novembre per la fornitura di rami e l'altro per il mantenimento di bestiame da macello). Così l'11 gennaio 1798 rispose al direttorio che occorreva attendere le decisioni relative agli ospedali francesi: semmai si doveva rinunciare alla diseconomica gestione diretta dei 2 OM milanesi (l'ex-collegio dei Nobili o del Longone, con 266 letti, e l'ex-convento San Francesco, con 149), dove le degenze duravano il doppio della media. Le ragioni erano il vitto

sovrabbondante (che induceva i militari a protrarre il soggiorno), l'insufficienza del personale (20 infermieri) e l'insalubrità dei locali, angusti e umidi.

Dell'U rinnovò la proposta il 15 gennaio, ipotizzando la creazione di 7 OM divisionali (a Milano, Cremona, Brescia, Mantova, Ferrara, Forlì e Bologna). Messo alle strette, il 5 marzo Vignolle ispezionò gli OM milanesi, il 24 mise sotto controllo lo speziale capo Sordelli affiancandogli un "ispettore farmaceutico" (Ludovico Scola) e il 27 approvò l'istituzione degli OM divisionali.

In febbraio gli ufficiali "democratici" degenti negli OM avevano preteso locali separati dalla truppa e un trattamento ospedaliero adeguato al loro rango. In aprile si ammutinarono, buttando minestra e scodelle nel cortile, i degenti del Longone, rimasti senza razione di riso per un malinteso tra il commissariato e l'impresa di sussistenza. Intanto Dell'U acquisiva credito, presentando la *Farmacopea* delle truppe cisalpine e facendo tradurre il regolamento francese sugli ospedali del 14 giugno 1796, approvato dal direttorio il 5 maggio.

Due giorni dopo il direttorio concesse la sanatoria assumendo in servizio tutti i 32 US, direttamente quelli già brevettati dal direttorio e previo esame degli attestati per gli altri aspiranti. La commissione fu nominata il 29 maggio e il 9 giugno a Dell'U furono attribuiti, oltre alla presidenza e alla preminenza gerarchica, anche i poteri ispettivi sul servizio medico. In estate erano in servizio 32 US di ruolo e 5 requisiti (30 ai corpi e 7 agli OM).

La scelta di Bologna come sede dell'OM divisionale cisalpino aveva offeso i modenesi, fieri del piccolo OM estense istituito nel 1777, sia pure disattivato a seguito della rivoluzione e degli eventi bellici. Battendo sul tempo i rivali bolognesi, in aprile la centrale del Panaro e la municipalità modenese decisero di riattivare il loro OM, specializzato per la sola truppa cisalpina e il 25 maggio la relativa deputazione civica iniziò un corso d'istruzione per chirurghi e infermieri. Tuttavia la sistemazione dei precari aveva sgonfiato la questione degli OM divisionali. Il 16 giugno (forse su pressioni di Dell'U) Lechi chiese conto al ministro della mancata attivazione e Vignolle gli rispose che non c'erano soldi e per il momento si doveva andare avanti col ricovero in OC. Il 16 agosto i tre capi servizio, Dell'U, Cattaneo e Sordelli, si rifecero vivi firmando congiuntamente un nuovo regolamento degli OM cisalpini.

Intanto il 5 agosto, essendo insufficienti i suoi 3 OM di Mantova, Ferrara e Bologna, l'*Armée d'Italie* aveva deciso di istituirne uno da 500 letti anche a Milano. Tutte le risorse furono riservate a questo

scopo e il 31 ottobre l'OM modenese fu soppresso. Tuttavia il 10 novembre fu Vignolle a riaprire la questione delle sale militari separate negli OC, avendo constatato che la promiscuità e la mancanza di controllo favorivano la diserzione.

In dicembre fu tuttavia costituita tra Modena e Mirandola la prima "ambulanza" (ospedale da campo mobile) cisalpina addetta alle forze sulla destra del Po. Il 4 e 15 dicembre Dell'U e Sordelli ne proposero un'altra da 250 letti per i 4.000 uomini dislocati in Valtellina. Ma Teulié espresse parere negativo (faceva troppo freddo per tenere gli ammalati al campo, specialmente nell'accantonamento presso l'ex-forte spagnolo di Fuentes). Il 25 marzo 1799 fu il nuovo comandante della Valtellina, Lechi, a chiedere l'invio di un'ambulanza (glielo aveva suggerito il commissario di guerra, per risparmiare le spese di trasporto fino a Como). Stavolta fu l'ispettorato di sanità a dire di no, tanto la brigata cisalpina stava ormai per collegarsi con l'Armata dei Grigioni e, passate le Alpi, ci dovevano pensare i francesi. L'ultimo provvedimento sanitario della Repubblica fu l'invito, rivolto il 2 aprile dal commissario ordinatore Lambert a tutti i chirurghi e farmacisti, a concorrere ai soccorsi richiesti dagli OM.

La sanità militare durante la II Cisalpina (1799-1801)

Durante l'occupazione austro-russa (aprile 1799 – giugno 1800), gli alleati impiantarono in Lombardia 4 OM principali (2 russi a Crema e Bergamo e 2 austriaci a Milano e Pavia, dove furono però trasportati anche 4.000 russi feriti nella battaglia di Piacenza). Altri 2 ospedali minori erano a Lodi e Casalmaggiore.

I feriti di Marengo (14 giugno 1800) furono ammassati anche sotto i portici e nella chiesa della Ca' Granda di Milano e in altre succursali di fortuna: ma gli OC davano priorità ai feriti francesi, discriminando quelli cisalpini. Il 28 luglio Dell'U, ora ispettore generale della sanità militare, chiese invano alla commissione di governo di provvedere, impegnandosi coi francesi a rimborsare le spese di degenza dei propri soldati, in attesa di poter almeno recuperare gli ospedali di San Vittore e San Luca, ancora occupati dai feriti austriaci in attesa di rimpatrio.

Dell'U assunse intanto la presidenza della commissione di chirurghi (2 di prima classe e 2 di seconda) istituita il 2 agosto per procedere all'esame abilitante all'esercizio delle rispettive facoltà, brevetti e lettere dei medici, chirurghi e speziali addetti ai corpi, depositi e ospedali cisalpini. Gli interessati dovevano presentarsi entro 8 giorni, sotto pena di essere considerati dimissionari. Nella legione italica

avevano prestato servizio Vincenzo Montebruni e altri 6 chirurghi, divenuti 14 con la trasformazione in Divisione. Ma nei ranghi del battaglione ufficiali stranieri ce n'erano altri 22 tra romani, toscani e napoletani.

Dell'U riuscì ad assegnare un'ambulanza a ciascuna delle Divisioni e il 19 settembre partì da Milano quella dell'Italica; ma era priva di materiale sanitario, né poté compensarlo col poco requisito a Como e Varese, tanto che il 5 ottobre, Lechi scriveva da Domaso sollecitando la creazione di un OM cisalpino. Il 10 ottobre il comando dell'*Armée d'Italie* invitò enti locali e privati a presentare le note delle requisizioni (giudicate "eccedenti") subite per il servizio degli OM.

Il 14 e 16 novembre l'ispettore del genio Bianchi d'Adda riferì al ministro Polfranceschi che per far accogliere negli OC i propri soldati malati i comandanti degli zappatori e dei cacciatori a cavallo avevano dovuto farli metterli in borghese e procurare loro un certificato di povertà. Ciò indusse il governo, con decreto del 17, a disporre che i nosocomi civili destinassero una sala per degenti militari, restando cura e assistenza a carico di chirurghi e infermieri militari. E apposite convenzioni furono stipulate il 30 novembre 1800 e il 25 gennaio 1801. Ancora una volta, però, l'applicazione dovette essere rinviata per la priorità accordata alle esigenze sanitarie francesi. Il 1° gennaio 1801 l'Ospedale Grande ricevette infatti l'ordine di approntare 1.000 posti letto per feriti francesi, accantonati negli ex-conventi femminili di San Filippo Neri e Santa Prassede.

Conclusa finalmente la pace, Dell'U pensò di poter finalmente ripristinare gli OM di Milano (collocato stavolta nell'ex-convento cistercense di Sant'Ambrogio, capace per il momento di 300 letti) e di Modena e il 14 marzo concordò con Montebruni di concentrarvi gradualmente tutti i feriti e malati trasportabili delle 2 Divisioni. Ma il 10 maggio i francesi requisirono tutto il carreggio per lo sgombero dei loro ospedali, e il 23 giugno il consiglio di sanità cisalpino dovette prescrivere la cura in caserma – con applicazioni di sublimato corrosivo – dei casi di rogna semplice e blenorrea e di ulcere e bubboni. Finalmente il 31 luglio il chirurgo piacentino Vincenzo Solenghi, che aveva fatto la campagna in Toscana con la Divisione Pino, fu nominato ispettore del servizio chirurgico e primario dell'OM Sant'Ambrogio.

In ottobre gli US non attivi furono assegnati al deposito di Pavia e il 14 dicembre il "corpo di salute" fu riordinato su 1 consiglio di sanità (formato dagli ispettori capiservizio Dell'U, Solenghi e Scola, con 1

segretario, Santo Tavera, e 2 copisti) e 26 US: 4 di prima classe (Angiulli, Ghighini, Ratti e Montebruni), 12 di seconda e 10 di terza.

La retta prevista dalle convenzioni del 30 novembre 1800 e 25 gennaio 1801 tra il ministero della guerra e gli OC era di 2 franchi al giorno per posto letto, con un onere annuo, per 500 letti, di 365.000 lire. La retta era il doppio di quella che i francesi aveva imposto nelle loro convenzioni. Tuttavia la misura di 1 franco era insufficiente e, unitamente ai ritardi di pagamento, aveva già costretto vari nosocomi a intaccare il capitale dei Luoghi Pii. L'ordinatore in capo dell'*Armée d'Italie* Boinod (che avrebbe poi accompagnato Napoleone all'Elba) si adoperò tuttavia, assieme al suo successore Joubert, per far aumentare la retta di 25 centesimi e liquidare gli ingenti crediti dell'Ospedale Maggiore di Milano con la cessione di beni immobili nazionali.

B. La riforme di Melzi e Trivulzio

Terremoto al vertice (2 aprile – 18 settembre 1802)

Anche la sanità, come tutti gli altri servizi logistici cisalpini, dovette subire i contraccolpi del mutamento costituzionale e politico avvenuto nell'inverno 1802. Si aggiunse inoltre, nel suo caso, la riforma delle professioni sanitarie e in particolare della chirurgia, sottoposte ad una crescente richiesta di qualificazione.

Il triumvirato che governava la sanità militare cisalpina aveva buone possibilità di sopravvivenza, perché l'azione moralizzatrice di Melzi e Trivulzio si era inizialmente concentrata sulla riforma degli appalti e del sistema di reclutamento. Tuttavia – dilaniato da rivalità personali appoggiate alle due fazioni in cui si divideva il minuscolo esercito (la 1a Divisione "Italica" di Lechi e la 2a "Cisalpina" di Pino) – il consiglio di sanità non seppe avvalersi di questa opportunità, né avvedersi della vera minaccia, costituita dall'attivismo riformista del consultore Pietro Moscati, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano, docente universitario e uomo politico, il quale esercitava una forte influenza su Melzi (malgrado il vicepresidente scrivesse di lui in privato che non aveva "un'oncia di cervello e non ascolta(va) che il suo amor proprio").

L'esordio di Melzi nel settore della sanità militare fu il decreto, in vigore dal 1° aprile 1802, che imponeva agli OC l'obbligo di ricevere e curare i militari italiani, con rimborso da parte dello stato. Il ricovero obbligatorio era però compensato dalla decisione di attuare finalmente

il concentramento di tutti i cronici trasportabili a Sant'Ambrogio e a Modena, ordinato il 27 aprile da Trivulzio. La decisione, criticata da Moscati, non piacque neppure a Dell'U, benché fosse stato lui stesso a proporla tredici mesi prima. Probabilmente aveva cambiato idea per il timore che Solenghi, uomo di Pino, espandesse ulteriormente il suo potere col pretesto di dover formare i nuovi chirurghi nella pratica ospedaliera. La reazione dovette essere assai sgradevole, se già il 29 aprile Trivulzio proponeva di sciogliere il consiglio di sanità, privo di base legale e troppo costoso. Dell'U fece allora intervenire Lechi, il quale scrisse a Trivulzio l'11 maggio che i soldati mandati all'OM disertavano tutti e che era meglio curarli nelle infermerie di corpo, come aveva fatto la *32e DB* francese, guarendone 2.170 in ventuno mesi.

Informato della lettera, Solenghi passò al contrattacco: il 17 maggio dichiarò che dal suo Sant'Ambrogio non disertava nessuno e costrinse il consiglio di sanità a disporre che gli US dei corpi dovessero fare pratica presso l'OM. In compenso Dell'U ottenne una delibera che limitava il trasferimento dei degenti, lasciando alle infermerie di corpo la cura dei rognosi, luetici e convalescenti.

Lo scontro tra i due Aiaci della sanità militare destò l'attenzione di Moscati, il quale iniziò in maggio un fitto scambio di corrispondenza col più giovane collega comasco Giacomo Rezia, emerito di anatomia e fisiopatologia (1772-96) presso l'università di Pavia e primario del locale ospedale San Matteo, sulle tematiche della medicina militare. Un primo effetto fu, in giugno, l'affidamento della direzione dell'OM al primario di medicina, Carlo Cocchetti, togliendola al primario di chirurgia. Solenghi reagì nel modo peggiore, organizzando la fronda contro il collega nel tentativo di dimostrare che non era in grado di dirigere il nosocomio.

La faccenda finì al consiglio di sanità e il 9 luglio Trivulzio dovette addirittura discolparsi, protestando di aver sempre difeso il buon nome del Sant'Ambrogio. Non pago dell'effimero successo, il 15 luglio Dell'U tornò alla carica sulla questione della pratica ospedaliera, opponendosi all'impiego nell'OM degli US assegnati ai corpi. Il 16 Solenghi replicò accusandolo di "sobillare" gli ufficiali per paura di perderne il controllo.

Nel frattempo Melzi e Moscati falciavano l'erba sotto i piedi dei due balordi. La legge del 4 settembre impose l'obbligo della laurea o titolo equipollente per l'esercizio delle arti sanitarie e impose quindi la radicale epurazione del corpo di salute ereditato dalla Cisalpina. Il 10 settembre, su proposta del ministro, il consiglio d'amministrazione

della guerra deliberò la soppressione del consiglio di sanità, approvata da Melzi con decreto del 18 settembre. Le funzioni del consiglio furono devolute ad un direttore generale della sanità militare, nella persona di Rezia, che mantenne l'incarico sino al 1814. Scola, che era rimasto tranquillo, fu confermato ispettore del servizio farmaceutico, mentre Dell'U e Solenghi furono promossi "ufficiali superiori" a 4.000 lire l'anno e tenuti "a disposizione" del direttore generale (il primo fu poi ripescato come primario all'OM di Mantova, mentre Pino si portò l'altro nel suo feudo, col doppio incarico di "chirurgo in capo" della guardia reale e chirurgo maggiore delle guardie d'onore).

La prima epurazione (30 settembre 1802 – 19 marzo 1803)

Il 30 settembre il consiglio d'amministrazione della guerra deliberò di sottoporre gli US addetti agli OM alla "polizia" del commissariato, una misura che marcava una precisa differenza rispetto ai "veri" ufficiali dell'esercito. Il commissario di guerra di piazza doveva infatti compilare mensilmente le note individuali sulla "condotta", "moralità" ed "esattezza del servizio".

Si deve sottolineare che le note erano trasmesse direttamente al ministro, non al direttore generale della sanità. Pur essendo indicato in cima alla lista degli US, il direttore non ne aveva infatti il comando, dal momento che gli US non costituivano un corpo. Essi erano tenuti a conformarsi alle direttive e istruzioni impartite dal dirigente del loro servizio (il primario negli ospedali e il chirurgo maggiore presso i corpi) ma erano alle dirette dipendenze gerarchiche e disciplinari del ministro (se assegnati all'OM) oppure del comandante (se assegnati ad un corpo o a una nave).

Il primo atto di Rezia fu di sostituire il regolamento ospedaliero di Dell'U con uno proprio, rivisto da Moscati ed emanato il 3 ottobre, che variava e arricchiva il regime dietetico, pur mantenendolo al disotto del costoso menu previsto dal regolamento francese del 12 agosto 1800 (il quale abbondava soprattutto con la carne).

Il compito più delicato era però l'epurazione del corpo di salute per adeguarlo ai requisiti stabiliti dalla legge del 4 settembre. Anche in questo caso non fu il direttore generale, ma il ministro a proporre un esame di controllo, deliberato dal consiglio d'amministrazione della guerra e approvato con decreto vice presidenziale del 23 gennaio 1803. Dall'esame erano eccettuati i due "ufficiali superiori" (Dell'U e Solenghi) e due chirurghi di prima classe (Angiulli e Angelucci). Diversamente dal maggio 1798, stavolta la commissione non era

interna ma esterna (formata da soli professori civili) e l'esame non consisteva nella mera verifica formale degli attestati prodotti dai candidati, ma nell'accertamento delle loro effettive capacità. L'esito era poi "decisivo": i non idonei andavano a casa. Il decreto consentiva però di "rinnovare" l'esame "ogni triennio ad inchiesta del direttore di sanità". La norma era ambigua: nell'interpretazione rigorista, poteva significare che gli idonei erano garantiti per un solo triennio, trascorso il quale potevano essere sottoposti a nuova selezione; in quella lassista, che i non idonei potevano essere trattenuti in servizio per ragioni di necessità e ripetere l'esame ogni tre anni!

In effetti il personale era scarso. Nell'estate 1802 c'erano solo 30 chirurghi (23 presso i corpi e 7 presso le carceri, gli invalidi, la scuola di Modena e la guardia del governo): nel marzo 1803 erano ridotti a 26 (5 di prima, 11 di seconda e 10 di terza classe) e Rezia ne richiedeva 23. Il decreto di nomina della commissione, del 19 marzo, ammise perciò a sostenere l'esame anche i nuovi "petenti impiego". Vi fu però una divergenza fra Trivulzio, che stabilì di spedire i migliori ai corpi e i meno capaci a impratichirsi in ospedale, e Rezia, il quale, influenzato da Moscati, avrebbe preferito mandare i migliori all'università di Pavia con una borsa di studio (come faceva l'*Armée d'Italie* coi suoi US).

Rivendicazioni corporative, solidarietà e mobbing (1803-1804)

Con decreti del 27 luglio e del 1° dicembre furono stabiliti il soldo e l'organizzazione del corpo. Le paghe, inferiori a quelle medie degli stessi ufficiali inferiori, erano considerate troppo basse, anche perché, al contrario dei loro colleghi austriaci, gli US italiani non potevano esercitare la libera professione (era vietato, ma il tempo c'era, perché in fondo dovevano fare solo un'ora di visita al giorno e qualche guardia all'ospedale, spesso mancante o supplita da medici precari).

Vindice della categoria, il chirurgo di 2a classe Vincenzo Mantovani trattò la questione in un opuscolo pubblicato nel 1804 (*Della sanità militare e relativo servizio ai corpi*, Milano, A. Nobile) mettendo in rilievo che il controllo sanitario presentava un ritorno economico per l'esercito ben superiore al costo degli US, perché limitava il numero dei congedi, dei ricoveri in ospedale e delle concessioni dei mezzi di trasporto per le marce e i viaggi. Era semmai la dipendenza gerarchica dal comandante del corpo a rendere spesso impossibile all'US opporsi agli abusi (in particolare la richiesta di carreggio al seguito col falso pretesto di dover trasportare malati e convalescenti inesistenti).

Sono testimoniati casi di solidarietà (una colletta per la famiglia di un collega morto nel luglio 1807) ma anche di *mobbing* e guerra tra precari (un tentato suicidio nel maggio 1803 per l'amarezza "di dover vivere attorniato da tanti nemici" e la stanchezza "di presentarsi al medico di guardia per conseguire gli appuntamenti arretrati").

Gli OM: potenziarli o abolirli? (28 aprile – 30 ottobre 1804)

Nell'aprile 1804 Rezia emanò un nuovo regolamento di servizio degli OM e un piano per creare sale di convalescenza. Nel frattempo il Sant'Ambrogio era stato potenziato fino a 19 sale e 800 letti e in quel momento aveva 5 medici e 13 chirurghi (assai poco assidui) per 759 ricoverati, inclusi alcuni francesi e alcune guardie presidenziali alloggiati in 7 stanzette separate. Con soli 20 posti disponibili, Rezia temeva che la leva in corso potesse creare un'emergenza. L'ordinatore Tordorò propose in alternativa di eliminare le stanzette riservate oppure di spostare i convalescenti e i 100 inabili cronici in un altro edificio adibito a convalescenziario o deposito inabili.

Il raddoppio degli effettivi determinato dalla leva pose in effetti il problema di aumentare il numero degli OM. Trivulzio era favorevole, ma il 2 agosto Melzi gli trasmise una memoria di Moscati in cui si sosteneva che le reclute erano contadini, abituati anche in passato ad essere curati negli OC e si ripeteva la tesi (esposta l'anno prima da Melchiorre Gioia nella sua *Discussione economica sul dipartimento dell'Olona*) che la gestione diretta degli ospedali era diseconomica e inefficiente e che era preferibile il sistema dell'appalto.

Non essendo realistico abolire il Sant'Ambrogio, l'8 agosto Moscati presentò una seconda memoria, in cui suggeriva di trasformare l'OM in una scuola di sanità militare con corsi di anatomia, chirurgia teorica e chimica farmaceutica. Il progetto, ispirato al modello della scuola di chirurgia militare di Vienna, prevedeva di porre la frequenza di un corso annuale di base come requisito per l'ammissione nel corpo e di completare la formazione dei nuovi medici, chirurghi e speziali con un biennio di pratica ospedaliera. Per quelli già in servizio Moscati suggeriva un corso obbligatorio annuale da frequentarsi a turno.

La questione fu archiviata dalla sostituzione di Trivulzio, ma si riaperse in ottobre, quando il comandante della 5a MB di linea, da poco attivata a Ferrara con i coscritti, si rifiutò di mandarli all'OM di Modena sostenendo che altrimenti disertavano tutti. A seguito di ciò il 24 ottobre il nuovo ministro Pino propose di riformare l'OM di Modena sul modello francese e istituirne un terzo a Bologna, ma il

vice presidente (che già non lo sopportava) gli rispose seccamente il 30 che non trovava motivi sufficienti per scostarsi dal piano Moscati.

C. Gli Ufficiali di Sanità e le scuole cliniche militari

L'aumento degli ufficiali (1804 – 1806)

Del resto l'invio di 2 Divisioni in Francia e in Puglia e la riduzione delle truppe italiane dell'interno a circa 10.000 uomini aveva ridotto l'emergenza, almeno a Milano. Il 21 novembre 1804 i degenti del Sant'Ambrogio erano ridotti a 618 e i 36 sanitari in servizio (8 medici, 17 chirurghi e 11 speziali) sembravano anche troppi: il commissario Guizzardi proponeva infatti di ridurli a 26. Sette dei chirurghi erano civili "requisiti". Fra i medici ne figuravano 2 in soprannumero e 1 "alunno": quest'ultimo (Annibale Omodei) era destinato a diventare nel 1812, come vedremo, il consigliere del ministro per la politica sanitaria militare.

Il 9 maggio del 1805 gli US di ruolo erano 58: 10 medici, 43 chirurghi (9 di prima, 29 di seconda e 5 allievi di terza) e 5 speziali (2 primi e 3 secondi). Nel 1806 erano saliti a 93, di cui 36 provenienti dalla Cisalpina, malgrado la soppressione dell'OM di Modena. Il commissariato continuava a pensare che almeno quelli addetti ai corpi lavorassero troppo poco, al massimo un'ora al giorno e nel febbraio 1806 Tordorò rinnovò i tentativi di convincere Rezia a disporre turni di servizio obbligatorio presso l'OM, in modo da poter fare a meno dei "requisiti".

Organici e paghe (decreti 23 febbraio e 18 maggio 1807)

Con decreti del 23 febbraio e 18 maggio 1807 furono stabiliti nuovi organici e paghe degli "ufficiali di sanità" (*v. tab. 14*).

Tab. 14 – Organici (23.2.07) e paghe (18.5.07) degli U di Sanità

Gradi	Medici		Speziali	Chirurghi			Soldo
	DGS	OM	OM	OM	Rgt F	Rgt C	Annuo
Direttore di Sanità	1	-	-	-	-	-	AP
M, S e C in capo	-	1	1	1	-	-	3.000
M, CM	-	4	-	2	1	1	2.000*
AMC, S 2a	-	-	4	4	3	-	1.500
SAMC	-	-	-	8	3	1	800
Allievo, S 3°	-	-	8	-	3	1	600

AP = Assegno personale. * Aumentato di 200 lire al 1° e al 2° decennio d'anzianità e di 300 al 3°. M = Medico. S = Speziale. C = Chirurgo. CM = Chirurgo Maggiore. AMC = Aiutante Maggiore Chirurgo. SAMC = Sotto Aiutante Maggiore. S2a = Speziale 1a classe

Il viceré nominò tutti i 28 US (5 medici, 15 chirurghi e 8 speziali) previsti per l'OM e già in servizio, ma solo 68 chirurghi addetti ai corpi, lasciando intenzionalmente vacante oltre la metà dei posti previsti (112 solo per i reggimenti di linea, più la guardia reale, le armi tecniche e gli stabilimenti). La direzione di sanità ne fece rimostranza, sostenendo che i chirurghi ai corpi, spesso assenti per malattia, erano troppo pochi: il ministro rispose il 26 giugno che all'OM ne era stato assegnato un numero maggiore del necessario appunto per poter sostituire, in caso di bisogno, gli US assegnati ai corpi di stanza a Milano. In dicembre fu il medico ticinese Rima, primario dell'OM, a chiedere di rimpiazzare gli US malati o partiti con i corpi, essendo necessario istituire un'infermeria permanente nelle carceri di Foro Bonaparte, dov'era scoppiata un'epidemia febbrile: dopo ripetute insistenze, gli furono infine concessi, in gennaio, 8 "requisiti".

L'allievo e il sotto aiutante chirurgo erano pagati come i sottufficiali anziani (segretario di 3a e 2a classe di piazza); l'aiutante maggiore chirurgo come il tenente di 1a classe dell'artiglieria a piedi e un sesto meno del cappellano e del veterinario (equiparati a 1.800); il medico e il chirurgo maggiore come un capitano di 2a classe di fanteria o d'artiglieria a pedi; i capiservizio 600 lire meno di un capobattaglione di fanteria (3.600). Non è chiaro se e in quali casi spettassero anche a loro le indennità d'alloggio e mobiliere concesse agli ufficiali d'arma. Quando il corpo era assegnato alle armate attive, spettava però ai chirurghi un supplemento pari alla metà del soldo, oltre alle indennità di tappa e di via. Quelli dell'OM godevano invece di una diaria ("soldo d'ospedale") da centesimi 66.7 (allievo chirurgo) a lire 3.95 (primario), aumentata (di centesimi 27-92) per il servizio presso la sala venerei. In definitiva i 28 US dell'OM costavano circa 60-70.000 lire l'anno (43.200 di soldo e il resto d'indennità).

Le scuole cliniche militari (23 febbraio – 1° dicembre 1807)

Recependo il progetto Moscati, il decreto del 23 febbraio istituiva presso l'OM di Milano 2 corsi biennali di clinica medica e chirurgica (art. 2), obbligatori per gli aiutanti maggiori chirurghi e per gli allievi distaccati dai corpi (artt. 9 e 12), con esami trimestrali e annuali, questi ultimi pubblici e con graduatoria di merito (art. 11). I professori, scelti per concorso tra gli US più idonei per talento ed esperienza (art. 3), erano definiti "propriamente parlando, i consulenti dello spedale" (art. 5). La commissione, presieduta dal direttore di sanità, era composta dai professori, dal medico e dal chirurgo in capo dell'OM e dai

"professori e chirurghi della città i più distinti" (art. 10). Al decreto era allegato il programma dei corsi (*Piano d'istruzione chirurgica*) compilato da Rezia.

L'art. 8 del decreto richiedeva inoltre la laurea in medicina per il grado di chirurgo maggiore, accordando a coloro che ne erano privi un anno di tempo per conseguirla (a decorrere dal rientro in patria qualora si trovassero in servizio all'estero). L'art. 12 elevava infine i requisiti per l'accesso alla carriera quale allievo ("aver già fatto degli studi nelle università e avervi subito degli esami alla presenza del direttore di sanità, dei professori e del medico e chirurgo in capo").

Il concorso per i professori sembrò offrire un'opportunità di rientro a Solenghi, con la traduzione commentata di un manuale inglese (*Sul modo di curare le ferite*, di John Bell). Arrivava tardi: alla traduzione di un manuale (e, meglio ancora, francese) ci aveva già pensato Rima nel 1805 (*Analisi delle ferite d'armi da fuoco e della loro cura*, di P. Dufouart), guadagnandosi così il primariato del Sant'Ambrogio.

Era comunque letteratura empirica: non potevano competere col modenese Paolo Assalini, autore di una monografia sull'estrazione della cataratta (Pavia, 1792), direttore dell'ospizio delle puerpere e inventore di un nuovo tipo di forcipe, e infine primo chirurgo del re d'Italia. Altrettanto famoso era il parmense Giovanni Rasori, teorico del "controstimolo" e della rivoluzionaria "terapia debilitante" a base di tartaro emetico, nitro e *kermes mineralis* (ossia purghe, salassi e coperte leggere, l'ideale per chi veniva dalle caserme o dal fronte). A rigore il concorso era riservato agli US in servizio, ma Assalini e Rasori avevano le carte in regola: il primo era stato in Egitto, affrontando le epidemie di Giaffa e San Giovanni d'Acri: l'altro alla difesa di Genova con Masséna (come testimoniava la sua *Istoria della febbre epidemica di Genova negli anni 1799 e 1800*, Milano anno IX).

Nominati il 3 ottobre, il 30 Rasori e Assalini presentarono il loro *Piano disciplinare*, che sorvolava sui loro doveri dettagliando invece quelli degli assistenti ("aiutanti clinici"), incluso quello di sostituire il docente a lezione. Un dolcetto lo ebbe anche Rima. Il 7 novembre il ministro dell'interno Vaccari comunicò al collega della guerra che il viceré intendeva acquistare 250 copie della sua traduzione del manuale francese. Punto sul vivo, anche Solenghi stampò il suo e tramite Rezia chiese al ministro di acquistarne 300 copie. Caffarelli se lo levò di torno con una gratifica di lire 1.200, pari al prezzo di 60 copie (e allo stipendio annuo di due allievi chirurghi), a patto però di non mandarle al ministero.

I corsi iniziarono il 1° dicembre, ma in marzo non li frequentava quasi più nessuno, causa malattia. Le attrezzature didattiche del resto erano scarsine: 1 tavola coperta di latta incorniciata e 1 siringa per le operazioni e le iniezioni sul cadavere, 1 "apparato niutoniano" per le fumigazioni prescritte dalla terapia rasoriana e 13 tavole anatomiche pesate da Rezia nel famoso gabinetto da lui allestito a Pavia. In arrivo 1 scheletro, 1 armadio a vetrina per esporre i ferri chirurgici e "il ristretto del dottor Bongiovanni" (un bignamino?).

La selezione degli ufficiali (17 agosto 1808-17 marzo 1809)

Le scuole offersero un buon pretesto per dare una prima proroga di sei mesi agli aiutanti maggiori non laureati: la verifica fu infatti posticipata agli esami d'ammissione dei nuovi aspiranti chirurghi e tra una cosa e l'altra si arrivò al luglio 1808. La commissione fu nominata il 17 agosto (integrando i membri di diritto – Rezia, Rasori, Assalini, Rima e Cocchetti – con 2 civili) e gli esami iniziarono il 21. Le prove erano 4: a) orale (interrogazione collegiale di un'ora); b) scritta (su un caso di studio); c) pratica su paziente (visita, diagnosi, prognosi e proposta terapeutica); d) pratica su cadavere (autopsia).

Gli esami si conclusero in ottobre. Su 44 candidati, 14 scartati, 8 ammessi come allievi alle scuole cliniche e 22 come sottoaiutanti maggiori. Solo 4 di costoro avevano il semplice attestato: gli altri erano tutti laureati e 7 anche in medicina e perciò idonei al grado di chirurgo maggiore. Confortante ma imbarazzante: i vecchi praticoni alle prese con gli sbarbatelli venuti a rubar loro il mestiere. La selezione dei chirurghi già in servizio si fece a novembre, ma per modo di dire. Su 109 (31 maggiori, 58 aiutanti e 20 sotto aiutanti) 20 non presentarono (7 + 7 + 6), mentre i 16 maggiori non laureati ottennero un'ulteriore proroga di un anno per mettersi in regola.

Il decreto del 17 marzo 1809 stabilì un organico di 216 posti e confermò 135 US effettivi (14 medici, 18 speziali e 103 chirurghi), con un aumento di 39, superiore ai 30 nuovi chirurghi reclutati per esame. Ben 44 US erano però confermati solo a titolo provvisorio, in attesa di conseguire il titolo universitario richiesto per il loro grado. Montebruni, chirurgo maggiore della prestigiosa artiglieria a cavallo, tentò di fare il furbo: il 29 novembre chiese infatti il riconoscimento *ope legis* del titolo di dottore, appellandosi ad una leggina del 10 marzo 1803 (che aveva appunto annacquato la legge del 4 settembre 1802). Malgrado il parere favorevole del ministero, il 19 aprile 1810 la domanda fu però respinta seccamente dal consiglio legislativo.

I nuovi organici (13 maggio – 23 novembre 1810)

In ogni modo, di proroga in proroga, ai chirurghi furono concessi di fatto tre anni e mezzo per mettersi in regola. Intanto erano cresciuti di numero sia i corpi che gli OM: nel marzo 1806 si erano aggiunti infatti i due di Venezia (esercito e marina), nel 1808 il San Francesco di Ancona (10 giugno) e il Santa Croce di Chioggia (1° ottobre), succursale dell'OM della Marina che assorbiva anche quello terrestre (5 ottobre). Il 1° ottobre 1810, infine, il Sant'Orsola di Mantova, ceduto dai francesi.

Con decreti del 13 maggio e 23 novembre 1810 furono classificati gli OM (Milano da 800 letti, Venezia e Mantova da 700, di prima classe, Ancona, da 400 a 450, di seconda) e stabiliti i nuovi organici (*v. tab. 15 e 16*). Il decreto prevedeva 205 US: 14 medici (12 agli ospedali e 2 al collegio di San Luca e alla scuola di Modena), 34 farmacisti e 158 chirurghi (74 agli ospedali, 82 ai corpi e 2 a San Luca e Modena).

Tab. 15 – Organici degli US addetti agli OM (23 novembre 1810)

Gradi	Milano	Venezia	Chioggia	Mantova	Ancona	Totale
Medici M.	1	1	-	1	1	4
Medici Ord.	3	2	-	2	1	8
Chirurghi M.	1 + 1	1	1	1	1	5
CAM	3	3	1	3	1	11
CSAM	18	14	2	14	9	57
Farmacisti M	1	1	-	1	1	4
FAM	2	2	1	2	1	8
FSAM	7	5	1	5	4	22
Totale US	35+1	29	6	29	19	118 + 1
Letti	800	700	100	700	450-500	2.750
Medico M	Cocchetti	La Rouzie	-	Dell'U	Bussan	-
Chirurgo M	Assalini	Costanzi	-	Rima	Bongiov.	-
Farmacisti M	Sordelli	Robecchi	-	Scola	Viale	-

Tab. 16 – Organici degli US addetti ai Corpi (23 novembre 1810)

Corpi	Organico		Effettivi (1.1.1811)	
	CM	CAM	CM	CAM
Guardia Reale	5	5	5	4
Fanteria di linea	7	21	7	19
Fanteria leggera e D.	5	15	5	11
Cavalleria	5	10	4	8
Artiglieria	2	2	2	2
Invalidi	1	1	1	1
Btg autonomi	-	3	-	1
Totale	25	57	24	46

Era inoltre istituita una scuola clinica presso ciascuno dei 4 OM, con corsi svolti dal chirurgo maggiore. Nell'OM di Milano era affiancato da un chirurgo maggiore aggiunto per servire di ripetizione alla clinica

e sostituirlo in caso di necessità. Si stabiliva che gli avanzamenti a ciascun grado avvenissero per esame e si ribadivano il requisito della laurea in medicina per l'avanzamento a chirurgo maggiore e l'obbligo dei chirurghi dei corpi di prestare servizio, in tempo di pace, nell'OM della propria guarnigione.

In base agli organici si procedette ad una terza classificazione degli US in servizio, approvata con decreto vicereale del 1° gennaio 1811 (*v. tab. 17*). Risultavano vacanti 53 posti, di cui 12 presso i corpi e 41 presso gli ospedali (10 farmacisti e 31 chirurghi). Restavano non in regola 19 US: 1 chirurgo sottoaiutante e 4 farmacisti dovevano farsi licenziare o approvare in chirurgia o in farmacia da una delle università del regno entro l'anno in corso, sotto pena di essere considerati dimissionari. I 14 chirurghi maggiori (tra cui Montebruni) non ancora laureati erano confermati a tempo indeterminato, ma passando in coda a tutti gli altri parigrado e con la paga del grado inferiore fino al conseguimento del titolo richiesto.

Tab. 17 – Selezione degli US 1809-11

Categorie	7.3.1809	1.1.1811
Medici	14	14
Farmacisti	18	22
Chirurghi	103	112
Di cui non in regola	44	19
Di cui ai corpi	85	70
Di cui agli OM	48	78

Il direttore generale e il consulente del ministro

Il decreto del 23 novembre menzionava un "ispettore" di sanità, con l'obbligo di compiere due riviste annuali presso ciascun OM e presso gli OC con degenti militari. Le funzioni ispettive furono devolute a Rezia, conservandogli anche la direzione generale dei servizi di sanità e rafforzando perciò i suoi poteri.

Tuttavia il 29 febbraio 1812 Fontanelli nominò "medico consulente del ministro per gli affari di sanità" il dottor Annibale Omodei, già "alunno" del Sant'Ambrogio e medico ordinario all'OM di Ancona, famoso per i suoi primi saggi di politica sanitaria (*Polizia economico-medica delle vettovaglie*, Milano, Sonzogno, 1806; *Sistema di polizia medico-militare*, Milano 1807), seguiti nel dopoguerra da altri studi epidemiologici (*Cenni sull'oftalmia contagiosa d'Egitto e sulla sua propagazione in Italia*, Milano 1816 e *Del governo politico-medico del morbo petecchiale*, Milano, 1822). Non risultano screzi o conflitti con i triumviri della sanità militare, ma certamente la nomina di un consulente per la politica sanitaria generale comprimeva il ruolo del

direttore e ispettore generale e ridimensionava l'autorità scientifica di Rasori e Assalini.

Il regolamento delle scuole cliniche fu approvato con decreto del 17 febbraio 1811. Rima si trasferì a Mantova di buon grado, pur di poter avere un corso tutto suo, ma ad Ancona non decollò, per lo scetticismo del chirurgo Bongiovanni e per i suoi contrasti col medico Bussan. Assalini compilò intanto, a fini didattici, un *Manuale di chirurgia* e le *Istruzioni per gli esami*. Nel luglio 1812 il ministero inviò copia dei due testi a tutti i chirurghi militari presenti nel territorio nazionale.

Il 20 febbraio 1813, rilevando che la maggior parte dei chirurghi requisiti esaminati erano privi di cognizioni mediche, anatomiche, farmaceutiche e chirurgiche, Omodei propose di riordinare le scuole cliniche su 3 corsi (medicina pratica e legale; anatomia e operazioni chirurgiche; farmacia e botanica). Il progetto fu però demolito da Rasori e da tutti gli altri ufficiali consultati da Rezia. Mantovani, che aveva studiato a Vienna, propose di adottare il sistema austriaco, pagando l'università ai 2 migliori allievi chirurghi di ciascun biennio.

Gli ufficiali di sanità alla fine del Regno

Il 16 luglio 1812 Fontanelli mutuò la disposizione francese del 30 novembre 1811 che attribuiva al commissario di guerra il potere di infliggere punizioni disciplinari agli US in servizio presso gli OM. L'ultima classificazione, riportata da Zanoli, indicava un complesso di 240 US:

- 19 medici: 1 direttore (Rezia), 1 consultore (Omodei), 2 direttori di clinica (Assalini e Rasori), 4 principali (Dell'U, Cocchetti, Bussan e La Rouzie) e 11 ordinari;
- 43 farmacisti: 3 maggiori (Sordelli, Robecchi e Viale), 7 aiutanti maggiori e 33 sottoaiutanti;
- 146 chirurghi: 32 maggiori, 73 aiutanti maggiori e 41 sotto aiutanti:
- 32 commissionati per il servizio delle ambulanze (3 medici, 2 chirurghi e 27 sottoaiutanti maggiori).

Tuttavia il 1° dicembre 1813 c'erano in servizio al Sant'Ambrogio 9 chirurghi per 1.253 degenti, saliti il giorno dopo a 1.427. Durante l'ispezione compiuta il 2 gennaio 1814 a seguito della segnalazione di casi di vaiolo, Rezia e Omodei non trovarono nessun US presente nell'OM di Milano. Gli unici US italiani ammessi al servizio austriaco furono 14 chirurghi (4 maggiori e 10 aiutanti maggiori) ma sei aiutanti si dimisero prima dell'ottobre 1814, preferendo tornare nei loro paesi d'origine. La pensione fu accordata soltanto a 5 medici, 11 farmacisti

(inclusi Sordelli e Viale) e 8 chirurghi maggiori (inclusi Solenghi, Mantovani, Rima e Gaetano Zambelli, decorato, come Assalini, della Corona Ferrea).

D. Ospedali civili e chirurghi coscritti

Il ricovero in ospedali civili e infermerie comunali

A seguito di vari casi di discriminazione, nel marzo 1803 Melzi aveva imposto agli OC di assicurare ai militari italiani degenti lo stesso trattamento concordato per quelli francesi. In agosto, mentre riuniva in Romagna la Divisione destinata all'occupazione dei porti pugliesi, Lechi rifiutò di mandare i suoi ammalati all'OM di Modena, temendo di seminarli per strada e li mandò invece all'OC di Cesena. Poiché tutti i letti in dotazione all'ospedale erano occupati dai civili o dai francesi e il comando italiano pagava solo il nolo e non l'acquisto degli 80 letti occorrenti, sarebbe stato necessario mettere i degenti due per letto. Invece gli italiani furono messi sulla paglia e, nel clima patriottico del momento, il fatto fece molto scandalo, tanto che in settembre, su rapporto del viceprefetto di Cesena, Melzi fece destituire il direttore del locale OC. Il 4 luglio 1808 Rezia propose al ministro di stabilire che l'OC fosse tenuto a riunire i degenti militari in una sala separata dotata di letti singoli, a meno che il totale fosse inferiore a 20.

Nel 1810 risultava praticato anche il ricovero in case private, se il soldato era curato dal medico condotto a spese della comunità. Il 14 dicembre 1811 Fontanelli dispose una verifica generale per accertare quali militari ricoverati negli OM e OC fossero da riformare per infermità e quali, invece, da recuperare per il servizio attivo o nei veterani e invalidi. Nel 1812 il ricovero in OC assorbì il 28 per cento delle degenze militari nell'interno del Regno (*v. infra, §. 8D, tab. 23*). Il 4 gennaio 1813 il ministro intervenne contro alcuni OC romagnoli e marchigiani che rifiutavano luetici e rognosi e attribuivano ai marinai militari il trattamento generale previsto per la gente di mare.

L'assistenza sanitaria durante le marce e i viaggi isolati

A partire dal 1805 il continuo movimento dei corpi all'interno del territorio italiano determinò un forte aumento del ricorso al servizio sanitario civile e Rezia propose perciò di istituire un servizio militare di presidio impiegandovi gli US riformati. Radigo, capo dell'ufficio

contabile del ministero, espresse parere favorevole, dichiarando di essere "assediato" dalle richieste di gratifiche da parte di sanitari civili per cure prestate a militari feriti e malati durante le marce dei corpi e i viaggi isolati. L'idea, bocciata da Pino, fu ripresa il 1° maggio 1807 dal suo successore Caffarelli, il quale, stanco di dipendere dai medici civili e scandalizzato dal fatto che la maggior parte si rifiutava di curare *gratis* i militari, chiese alle prefetture di assicurare la disponibilità di un sanitario civile in ogni località di tappa per l'assistenza alle truppe in transito.

Il problema, però, non era costituito solo dai movimenti di truppe, ma anche dal crescente numero di soldati inabili mandati in licenza di convalescenza a casa. Dimenticati dai corpi (che talora li segnavano ingiustamente tra i disertori), erano costretti (ex art. 71 del decreto 4 aprile 1807) a farsi ricoverare negli OC per non perdere il diritto alla razione e al mezzo soldo. Visto il conto, il 31 luglio 1807 Caffarelli si sfogò con una circolare in cui dichiarava "intollerabile" spendere tanti soldi per mantenere in ospizio tutta quella gente e pretendeva che gli OC – in passato accusati di discriminare i militari – limitassero al minimo indispensabile i ricoveri di invalidi. L'8 dicembre 1813 fu lo stesso viceré a ordinare di rastrellare gente dagli ospedali (italiani e francesi) per mandarla al fronte.

I coscritti chirurghi e studenti di medicina

Diversamente dall'esercito di milizia, quello di leva non riconosce volentieri le qualifiche professionali dei soldati cittadini. Gli organici prevedono al più aiutanti e garzoni. Gli ufficiali (non la gerarchia, la corporazione) delegano infatti solo arti servili, essendo l'arte militare la quintessenza delle liberali. Li sfruttano, però, eccome, i *servi docti*: danno ottimo "foraggio" per far bella figura coi superiori. In cambio li tengono amorevolmente come mogli, sottochiave per proteggerli dal mondo cattivo: salvo, una sera di bisboccia, sfoggiarli alla faccia dei colleghi.

Le arti sanitarie erano però un caso a sé. I chirurghi avevano il titolo di "ufficiale", ma ciò non significava che fossero riconosciuti come colleghi dagli ufficiali d'arma: e neppure dall'amministrazione, visto che non costituivano un corpo gerarchico a sé stante e che erano quasi tutti pagati meno di un "artista" veterinario. C'erano dunque minori remore a riconoscere che alcune loro funzioni potessero, in caso di necessità, essere supplite da un coscritto abile. La prassi era corrente: ma solo nel 1807 (ex art. 13 del decreto 23 febbraio) si consentì di ammettere come allievi dell'OM, previo esame, i coscritti requisiti che

avessero frequentato due anni di corso nelle facoltà di medicina e chirurgia.

Nell'agosto 1808, essendo rimasto vacante un posto di chirurgo di battaglione al 1° leggero, l'incarico fu dato provvisoriamente a un carabiniere del reggimento, figlio di un medico, che aveva frequentato un anno di corso presso la scuola di clinica chirurgica presso l'ospedale "civico-militare" di Modena. Il ministero non provvide a nominare un vero chirurgo, tollerando quindi la situazione di fatto: ma il 15 marzo 1810 respinse, per mancanza dei requisiti, la domanda del carabiniere di essere ammesso come allievo all'OM. Respinta pure, il 6 maggio 1812, la richiesta del deposito del 6° di linea, privo di US, di poter impiegare a titolo provvisorio un coscritto chirurgo bresciano che da civile aveva già fatto il precario in vari ospedali, inclusi l'OM e l'infermeria del carcere militare di Foro Bonaparte. Doveva esserci al riguardo un contrasto tra corporazione sanitaria e amministrazione militare, se il 29 maggio 1811 Rezia pose un quesito formale, chiedendo quali norme vietavano l'impiego come chirurgo di un coscritto laureato e riconosciuto idoneo dalla commissione sanitaria militare (qui fu risposto che, in effetti, non esistevano divieti).

Le remore caddero però di fronte all'emergenza. Con circolare del 7 gennaio 1813 fu lo stesso ministro a chiedere ai comandanti d'armi se avevano coscritti laureati in medicina o chirurgia in grado di essere impiegati quali US. Con circolare del 22 maggio Fontanelli specificò peraltro che l'incarico era solo provvisorio e che, cessata l'emergenza, il soldato rientrava al corpo d'appartenenza.

Pagina bianca

13. IL SERVIZIO SANITARIO MILITARE

A. Il servizio sanitario di guerra

Le Ambulanze reggimentali del 1805

Diversamente dall'esercito austriaco, fino al 1805 quello francese credette di poter fare a meno di un servizio sanitario di campagna. Alla difficoltà finanziaria si sommava l'ideologia eroica della guerra rivoluzionaria, della vittoria ottenuta rinunciando a qualsiasi conforto o "mollezza". Lo scopo assegnato al soccorso dei feriti e malati era solo di rimandarli in linea prima possibile e di liberare i reggimenti da ogni impedimento dei movimenti. Il chirurgo del battaglione doveva provvedere a ogni esigenza: era affar suo procurarsi, a proprie spese, l'"astuccio tascabile" coi ferri chirurgici (disposizione cisalpina del 27 settembre 1800) e, per bendature e medicamenti, doveva farsi bastare l'apposito assegno reggimentale. Del resto si combatteva in ambienti densamente abitati e bastava requisire le risorse sanitarie locali, come si faceva per tutte le altre necessità dell'esercito.

Fu soltanto con decreto imperiale del 7 settembre 1805, alla vigilia della campagna d'Austerlitz, che Napoleone assegnò un'ambulanza ad ogni reggimento di fanteria. La dotazione consisteva in 1 cassone a 4 ruote capace di contenere 6 malati, 1 attiraglio con finimenti alla tedesca, 4 cavalli, 2 materassi, 6 lettighe a cinghie, 1 cassa per strumenti chirurgici, 1 per medicamenti, 50 chili di filacce e 50 di tela per bendature. Al reggimento era assegnato un fondo di 2.300 franchi per provvedersi di cassone (580), attiraglio (150), cavalli (1.440), materassi (90) e lettighe (40), più un assegno mensile di 50 franchi per la ferratura dei cavalli e il soldo di 2 carrettieri e 4 razioni giornaliere di 9 chili di fieno e 9 litri e mezzo d'avena per i cavalli. Casse, filacce e tela erano invece somministrati dai magazzini sanitari.

La disposizione fu trasmessa il 7 settembre dal ministro direttore dell'amministrazione della guerra ai reggimenti dell'*Armée d'Italie*: il fatto che ne esista una versione italiana lascia supporre che la norma riguardasse anche la fanteria italiana (del resto la spesa doveva essere in ogni caso anticipata dai consigli d'amministrazione reggimentali e ciò riduceva l'urgenza di specificare quale dei due ministeri, francese o italiano, dovesse coprire le spese fatte dai corpi italiani).

Le costose ambulanze della Divisione Pino (1808)

Nell'autunno 1808 il commissario ordinatore della Divisione Pino inviata in Spagna autorizzò di propria iniziativa gli US dei corpi ad acquistare strada facendo, a Montpellier e a Perpignano, il materiale occorrente per le ambulanze reggimentali e a far costruire a Tolosa 4 furgoni e 24 barelle ("brancali"), mandando poi il conto all'ordinatore centrale. Era salato: 23.981 lire, cioè 18.225 franchi, corrispondevano infatti al costo di 8 ambulanze a tariffa del 1805, dunque le 4 della Divisione Pino erano costate il doppio! Il 28 novembre l'ordinatore ne fece rapporto alla 2a divisione del ministero, che a sua volta, il 15 dicembre, mandò le carte all'ufficio liquidazione, dichiarando di aver appreso l'esistenza di un'ambulanza presso la Divisione italiana di Spagna solo dal rapporto del "cessato ordinatore centrale".

Le ambulanze divisionali italiane del 1809

Con decreto del 10 marzo 1809 il viceré concesse l'ambulanza solo a 5 reggimenti, tre di linea (1°, 3° e 7°) e due leggeri (3° e Dalmata) e per giunta dotate di una semplice carretta a 2 ruote. In compenso in aprile alle Divisioni Fontanelli e Severoli e alla Guardia Reale fu assegnata un'ambulanza divisionale, ciascuna con 1 furgone "alla *comtoise*" (provvisto di robusti assali di ferro) e una dotazione di 8 chirurghi, 3 speziali, 1 economo, 1 brigata di infermieri (17, 18 e 11) e 1 di fornai. L'OM fornì soltanto i 46 infermieri, mentre sanitari, economi e fornai furono ingaggiati tra i civili per la sola durata della campagna. In aggiunta all'indennità di via i fornai milanesi chiesero anche un sussidio per raggiungere l'armata.

L'esordio non fu positivo. Il 30 aprile, durante la battaglia d'Illasi (Verona), gli austriaci piombarono sull'ambulanza della Guardia Reale. I chirurghi cercarono di salvare un po' di materiale ficcandolo alla rinfusa in un sacco, ma questo si ruppe seminando ferri e boccette. All'atto pratico la cassa farmaceutica si rivelò troppo voluminosa per il furgone, col risultato di essere riconsegnata intatta o rotta a fine campagna. Inoltre conteneva troppa roba di scarsa utilità in guerra:

- strumenti (bilancia, bilancino, spatola, mortai, boccette, vasi e bariletti);
- 22 tipi di composti chimici: emetici (tartaro e ipecacuana), purganti (pillole e unguento mercuriali), analgesici (laudano liquido), disinfettanti (canfora, spirito di vino canforato), cauterizzanti (pietra infernale), caustici (alcali, solfati di rame e di zinco), antidoti (triaca), astringenti (allume calcinato), sciroppi e cordiali (colofonia, tintura di cannella, spirito di melissa, liquore anodino, chermes minerale) e altro ancora (estratto di saturno, agarico di quercia, sale ammonico e nitro);
- 5 tipi di cerotto (aderente, mercuriale, diagonale, gommato, vescicatorio);

- 116 libbre e 22 boccali di generi di conforto (olio d'oliva, riso, sale, zucchero, acquavite e aceto).

Il 9 settembre, in vista di una possibile ripresa della guerra, il ministro ordinò all'OM di Milano di allestire altre 2 ambulanze per Verona, con 4 chirurghi (2 aiutanti maggiori, 2 sottoaiutanti), 1 allievo farmacista e il seguente materiale:

- 2 furgoni con 15 letti e 10 barelle;
- 8 grembiuli da chirurgo, 1 cassa a trapano e 1 per amputazione;
- 4 cerchi per fratture, 100 stecche diverse e 75 sottopalme;
- 150 chili tra fasce (15), compresse (75) e filacce (60);
- 1 caldaia di rame, 2 marmitte, 2 treppiedi, 1 graticola e 4 bidoni.

La 1a compagnia infermieri militari di Mantova (1809-11)

L'ordinamento dell'esercito del 24 agosto 1803 prevedeva ben 558 addetti agli ospedali militari. All'inizio gli infermieri, inquadrati fra i "sottoimpiegati" degli OM, erano tutti avventizi, pagati a giornata con diaria di 39 centesimi e con vitto e alloggio in ospedale. Le loro mansioni erano inferiori a quelle odierne: somministravano medicine e tisane, ma anche il vitto; rifacevano i letti, spazzavano le sale, vuotavano orinali e sedie da notte e pulivano le latrine. Il rapporto considerato ottimale era di 1 infermiere per 10 malati, ma il carico era normalmente ben superiore e spesso doppio. Gli ospedali avevano un solo capo infermiere, o al massimo due, uno per le sale mediche e uno per quelle chirurgiche, incaricati di:

- custodire e far cambiare gli effetti in uso e la biancheria da letto;
- assegnare i posti letto ai degenti; controllare l'illuminazione notturna; far osservare la disciplina durante la visita medica;
- istruire, dirigere e assegnare gli infermieri e farne l'appello serale e mattutino.

Per premiare i migliori e aver sottomano un'aliquota pronta per le ambulanze, all'inizio del 1809 si decise di stabilire negli OM un nucleo di infermieri militarizzati. Con decreto del 13 aprile furono regolarmente istituite 10 compagnie francesi, cui si aggiunse, con ordine vicereale del 22 marzo, un'undicesima formata da italiani.

La compagnia, inquadrata da 2 impiegati d'OM di 2a e 3a classe e reclutata fra gli infermieri già in servizio, i militari inabili e i coscritti sospetti di autolesionismo per mutilazioni alle dita, si articolava in 8 brigate di 25 uomini (1 sergente maggiore, 1 o 2 sergenti, 1 furiere, 1 o 2 caporali e 20 infermieri) assegnate alle ambulanze divisionali (3

italiane e 5 francesi). Altrettante brigate di fornai (non però riunite in compagnie) furono ordinate il 7 aprile.

La compagnia (forse contratta a quadro, come quella dei trasporti) fu mantenuta anche dopo la pace, presso l'OM di Mantova, divenuto italiano nel 1810.

L'ambulanza per la Spagna (4 maggio – 7 luglio 1811)

Nell'aprile 1811 fu mobilitata una nuova Divisione per la Spagna (Severoli). Il 4 maggio le fu assegnata un'ambulanza da 15 letti, dotata per la prima volta di tende da campagna (8 comuni e1 grande). *More solito* nessun US ospedaliero si offerse di partire, ma stavolta non si trovavano nemmeno chirurghi civili disposti a rischiare la pelle per 100 (sottoaiutanti) e 187 (aiutanti) lire al mese, dovendo per di più pagarsi uniforme e astuccio chirurgico. Per invogliarli, il 14 maggio Assalini propose di concedere una gratifica per l'uniforme e di regalare l'astuccio, che costava 50 lire.

Lo stesso giorno la compagnia di Mantova fu riattivata su 6 squadre e, diversamente dal 1809, stavolta fu stabilita una paga base superiore, anzi doppia di quella degli infermieri d'ospedale (75 centesimi contro 39, con ritenuta di biancheria e calzatura come nelle truppe a cavallo e di riforma come in fanteria) (*v. tab. 18*).

Tab. 18 – Le Compagnie Infermieri Militari

	1 Cp (4.5.1811)		4 Cp (17.8.1811)		
Categorie	Organico	Soldo	Organico	S.pace	S.guerra
Centurione	1	2.700	4	2.000	2.700
Sottocenturione	1	2.200	4	1.600	2.200
Aiut. SU QM	1	2.10	4	1.50	2.10
Sergenti 1°	6	1.60	20	1.00	1.50
Foriere	-	-	4	1.00	1.50
Caporali 2a	12	1.20	24	0.75	1.00
Infermieri 3a	120	0.75	240	0.50	0.60
Operai capi	11	1.20	-	-	-
Cuciniere capo	1	1.20	4	1.00	1.50
Cucinieri	-	-	8	0.75	1.00
Coltellinaio	-	-	4	0.75	1.00
Falegname	-	-	4	0.75	1.00
Lavandaio	-	-	4	0.75	1.00
Corno caccia	-	-	4	0.75	1.00
Totale	157	-	328	-	-

Assegno di vestiario *pro capite*: 112 lire per la prima formazione e 60 annue. Il 13.11.11 concesse al centurione e al sottocenturione le indennità d'alloggio (216 e 144) e mobiliere (108 e 44).

Fu necessario elevare notevolmente anche la paga dei 2 impiegati (designati centurione e sottocenturione), che formavano il consiglio

d'amministrazione della compagnia assieme al sergente maggiore facente funzione di aiutante sottufficiale e quartiermastro, con un sergente incaricato del dettaglio del vestiario. Gli impiegati non avevano il comando del personale. Le squadre erano infatti agli ordini del commissario di guerra divisionale e alle dipendenze di servizio del capo ambulanza. La compagnia veniva così a costare 82.696 lire annue (56.036 di soldo, 17.360 per la prima formazione del vestiario e 9.300 di mantenimento), senza contare le indennità di tappa e di via e la massa di biancheria e calzatura.

Qualche risparmio si fece sui medicamenti, ridotti il 18 maggio a soli 9 tipi (tartaro, polvere purgante, china in polvere, oppio, estratto di liquirizia, sale di saturno, canfora, unguento digestivo), più cerotto diacquilon disteso, tela per cerotti, compresse, filacce, bindello, refe da cucire, aghi, spilli e fasce circolari. Il 30 maggio il ministro autorizzò una spesa speciale per 4 infermieri "di smisurata grandezza". Non tutte le difficoltà erano risolte, se il 7 luglio si sentì il bisogno di un decreto vicereale per designare le squadre infermieri e fornai destinate a partire per la Spagna.

Le 4 compagnie infermieri militari (17 agosto – 6 ottobre 1811)

Partita finalmente l'ambulanza spagnola, con decreto del 17 agosto gli infermieri militari furono riordinati su 4 compagnie, sempre su 6 squadre, ma dimezzate da 25 a 14 infermieri (*v. tab. 18*). Inoltre la paga base fu ridotta da 75 a 50 centesimi in pace e 60 in guerra (con un risparmio di 33.032 lire sui nuovi organici: di cui 2.048 utilizzate il 13 novembre per concedere agli 8 ufficiali le indennità d'alloggio e mobiliere). Le compagnie erano assegnate ai 4 OM, tre (1a Milano, 2a Mantova e 3a Ancona) all'esercito e una (4a Venezia e Chioggia) alla marina.

Il decreto assimilava centurioni e sottocenturioni agli ufficiali: non più scelti tra gli impiegati d'ospedale, ma tra gli ufficiali in ritiro con qualche esperienza amministrativa, erano di nomina vicereale e (da novembre) godevano delle indennità d'alloggio e mobiliere. I quattro centurioni erano Giuseppe e Francesco Josserand, Giacomo Vigna e Giovanni Arnoldo Lunden.

Anche gli infermieri dovevano essere reclutati di preferenza fra militari di truppa in riforma o ritiro, poi fra gli infermieri già in servizio e gli altri sottoimpiegati dell'OM e infine tra "gli uomini di buona volontà", buona condotta e robusta costituzione. Le compagnie espletavano tutti i servizi interni, non solo quelli infermieristici:

fornivano i garzoni di cucina, magazzino e maestranza e uno dei caporali aveva incarico di portiere. In caso d'attivazione di ambulanze il ministro designava le squadre di marcia, riunendole eventualmente in compagnie provvisionali.

La compagnia di Mantova, che il 1° settembre aveva 115 uomini (incluso il personale in Spagna), fu sdoppiata a formare la 2a e la 3a (inviata ad Ancona). La 1a e la 4a furono costituite a Milano e Venezia. Il 6 ottobre il ministro autorizzò gli OM a mantenere in servizio anche gli infermieri civili esuberanti al completo, purché di "condotta morale" e "utili al servizio". Inoltre il commissario di guerra fu incaricato di fare rapporto mensile sul "servizio, disciplina, condotta e tenuta" della compagnia.

Le 3 ambulanze divisionali in Russia (1812)

Il reclutamento si rivelò tuttavia più difficile del previsto. Dedotto il personale in Spagna, il 31 ottobre la 2a e 3a compagnia avevano solo 32 e 34 uomini. Per l'OM di Mantova ne occorrevano però 49 e così 17 dovettero essere restituiti dalla compagnia di Ancona, che rimase con soli 17. Inoltre, come segnalava il ministro il 3 gennaio 1812, molti si erano rivelati incapaci. Anche le liste dei petenti impiego per i fornai erano fatte da veterani, invalidi, artisti civili e casermieri vecchi, malati o con carichi di famiglia. Il 23 gennaio il commissario di guerra Gini notava che i francesi, a differenza degli italiani, completavano facilmente le loro ambulanze perché non richiedevano la fedina penale e non stavano troppo a sottilizzare.

Il regolamento delle ambulanze, emanato il 29 gennaio, stabiliva che marciavano con la Divisione. Nel giorno di battaglia si fermavano al posto assegnato dal capo di stato maggiore, mandando i barellieri dietro le linee per il trasporto dei feriti. I più gravi dovevano essere operati personalmente dal chirurgo maggiore, che ripartiva le altre fra gli aiutanti e sotto aiutanti. I medicati dovevano essere subito trasferiti negli ospedali vicini per far posto ai nuovi arrivi. In caso di assedio un chirurgo doveva essere distaccato di guardia agli avamposti e una sezione ai luoghi d'attacco e di sortita, con un chirurgo capace di eseguire sul campo anche grandi operazioni.

Le 3 ambulanze assegnate al corpo di spedizione in Russia avevano furgoni di nuovo modello, a 8 cavalli, contenenti carrelli a ruote, ma partirono incomplete: gli organici prevedevano infatti 30 chirurghi, ma se ne trovarono solo 16 (2 maggiori, 3 aiutanti e 11 sottoaiutanti) più 3 speziali. Il 19 febbraio il primario del Sant'Ambrogio, Cocchetti,

chiese di partire, ma gli infermieri si davano malati, tanto che il 24 il ministro dispose severi controlli sulle dichiarazioni di inabilità rilasciate dagli stessi OM. La Guardia Reale partì con 4 chirurghi, 1 speziale e 24 infermieri, ma il 6 marzo ne aveva già seminati 4 a Bolzano e 6 ad Augusta e altri 10 di rimpiazzo dovettero partire da Mantova. Assalini dirigeva il servizio sanitario del IV Corpo, Solenghi quello della Guardia Reale. Il capo ambulanza della Divisione Pino era il dottor Domenico Meli.

Le ambulanze reggimentali e divisionali nel 1813-14

Con disposizioni del 13 e 27 marzo 1813 le ambulanze reggimentali furono someggiate, assegnando a ciascuna 2 cavalli o muli da basto con apposite corbe, somministrate dal deposito di cavalleria di Lodi. Il vantaggio era di poter seguire più da vicino i movimenti delle truppe e arrivare anche in luoghi inaccessibili ai veicoli. I cassoni furono invece riservati alle ambulanze reggimentali, in misura di uno ogni due battaglioni (decreto imperiale del 6 aprile). Quelli italiani erano però di legno non stagionato, per cui col sole subivano crepe e non si chiudevano più bene, col rischio di seminare parte del carico ad ogni brusca manovra. Secondo l'elenco nominativo di Zanoli, il personale civile commissionato dal ministero per il servizio delle ambulanze includeva 3 medici (Gerolamo Caponago, Luigi Butturi, Carlo Pilati), 1 chirurgo maggiore (Leonardo Baffi), 1 aiutante maggiore (Giuseppe Solera) e 27 sottoaiutanti.

I servizi assegnati alla Divisione Peyri includevano il 1° aprile 300 uomini, 347 cavalli e 77 furgoni. L'ambulanza ne contava 96, 42 e 10. Il personale era così ripartito per categorie:

- 9 US: 2 medici (di cui 1 f. f. di chirurgo maggiore), 5 chirurghi (1 aiutante, 3 sottoaiutanti e 1 f. f. di farmacista maggiore) e 2 farmacisti (sottoaiutanti);
- 4 impiegati: 1 economo, 2 commessi (di 1a e 2a classe) e 1 dispensiere;
- 24 conduttori dei furgoni (inclusi 2 brigadieri);
- 58 infermieri (inclusi 1 centurione, 3 sergenti e 5 caporali).

Tra ambulanze e corpi, la Divisione Palombini era partita con 29 US (11 all'ambulanza e 18 ai corpi). Il 28 settembre, a Verona, gliene restavano 14: uno era rientrato in Italia per malattia, 5 erano ricoverati a Lipsia e nel Wuerttemberg, 8 erano stati fatti prigionieri in varie battaglie (in particolare il 9 maggio a Koenigswarta), ma 2 erano riusciti a fuggire e a rientrare al corpo. Capo ambulanza era il chirurgo maggiore Giovanni Palazzini. Dal 1° settembre al 18 dicembre aveva gestito 303 feriti e 366 malati. I feriti (inclusi 9 ufficiali) erano arrivati

a gruppi in settembre (83 da Lipsia il 14, 5 da Oblaki il 25, 74 da Maunitz il 26), ottobre (5 da Sesana, 3 da Romans), novembre (85 da Riva e Bussolengo) e dicembre (48 da Bussolengo). Il grosso dei malati era invece negli ultimi venti giorni di novembre (234) e nei primi diciotto di dicembre (126), soprattutto affezioni polmonari e gastrointestinali, ma anche ascessi, bubboni, foruncoli, risipole, ernie, contusioni. Solo 4 erano morti all'ospedale da campo, ma si ignorava la sorte di quelli ricoverati in ospedale.

Le annotazioni di Palazzini sul comportamento degli infermieri registrano un mutamento. L'8 ottobre, a Romans, li giudicava "inattivi, negligenti, insubordinati". Il 13 novembre, a Rivoli, gliene restavano solo 14, di cui 4 incapaci di qualunque servizio. Ma il 18 dicembre, a Mantova, riconosceva che nell'ultimo mese si erano "mostrati attenti al loro dovere e non avevano dato origini a lagnanze". Forse il dramma collettivo aveva destato solidarietà umane inattese.

Tab. 19 – Effettivi delle compagnie infermieri 1a, 2a, 3a nel 1813

Date	Regno	*Grand e Armée*	Grenier	Bertrand	*Armée d'Italie*	35a Div.	45a Div	Tot.
1.02	199	139	-	-	-	-	-	338
1.04	163	120	-	-	-	-	-	283
1.05	177	-	38	66	-	-	-	281
1.10	175	-	-	-	44	52	55	326

B. Gli ospedali militari dell'interno

Il Sant'Ambrogio di Milano (OM di 1a classe)

Con un movimento di circa 6-7.000 degenze annuali (dimezzato però nel 1812 con la partenza della Guardia Reale per la Russia), il Sant'Ambrogio disponeva di 800 posti letto distribuiti in 16 sale (6 per "febbricitanti", 5 per feriti, 2 per la clinica medica, 1 per la chirurgica, 1 per detenuti e 1 per convalescenti), 13 stanze (10 per venerei e 3 per rognosi) e 9 stanzette riservate agli ufficiali e guardie d'onore.

Il tasso di mortalità, doppio o triplo nelle sale di medicina rispetto alla chirurgia, fu del 5.7 per cento nel 1807, del 4.5 nel 1810, del 2.8 nel 1811 e del 3.4 nel 1812. Il costo medio pro-capite era di £. 1.59 nel 1807 e 1.55 nel 1812.

L'amministrazione

Direzione e amministrazione dell'OM furono inizialmente regolate dal piano ministeriale del 5 agosto 1802. La direzione fu attribuita al commesso ministeriale (e poi commissario di guerra) Luigi Calderini, affiancato da un consiglio formato da un ufficiale superiore, dal capo del servizio competente per la materia trattata (medico, chirurgo e farmacista) e dall'economo, il vicentino Carlo Lovati.

Dall'economo dipendevano il dispensiere, due magazzinieri (uno degli effetti d'ospedale e l'altro "dei sacchi" ossia del denaro ed effetti dei ricoverati), il commesso alle entrate (accettazione), l'infermiere maggiore capo e il capo cuciniere.

Grazie al positivo giudizio dell'ordinatore Tordorò, che lo definì "morale e attivo", nel marzo 1803 Lovati ottenne l'adeguamento del suo stipendio (3.000 lire) alla tariffa francese (3.000 franchi), con un aumento dunque di circa un quarto. Invece il 13 luglio il consiglio d'amministrazione della guerra sospese dalle sue funzioni e sottopose ad inchiesta Calderini, perché "come risultava dal complesso della contabilità da lui presentata, ritenendosi piuttosto un appaltatore che un agente della nazione, si rifiutava di rendere esatto conto delle somme assegnategli".

A complicare la vita fu l'ordinanza del 19 maggio 1804 che adottava il regolamento francese del 12 agosto 1800 sugli ospedali militari. Anche la composizione del consiglio d'amministrazione dovette adeguarsi: i capi servizio sanitari furono estromessi, Lovati affiancato da un "amministratore" e il commissario di guerra Carlo Fontana ("di stabile residenza" nell'OM) nominato presidente. Col cambio al vertice, non tardò molto che si scopersero gli altarini: e in luglio Lovati fu arrestato per peculato assieme ai suoi complici (il capo cuciniere, l'infermiere maggiore e il magazziniere).

Con decreto vicereale del 12 ottobre 1805 furono nominati tre consiglieri (C. Picolli e i commissari di guerra Fontana e Ferdinando Brocchi), con stipendio di 5.000 lire. Nel 1807 era economo Fermo Albinola, sostituito nel 1809 da Giuseppe Aubert, già commesso alle entrate.

Nel suo rapporto del 14 dicembre 1809 il commissario di guerra Carlo Roussillon sottolineò che il consiglio (con 2 soli consiglieri ancora in carica, Fontana e Brocchi e gli impiegati) costava 25.642 lire l'anno e propose di ridurre la spesa a 17.300 applicando il decreto imperiale del 10 aprile 1806, che aveva sostituito il consiglio con un ispettore e ridotto gli impiegati a 4 (segretario, economo e commessi alle scritture e alle entrate). La proposta fu approvata con decreto del 23 febbraio 1810, retroattivo al 1° gennaio. In seguito Danna adottò

formalmente tutti i regolamenti francesi, usando come testo la raccolta in tre volumi pubblicata nel 1809 a Parigi dal sottocapo della direzione di sanità francese (Charles Courtin, *Recueil général des lois, règlements, décisions et circulaires sur le service des hôpitaux militaires).*

Con circolare del 13 febbraio 1811 il ministro Danna incaricò i commissari degli OM di compilare lo stato informativo trimestrale sulla condotta degli impiegati, inclusi economo e cappellano. Commissario del Sant'Ambrogio era allora Pietro Dall'Oglio. Nel 1812-13 il suo successore Giorgio Nascivera prese di mira l'economo Aubert ("più adatto a dirigere la contabilità che uno stabilimento"; "fa sempre tacere il dovere in confronto all'interesse: indolente coi suoi subordinati, spesso insubordinato coi suoi superiori") e l'impiegato Vertugnol ("non ha mai prestato né presta alcun servizio": ciò non gli impedì tuttavia di essere promosso da commesso provvisorio a commesso di 2a classe).

Con circolare dell'11 dicembre 1811 il ministro Fontanelli appaltò agli economi, previa cauzione, l'approvvigionamento di alcuni beni e servizi: spese d'ufficio, combustibili ("fuochi e lumi"), materiale di pulizia ("proprietà"), disinfezioni ("spurgo d'effetti"), stoviglie ("vetri, terraglie e oggetti per la distribuzione degli alimenti") e "legumi per la marmitta".

Il servizio farmaceutico e la Farmacopea italo-castrense

La spezieria del Sant'Ambrogio, famosa per la coltivazione della digitale purpurea, fu sempre diretta da Sordelli, assistito da tre aiutanti e da un certo numero di sottoaiutanti "requisiti" (6 nel 1804, 9 nel 1807, 11 nel 1810). La spezieria era anche il centro di ricerca e sperimentazione dello stato, al quale venivano sottoposte le richieste di brevetto. Nel giugno 1808 Sordelli bocciò il composto specifico contro la sifilide presentato da Giovanni Battista Rossi.

La spezieria fungeva inoltre da laboratorio farmaceutico, con annesso deposito generale dei medicamenti, che riforniva anche i corpi e le ambulanze, secondo l'istruzione francese del 5 dicembre 1806. I farmaci dovevano essere richiesti a cadenza trimestrale e con un mese d'anticipo. La circolare 19 maggio 1810 fissò la tariffa dei medicinali semplici e composti (inclusiva dei costi di gestione del laboratorio) e stabilì che i corpi dovevano inoltrare le relative richieste tramite il commissariato, per dargli modo di controllarne la regolarità formale.

Con l'istituzione dei 3 nuovi OM periferici (23 novembre 1810), parte dei farmacisti del Sant'Ambrogio fu inviata ad impiantare le spezierie di Mantova, Chioggia e Ancona, rispettivamente con 7, 2 e 4 farmacisti, lasciandone solo 9 a Milano. Il 12 dicembre il deposito centrale fu soppresso, decentrando la preparazione dei medicinali alle spezierie locali. Ma la spesa aumentò, perché in periferia il costo dei semplici era esorbitante rispetto ai prezzi praticati dagli erboristi milanesi. Alle spezierie locali fu perciò lasciata la preparazione dei soli composti deperibili, tornando per gli altri al sistema precedente.

Con circolare del 27 febbraio 1811 fu approvato un elenco (steso da Sordelli?) di 31 strumenti occorrenti per il laboratorio farmaceutico:

- 1 alambicco di rame detto "tamburlano";
- 1 caldaia, 3 bastardelle di rame, 1 di ferro e 1 porta bastardella;
- 1 forma d'ottone o di ferro per la pietra infernale;
- 2 mortai (di ferro e di marmo) con pestelli e porta mortai;
- 2 schiumatoi (ferro), 2 mestoli, 8 spatole, 2 cucchiai, 4 colatoi;
- 1 tenaglia, 1 martello e 1 incisorio;
- 1 tavolo liscio di noce e1 scaletta a due o tre gradini;
- 1 torchio a una o due viti per spremere i sughi;
- 6 setacci (2 di seta, 3 di crine e 1 crivello con filo di ferro).

L'elenco ufficiale dei farmaci consentiti nell'esercito era però di competenza del direttore generale di sanità. Il criterio d'inserimento non era esclusivamente sanitario, ma anche e soprattutto economico. Il primo elenco (col titolo ampolloso di *Farmacopea italo-castrense*) fu prodotto da Rezia il 13 ottobre 1802, entrando in vigore il 1° gennaio successivo. Nel tentativo di abbattere i costi crescenti, la farmacopea fu aggiornata con criteri restrittivi il 19 aprile 1808. I farmaci furono provvisoriamente esclusi dalla riconversione dei pesi e misure disposta con circolare del 22 novembre 1811 per le tabelle del vitto, ma poi si decise di dimezzare la spesa pro capite da 22 a 10 centesimi. A tale scopo Rezia rivide nuovamente la farmacopea, presentata il 20 dicembre 1812 e approvata il 22 febbraio 1813 malgrado le proteste dei medici per la riduzione della china alle sole febbri "perniciose", l'abolizione del rabarbaro e la limitazione delle prescrizioni più costose (salsapariglia, zucchero, miele, cordiali, limoni e sciroppi), ammesse solo previo consulto medico.

Ricoveri, dimissioni, igiene e vitto

Il ricovero negli OM era riservato ai soli militari in servizio attivo, esclusi perciò quelli di riserva e gli operai, su biglietto firmato dall'US

del corpo. Il commesso all'entrata provvedeva alla registrazione del ricoverato con l'indicazione del grado, corpo e matricola e al ritiro del denaro e degli effetti, dandone ricevuta all'interessato. Chiusi in sacchi sigillati, denaro ed effetti erano custoditi in apposto magazzino e riconsegnati all'uscita o, in caso di decesso, alla famiglia. L'uniforme era però di proprietà dello stato e spesso i corpi mandavano a ritirarla per poterla intanto riciclare. La prassi fu però vietata con circolare del 27 dicembre 1810 per evitare che, partito il reggimento, il militare dimesso dovesse viaggiare per raggiungerlo con vestiario di fortuna o leggero, magari ammalandosi di nuovo. Altra circolare del 24 ottobre aveva vietato ai commissari di guerra e agli US di concedere ai militari dimessi per guarigione il permesso di far visita alla famiglia prima di rientrare al corpo.

Le norme igieniche prescrivevano di rifare i letti due volte al giorno, aprire le finestre quando si vuotavano orinali e sedie da notte, spazzare le sale, tenere pulite le latrine, cambiare le camicie ogni 5 giorni e le lenzuola ogni 15 (o più spesso su prescrizione sanitaria), bruciare i pagliericci infetti o sudici, disinfestare i locali e imbiancare le sale due volte l'anno. Nelle infermerie dovevano esserci lavatoi con rubinetto e un solo grande asciugamano di uso comune. I degenti erano tenuti a lavarsi mani e viso tutti i giorni e gli infermieri a pulire quelli che non potevano alzarsi con panni bagnati (d'inverno con acqua tiepida).

L'unico privilegio di cui godevano i degenti era di mangiare un pane migliore ("pane bianco d'ospedale") usato per il pancotto. Per evitare frodi, doveva essere cotto in locali e forni separati da quelli destinati al "pane nero di munizione" (norma derogabile per quantità inferiori alle 200 razioni). La razione francese del 1800 prevedeva 1 libbra e mezza di pane, 1 di vino, 16 once di carne cotta e disossata e, in alternativa, pancotto o minestra di riso cotto nel latte, oppure brodo di manzo, o prugne cotte o 2 uova. La razione fissata nel 1802 da Dell'U riduceva le once di carne a 9. Quella di Rezia prevedeva invece 5 diverse diete: la più ricca, per i convalescenti, prevedeva solo 2 once di riso o pane, 5 di carne, 14 di vino, pancotto, frutta e verdura o 2 uova. La dieta "leggera" consisteva in solo brodo o minestrina.

Il regolamento del 19 aprile 1808 rese uniforme il vitto ordinario (pane, pancotto, carne e vino) variando la quantità a seconda delle 4 diete, ma ne aggiunse uno "straordinario" con stufato di manzo cotto con vino, garofani e verdure, 2 uova o prugne cotte col vino, pomi di terra, spinaci crudi e cornetti crudi con olio (o, eccezionalmente, burro). Ai signori ufficiali e guardie d'onore spettavano 2 uova, cotoletta, stufato, spinaci, patate e cornetti (tutto "al burro"), nonché riso crudo e prugne cotte con vino. Con circolare del 22 novembre

1811 le tabelle furono adattate ai nuovi pesi e misure. In apparenza non c'erano variazioni quantitative, ma a partire dal 1° gennaio 1812, per ridurre da 75 a 50 centesimi il costo del vitto d'ospedale, la razione di carne fu ridotta a 3/8 di libbra metrica e il vino fu concesso solo su prescrizione medica. Fontanelli ordinò inoltre "esperimenti dietetici", come le "tavolette da brodo" fatte di ossa avanzate dai brodi precedenti e tritate.

L'Infermeria di Foro Bonaparte.

Una delle 18 sale del Sant'Ambrogio era destinata ai militari detenuti, ma con circolare del 9 febbraio 1803 Trivulzio aveva vietato di ricoverare in OM i "servi di pena", ossia i condannati ai ferri. Il 25 marzo 1810, recependo una circolare francese del 28 giugno 1809, Danna estese il divieto anche agli altri militari detenuti, a meno di casi gravissimi.

Secondo un rapporto del 12 dicembre 1803 la sala destinata per infermeria delle carceri militari di Foro Bonaparte era "delle più insalubri". Situata al pianterreno, umida e priva di ventilazione, era "sovraccarica di morbose esalazioni animali" (non c'erano latrine e gli escrementi non venivano rimossi per settimane). I malati impedivano agli infermieri di aprire le finestre non perché amassero la puzza ma perché pativano di più il freddo (in carcere erano vietate le stufe e gli anziani davano "la benvenuta" ai nuovi arrivati sequestrando tutti gli indumenti pesanti). Dal punto di vista di Rasori c'era almeno un elemento di consolazione, perché il sano ed economico (15 centesimi) vitto a pane e acqua, aveva certamente un benefico effetto debilitante.

Un rapporto del 5 febbraio 1805 sull'epidemia di tifo petecchiale scoppiata nelle carceri militari, la imputava all'effetto congiunto della paglia sudicia e infetta, dell'umidità, della dieta e dell'aria mefitica.

I bagni termali di Trescore, Abano e Porretta

Su richiesta del capobattaglione Giorgio Endris, comandante degli invalidi, nel giugno 1803 Trivulzio accordò a 27 veterani e invalidi e ai malati di reumatismi, artrosi e artriti ricoverati al Sant'Ambrogio un ciclo di cure termali a Trescore (Bergamo). Il ministero si accollò le spese di viaggio via acqua fino alla Canonica, mentre la prefettura del Serio provvide al trasporto su carri coperti fino a Trescore, dove il gruppo, accompagnato da un capitano e da un chirurgo, arrivò il 18 luglio, restandovi venticinque giorni.

L'iniziativa si ripeté nel 1804, alloggiando i malati in due cappelle sconsacrate (una con 10 letti doppi e l'altra con 6). Sospese nel 1805 a causa della mobilitazione contro l'Austria, le cure termali ripresero su scala più ampia a partire dal 1806, con più turni di cura della durata di 20 giorni, sia a Trescore che a Monteortone presso Abano (Padova), dove furono allestiti due stabilimenti estivi con un totale di 300 posti, detti "ospedali aperti". In alcuni casi si mandarono militari isolati anche alle Terme di Porretta (Bologna), alloggiati e nutriti a cura del comune, con successivo rimborso da parte del ministero.

Ai militari in cura termale spettava una gratifica di 30 lire, poi sostituita da una diaria di 21,4 soldi (= £. 21,40 per venti giorni). Essi erano tenuti a seguire il ciclo curativo di bagni e fanghi e osservare la disciplina militare: ma gli abitanti di Trescore lamentavano continue molestie. Le cose andarono meglio nel 1809, grazie alla maggiore sorveglianza del capitano Barberi e del dottor Giuseppe Colli.

Nel 1811 il ministero della guerra fece analizzare le acque minerali di Trescore dal medico Girolamo Soardi e dal chirurgo Domenico Meli, mentre per quelle di Sant'Elena presso Abano si affidò allo studio del dottor Giuseppe Mengazzi.

Il Sant'Orsola di Mantova (OM di 1a classe)

Nel marzo 1803 il monastero di San Benedetto fu destinato a sede dell'OM principale francese in territorio italiano, con depositi a Mantova (Sant'Orsola), Peschiera e Porto Legnago. Nel novembre 1804, a seguito di asserite discriminazioni dei 40 militari italiani ricoverati a Mantova, il commissario di guerra francese invitò l'ordinatore Tordorò ad effettuare un'ispezione, da cui risultò tutto regolare. I disertori italiani condannati ai lavori forzati o alla palla nell'ergastolo della piazzaforte contribuivano in modo determinante ad elevare il tasso di mortalità dell'OM di Mantova: solo nei primi tre mesi e mezzo del 1810 vi morirono 66 condannati e un altro centinaio erano in fin di vita (*v. infra, §. 9E*).

Il 1° ottobre 1810 il Sant'Orsola fu ceduto alla sanità italiana e gli OM francesi furono concentrati a Verona (Santo Spirito) e Vicenza (Santa Maria). Nel luglio 1812 il commissario osservava che mancavano letti di ferro, il vestiario era assai scarso e irrecuperabile "per somma improprietà" e, prima dell'inverno, occorreva riparare tetti e telai delle finestre, mettere i vetri, aggiustare le porte e attivare la pompa nel magazzino dei lavaggi (cosa che non era stata ancora fatta nel settembre 1813). Il 2 novembre il chirurgo maggiore Rima

sosteneva al contrario che tutto andava bene: certo, la qualità delle dotazioni era inferiore a quella del Sant'Ambrogio, ma lui si sentiva più fiero del servizio compiuto a Mantova che dei 5 anni trascorsi alla direzione dell'OM di Milano.

Un mese dopo il generale Peyri segnalò che molti soldati del 2° di linea erano usciti dall'OM con le braccia anchilosate a causa di salassi mal eseguiti. Rima minimizzò: pochi casi su migliaia … Il generale però tenne duro e alla fine il chirurgo responsabile fu licenziato.

I continui contrasti tra Rima, l'economo e gli altri due capi servizio subentrati a Dell'U (Tavera) e Scola (Caccianiga, trasferito da Milano) provocarono un'ispezione e severi provvedimenti. L'economo fu destituito, Tavera mobilitato per l'ambulanza e Rima inviato in missione speciale ad Ancona. Il 1° settembre 1813 medico maggiore era Giambattista Bottari, chirurgo Palazzini (malato e supplito dall'aiutante maggiore Solera) e farmacista sempre Caccianiga.

Il 12 marzo 1814 il comandante della piazza, generale Zucchi, dava un quadro disastroso dell'ospedale: l'economo Clavier non esercitava alcuna vigilanza sulle infrastrutture né sugli infermieri, il commissario s'era visto una volta sola a metà febbraio, i paglericci bagnati e infetti erano riposti nello stesso magazzino dei nuovi e così pure la paglia trita e infetta di sudiciume, nei pagliacci nuovi in mezzo alla paglia si trovavano bende, fasce e stracci fradici, le lenzuola sporche restavano ammucchiate per mesi prima di essere lavate. Mancavano tavolini e orinali e i malati erano costretti ad alzarsi dal letto per recarsi alle latrine.

L'unico primato dell'OM di Mantova riguardava i costi di degenza: appena 1 lira e 14 centesimi. Ma era il più affollato (607 ricoverati in media per 700 letti) e quello col maggior tasso di mortalità (866 morti, nove su cento) e col minor tasso di guarigioni (68,3). Ciò dipendeva però anche dal fatto che a Mantova era concentrato il 43 per cento dei casi di malaria e quasi un quinto dei casi di tifo verificatisi nel 1812. Nel 1813 vi furono ricoverati ben 17.964 uomini, ma siccome 7.944 furono evacuati in altri ospedali, la degenza media si ridusse da 23 a 14 giorni, con 698 degenti mediamente presenti ogni giorno. Per lo stesso motivo cadde l'indice di mortalità (657 morti, pari al 3.7% dei curati e al 6.5 dei non evacuati) e migliorò (ma solo apparentemente) quello di guarigione (78.6% sui non evacuati e 43.8% sui curati). Dal 1805 al 1813 nell'OM di Mantova si registrarono ben 5.109 decessi (*tab. 20*).

Tab. 20 – Morti nell'OM di Mantova, 1805-1813					
1805	238	1808	391	1811	656
1806	592	1809	608	1812	866
1807	712	1810	389	1813	657
Somma	1.542	Somma	2.930	Totale	5.109

L'Ospedale Santa Croce di Chioggia (succursale di Venezia)

Trasferito alla sanità italiana nell'ottobre 1808 quale "succursale" dell'OM di Venezia (gestito dalla Reale Marina), l'OM di Chioggia compensava, con la sua relativa efficienza, l'effetto patogeno della micidiale caserma locale (*v. P. IIA, §. 4C*). Aveva 4 sale, inclusa una "poco sana" al pianterreno, con una capienza massima di 172 posti letto (ma con oltre 140 ricoverati bisognava aggiungere una terza fila in mezzo alla corsia). Mancavano inoltre un stanza per gli US e gli alloggi dell'economo e del personale. Nell'ottobre 1810 si proponeva di adattare a sala di convalescenza la chiesa annessa all'ex-convento. Anche le attrezzature lasciavano a desiderare: mancavano i camici per gli infermieri e i letti di ferro, suppliti da altri di legno spediti provvisoriamente da Venezia.

Il commissario Fontana dava un giudizio positivo sull'economo, l'avignonese Carlo Rocard ("sa conciliare gli interessi del sovrano col bene degli ammalati"). Suo compaesano era forse l'impiegato Gregorio Cartigny, che Fontana giudicava "sufficiente ma un poco imbriacone". Chirurgo maggiore era il dottor Leopoldo Benvenuti.

L'OM aveva una degenza media di 150 ricoverati, con punte di 200. Nel 1811 registrò 78 decessi, con un tasso di mortalità del 3.2, ma nel febbraio 1812 i refrattari e i disertori amnistiati spediti al 4° RI leggero dal deposito di Mantova e dalle carceri di Vicenza, portarono il tifo, che assunse in due settimane forma epidemica. L'OM di Chioggia ebbe da solo un terzo (359) di tutti i caso di tifo registrati nel 1812 e i morti salirono a 189 (di cui 55 per tifo e 7 per malaria), raddoppiando il tasso di mortalità al 6.5.

L'Ospedale San Francesco di Ancona (OM di 2a classe)

Anche al San Francesco di Ancona i problemi erano il freddo, l'umidità e l'aria cattiva. Le latrine, troppo vicine alle sale, erano sempre otturate: le finestre, trattandosi un tempo d'una chiesa, erano troppo alte per aerare e illuminare la sala clinica: in compenso erano senza vetri e il freddo lo facevano passare. Per avere un po' d'aria bisognava poi fare corrente, tenendo le porte aperte tutto il giorno, aumentando i rischi d'evasione dei degenti detenuti. Per sfruttare le

finestre si poteva mettere un soppalco a mezz'altezza, ma prima bisognava riparare (magari col marmo degli altari laterali) le scale d'accesso alla cornice sulla quale andava appoggiato il soppalco. Le stufe, chieste nel luglio 1809, arrivarono in dicembre, ma del 1810; intanto, per non crepare di freddo, si dovettero usare bracieri a carbonella, che esalavano vapori nocivi.

Peggio dell'ambiente fisico era, come sempre, quello umano. Nel maggio 1808 una denuncia del medico ordinario Giacomo Pisani per l'eccessivo numero di decessi da polmonite e per maltrattamenti nei confronti dei malati, provocò un'ispezione ministeriale, conclusa con la "disapprovazione" del denunciante da parte del ministro. Il 22 gennaio 1809 fu però lo stesso ministro ad allarmarsi per i troppi decessi, imputati al metodo "debilitante" adottato dal dottor Orazio Lombardini. Pur essendo ai ferri corti con costui, il primario Giuseppe Bussan capì che la faccenda metteva in questione il metodo Rasori, da lui stesso condiviso e, col sostegno di Rezia, convinse il ministro che quel tasso di mortalità era del tutto nella norma. Ma la vicenda acuì i contrasti tra i due sanitari e lo stesso Rezia, dopo un vano tentativo di riconciliarli, si vide costretto a proporre di separarli, allontanando l'uno o l'altro: alla fine Lombardini fu trasferito a Mantova. Radigo, capo divisione del personale, era invece del parere di cacciarli tutti e due, mettendoli "in riforma".

Vergognosamente irresoluti sulle questioni essenziali, nell'ottobre 1810, in occasione dell'augusta visita di sua altezza il principe Eugenio, trovarono però il tempo di occuparsi della vita privata di un chirurgo sottoaiutante, il dottor Giuseppe Leonarducci, ammonito per una scandalosa convivenza *more uxorio*, che, oltretutto, lo rendeva distratto sul lavoro.

Il 13 febbraio 1811 il ministro Danna rimproverò il commissario di guerra addetto all'ospedale, Francesco Psalidi, per essersi limitato a trasmettere, senza rielaborarle a suo giudizio, le note caratteristiche sul personale dipendente stese dall'economo e dai capi servizio (che per giunta contenevano gravi accuse nei confronti di due chirurghi). Per emendarsi, il 12 aprile Psalidi (figlio dei segretario generale del demanio e fratello di Filippo, un ufficiale superiore cisalpino proveniente dall'artiglieria veneziana) trasmise le note del capo speziale Viale su un sottoaiutante farmacista, definito "intollerante verso superiori e colleghi, cattivo verso gli inferiori, buono verso i malati, trascurato nell'economico e presuntuoso in fatto d'istruzione". Insomma un guastafeste: e, forse, l'autore delle due lettere anonime arrivate al ministero nel marzo e aprile 1812 in cui si accusavano il farmacista aiutante maggiore (che non era laureato), i garzoni e gli

infermieri di rubare legna e medicinali, con la connivenza dello stesso Psalidi.

La questione delle forniture Psalidi l'aveva affrontata il 1° maggio 1811, definendo "fratesco" il sistema in vigore al San Francesco (facevano la questua?). L'ideale, certo, era l'appalto, ma era impossibile trovare offerenti: nella situazione attuale (cioè col blocco continentale e gli inglesi sottocosta) i commercianti erano tutti in angustie e nessuno rischiava capitali in investimenti a lungo termine, se non pretendendo "profitti esorbitanti" ed "esattezza mercantile" nei pagamenti (assurdo chiederla all'esercito!).

Come meglio diremo più oltre, dall'agosto 1812 al dicembre 1813 l'OM di Ancona dovette affrontare l'epidemia di tracoma portata dal 6° di linea e contagiata poi anche al 4°: a tal fine fu creato un apposito lazzaretto di 500 letti nell'ex-chiesa di San Giuseppe. Nel dicembre 1813 Vincenzo Dandolo, uno dei 10 deputati in missione, riferiva da Ancona che l'OM, fatto per 450 malati, ne ospitava giù 533 e ne attendeva 900. I fondi erano esauriti da due mesi: il fornitore era stato arrestato per aver interrotto le somministrazioni, nella speranza di ottenere qualche anticipo sul credito che vantava col governo, arrivato ormai a 80.000 lire. E il peggio, con l'imminente occupazione di Ancona da parte delle truppe murattiane, doveva ancora arrivare.

C. Igiene e Profilassi nell'Esercito

La profilassi del colonnello Viani

Il colonnello Viani divenne famoso per il suo modo di intendere l'igiene. Stufo della puzza, una mattina del 1801 in cui il 1° ussari doveva cambiare uniforme e trasferirsi a Gallarate, fece portare all'alba cavalli e casse del vestiario lungo il Naviglio, dal lato dello stradale. Poi fece dare la sveglia, adunò gli ussari, li condusse a piedi dall'altro lato del canale, li fece spogliare nudi e ordinò di andarsi a rivestire, aiutando con paterne pedate quelli che avevano paura dell'acqua. Appena si furono vestiti, li fece montare a cavallo e al trotto, con trombe e stendardi, se li portò a Gallarate. (Si ignora la sorte dei fetidi stracci: ma bruciare tutto quel ben di Dio sarebbe stato uno schiaffo alla povertà e un danno alla fureria. Amiamo immaginare che abbiano fatto il bagno a valle dei brelin, o almeno avvertito le lavandaie).

La profilassi della scabbia: coltivare gli acari

Nel giugno 1801 il ministro Teulié chiese al governo 10.000 lire per curare i 632 rognosi censiti nelle truppe cisalpine (uno su dodici) ed emanò disposizioni per la cura e profilassi. Le istruzioni di Dell'U (1802) prevedevano la spennellatura delle pustole, fatta due volte al giorno dal chirurgo, con disinfettanti a base di mercurio. Il 15 gennaio 1803, Trivulzio vietò severamente ai depositi di arruolamento di accettare volontari infetti di scabbia, ma, per evidenti ragioni, non si poté fare altrettanto per i coscritti, già inclini a farsi innestare la tigna per sfuggire al servizio militare. L'unica contromisura furono altre istruzioni, emanate il 26 maggio 1804, sulla profilassi in caserma e in ospedale (dove si ammettevano, malvolentieri, solo i casi davvero gravi: a questo scopo il Sant'Ambrogio riservò ben 200 letti, uno su quattro).

La colpa fu data ai coscritti, ma era proprio l'esercito il principale allevatore di acari. In caserma, bene o male, i rognosi erano alloggiati in stanze particolari e paglia e lenzuola, più male che bene, cambiate. Ma durante le marce e gli accantonamenti, i reggimenti dormivano sulla stessa paglia già usata dalla colonna precedente e in guerra cadevano ovviamente tutte le precauzioni. Nel 1812 gli OM e gli OC curarono 1.545 casi di "rogna grave", con 37 decessi. Nel marzo 1813 Omodei e il chirurgo Giuseppe De Filippi contribuirono ad aggiornare le istruzioni sulla cura dei rognosi, approvate con circolare del 12 maggio. Le istruzioni dimezzarono la percentuale dei rognosi dall'8.5 di aprile al 3.9 di giugno (1.274 su 30.539 uomini). Da un picco di 558 a marzo, i degenti per scabbia presso l'OM di Ancona scesero in novembre a 141, ma la media mensile fu di 337. Poiché il ciclo di cura durava tre settimane, si può stimare che furono curati in un anno circa 5.000 rognosi (la forza media "servita" dall'OM era di 3.879 italici: ma vanno aggiunti francesi e napoletani).

La profilassi delle malattie veneree: cherchez la femme

Cura e profilassi delle malattie veneree erano simili a quelle della scabbia: pennellature, frizioni e separazione dai sani in caserma (se leggeri) e in ospedali (se gravi). Esistevano anche rimedi più costosi, come cicuta, aconito, salsapariglia, bagni, incisione dei bubboni (o la cauterizzazione, praticata da Angiulli); ma l'esercito non aveva denari da buttare.

Rispetto alla rogna, oltre alla maggior gravità della malattia, c'era anche la maggior facilità di nasconderla per tema dell'isolamento. In compenso l'agente patogeno delle veneree era ben noto: naturalmente non la *spirocheta pallida*, ma le donne, mogli dei militari incluse. Il 30 settembre 1802 Rezia chiese a Trivulzio di far controllare tutte quelle che giravano attorno alle caserme e di imporre penali ai chirurghi dei corpi che tardavano, per incuria, a scoprire i sifilitici. Il 4 agosto 1803 chiese un controllo generale delle prostitute e Trivulzio si affrettò a passare la pratica al collega degli interni. Analoga richiesta il 5 agosto 1808, quando i venerei erano il 39% dei ricoverati al Sant'Ambrogio (260 su 670). Nel 1810 a Milano ne furono curati 760, il 13% del totale. Nel 1812 scesero all'8.2, ma in settembre ad Ancona erano il 16% e a Venezia, nel maggio 1813, il 18. I francesi avevano dovuto addirittura specializzare il loro OM di Vicenza. Rezia fece scrivere al prefetto del Metauro, il quale rispose il 7 settembre 1813 che le 15 pubbliche meretrici le aveva fatte sloggiare (naturalmente s'erano solo trasferite nelle altre guarnigioni), ma il problema erano le donne del porto che, "per inclinazione o per dissolutezza" si abbandonavano a marinai e soldati "al primo invito".

La vaccinazione antivaiolosa nell'esercito

In realtà la profilassi militare non era separabile da quella generale. Lo dimostra il caso del vaiolo, per il quale si faceva prevenzione di massa. Nel 1801 Luigi Sacco fu nominato direttore generale della vaccinazione, resa gratuita per i poveri con decreto del 5 novembre 1802. Il 9 maggio 1804 furono istituite delegazioni dipartimentali per la vaccinazione e, pur senza renderla obbligatoria, fu incentivata dando priorità ai vaccinati nella concessione dei sussidi pubblici. Nel 1809 erano già stati vaccinati 1.5 milioni di abitanti, un quarto della popolazione.

Casi isolati di vaiolo si registrarono nel 1811 all'OC di Treviso, all'OM di Milano e all'OM francese di Verona (fra i coscritti del Tagliamento). Per precauzione, con circolare del 25 novembre 1811 Fontanelli dispose la vaccinazione dei militari all'armata, nelle guarnigioni e negli ospedali. Malgrado ciò, due casi si verificarono nell'aprile 1812 al *92e RI de ligne* e qualche altro nel febbraio 1813 a Pesaro e a Trento, in marzo a Venezia (Dalmati e 3° di linea) e poi a Cremona, Lodi, Piacenza, Brescia e Milano (in novembre).

L'epidemia di tracoma

Il tracoma, ancora sconosciuto in Europa, fu portato nel 1801 a Livorno e Longone dai prigionieri francesi reduci dall'Egitto, infettando nel 1803 la Legione italiana (unità punitiva dell'esercito italico) mandata di guarnigione a Portoferraio. L'oftalmia comparve per altre vie anche a Padova (1804), Milano (1807) e Vicenza (1808) ma il focolaio maggiore rimase nelle caserme dell'Elba. Nel 1808 il 6° di linea, costituito per sdoppiamento della Legione italiana, portò l'infezione in Spagna e nel 1810 a Mantova, ma l'emergenza si verificò solo nell'estate 1812 a Senigallia, nel deposito del 6° di linea. Il chirurgo maggiore del reggimento, Luigi Marescotti, aveva ovviamente familiarità con l'infezione, ma proprio per questo ne sottovalutò la gravità, convinto che non avesse carattere epidemico e che a renderla virulenta fossero stati fattori climatici, in particolare l'addestramento in riva al mare. Non fu dunque attuata alcuna precauzione e i soldati colpiti furono ricoverati presso gli OC, non senza proteste di questi ultimi.

Il V/6° si spostò poi ad Ancona, nelle caserme S. Maria Nuova e S. Agostino e già ai primi di agosto ne furono ricoverati un centinaio all'OM. Fortunatamente l'ospedale era pieno e i malati del 6° furono così separati dagli altri, collocandoli nell'ex-chiesa San Giuseppe. Il primario chirurgo, Bongiovanni, si rese conto delle dimensioni del morbo, tanto da richiedere ben 500 letti per il nuovo edificio: ma si lasciò condizionare dagli argomenti rassicuranti di Marescotti. A dare l'allarme fu invece il consulente Omodei, che, sospettando il carattere epidemico della malattia, fece chiedere dal ministro, già il 15 agosto, rapporti periodici e disporre, il 2 settembre, un'indagine anamnestica e il 12 l'isolamento dei malati, il trasferimento dei sani in altra caserma e la disinfezione delle caserme infette. Omodei fece anche richiedere il parere del celebre professore trevigiano Antonio Scarpa, docente a Pavia, che approvò tutte le misure prese dal ministero per combattere l'epidemia. A Scarpa fu sottoposto anche il regolamento di servizio scritto da Rima, inviato come ispettore ministeriale ad Ancona a metà novembre. L'epidemia raggiunse il culmine ad ottobre, con un massimo di 244 ricoverati, scesi sotto i 100 a metà gennaio e a 20 alla fine di aprile. Ma nel maggio 1813 vi fu una ripresa, con due picchi di 100 ricoveri in luglio e agosto, esaurendosi solo in dicembre.

Le misure antiepidemiche disposte dal ministero erano idonee e furono anche osservate: ma usando i mezzi disponibili e cercando di mantenere la normale attività dei reparti. Talora i rischi di contagio furono addirittura aumentati dal modo assurdo in cui si mise in atto la profilassi: ad esempio si controllò che i soldati si lavassero gli occhi, ma sembrò ovvio che lo facessero tutti nello stesso mastello. Inoltre,

fatta la disinfezione, già nel settembre del 1812 le caserme anconetane furono assegnate ad un battaglione del 4° di linea, al quale fu dato, sia pure con qualche esitazione, anche il materiale di casermaggio usato dal 6°. Il battaglione fu poi spostato a Loreto e durante l'inverno non ebbe problemi. Ma la disinfezione aveva solo allungato i tempi dell'incubazione e in maggio, ai primi caldi, il 4° subì la stessa sorte del 6°. Anche stavolta la profilassi fu sacrificata alle esigenze militari: i coscritti della leva anticipata del 1814 non furono infatti tenuti separati dagli altri, né di giorno (per non dover rinunciare ad addestrarli) né di notte (perché le compagnie dovevano alloggiare riunite nella stessa caserma e c'era un solo letto ogni tre soldati).

Le statistiche del 1812 registrano 1.282 casi di tracoma (744 curati all'OM di Ancona, 394 negli OC, 89 a Mantova, 20 a Chioggia e 4 a Milano): ma il calcolo è fatto solo sui 2/3 dei malati curati quell'anno negli OM e OC dell'interno. La memorialistica attribuisce invece 1.500 casi al solo OM di Ancona, più altri 385 nel 1813, forse però arrotondando e mettendo in conto anche quelli rimasti nell'OC di Senigallia. Gli invalidi furono 221, di cui 74 completamente ciechi.

Da notare che il focolaio non fu debellato. Il tracoma traslocò infatti nei reparti murattiani che nell'inverno 1813-14 occuparono le caserme infette di Ancona e l'epidemia esplose nuovamente nell'agosto 1815 a Napoli.

La profilassi napoleonica: niente francesi nei presidi insalubri

I due terzi delle malattie e dei morti li facevano però le paludi d'estate, l'umidità e il freddo d'inverno e la caserma tutto l'anno. Nel 1812 l'incidenza era così distribuita: affezioni respiratore e reumatiche 38%, malaria 22% e – contenuti ma più letali ancora – tifo e affezioni gastro-intestinali, entrambi al 4.4%. I morti furono, rispettivamente, 813, 140, 252 e 303: totale 1.587. La profilassi? Cappotti, scarpe antiumidità, copri collo da *schakos*, tende, coperte, panni e cibi di buona qualità: tutto prescritto, ma l'unica era, in definitiva, evitare i posti e le stagioni peggiori.

Mantova, Peschiera e Legnago non si potevano evacuare: erano le tre piazzeforti che con Verona costituivano il Quadrilatero strategico orientale e gli acquitrini che le circondavano erano la loro migliore difesa. Naturalmente erano, con i forti della Laguna, Palmanova e Ferrara, in cima alla lista delle guarnigioni letali, infestate l'estate dal tifo e dalla malaria e l'inverno dalle artrosi e dalle patologie delle vie respiratorie.

Il 13 marzo 1806, in vista dell'estate, Napoleone ordinò al viceré di mandare i francesi nei posti più salubri (Como, Brescia, Salò, Verona, Udine, Rimini e Bologna) e gli italiani nelle piazzeforti afflitte dal paludismo. A Mantova furono destinati i dalmati e il 2° reggimento di linea napoletano, formato interamente da ex-forzati. Quest'ultimo dette il cambio al battaglione di *pionniers noirs* (negri egiziani e caraibici) costituito a Mantova l'11 maggio 1803 per i lavori di sterro e trasferito nel febbraio 1806 all'assedio di Gaeta. La disposizione fu ripetuta dall'imperatore anche il 12 marzo 1807, relativamente a Legnago, Mantova e Ferrara ("non parlo di Mantova: tanti reggimenti si collocheranno in questa piazza, tanti saranno perduti"). Il 10 aprile, dalla Polonia, ordinò di mettere a Venezia solo truppe locali, dalmate e italiane, più abituate al clima, ritirando tutti i francesi.

Più resistenti? Nell'agosto 1807 il II/3° di linea, partito da Venezia con 900 uomini, arrivò a Bologna con 295, seminando gli altri nei vari ospedali a causa delle febbri contratte in Laguna. A Mantova i dalmati si ammalavano più della media. Quanto al reggimento locale (le guardie di Venezia), il 14 dicembre 1811 Fontanelli proponeva di ridurre al minimo i distaccamenti ai forti: il 17 aprile 1812 aveva un uomo su nove all'ospedale. Infatti, se d'estate la Laguna era infestata dalla malaria, d'inverno lo era dalla polmonite: nel 1813-14, con tutto il cappotto, alcune sentinelle morirono congelate.

Avendo constatato che nell'Escaut, durante la stagione malsana, le truppe imbarcate non si ammalavano, nel marzo 1811 Napoleone ordinò al viceré di sperimentare il sistema anche nella Laguna, tenendo le guarnigioni di Malamocco, Chioggia e altri forti a bordo dei pontoni durante i mesi da agosto a novembre e facendo poi il confronto con le perdite subite dalle truppe rimaste a terra ("je crois que je perdrai beaucoup moins de monde").

Il 13 luglio 1811, dal Trianon, l'imperatore chiedeva conferma che i francesi si trovassero tutti "sur les montagnes" e nessuno a Venezia, Legnago e Palmanova né "sur le Po". "Vous devez mettre de préférence les Italiens dans ces endroits ; ils sont acclimatés et font d'ailleurs un service qui leur est plus propre ».

D. Le statistiche sanitarie

Le statistiche economiche

Le prime statistiche sanitarie militari del Sant'Ambrogio risalgono al 1808 e nel 1811 furono estese anche agli altri OM (*tab. 21*). Su iniziativa di Radigo (8 febbraio 1811) furono poi imposti modelli fissi e uniformi, applicati pienamente solo nel 1812 (*tabb. 22-23*). Le disposizioni ministeriali sempre più minuziose furono accolte male dagli US. Non solo perché erano una perdita di tempo, ma anche perché miravano a ulteriori strette di freni. Lo scopo principale non era socio-sanitario, ma economico: individuare i punti in cui ridurre e tagliare le spese, la cui incidenza sul bilancio della guerra era triplicata dall'1 al 3 per cento.

Tasso di ospedalizzazione: un soldato su dieci

Emerse anzitutto un eccessivo ricorso al ricovero ospedaliero: su una forza media presente nel Regno di 28.154 militari italiani, si registravano 42.621 ricoveri, con un tasso apparente del 151 per cento. Ciò non significa, ovviamente, che in media tutti i soldati si facessero una degenza di 24 giorni all'anno e metà di loro anche una seconda. Intanto bisogna defalcare dai ricoveri quelli doppi della stessa persona: e togliendo i 4.183 "evacuati" (cioè trasferiti ad altri ospedali) si scende a 38.438. In secondo luogo si deve tener conto del continuo ricambio del personale per coscrizione, diserzione e movimento dei corpi, che nel 1812 fu particolarmente intenso.

Infine non è del tutto corretto rapportare un dato annuale come il totale dei ricoveri a una media giornaliera come la forza presente. Più congruo è invece il rapporto con la media giornaliera dei degenti, cioè 3.061: circa l'11 per cento della forza effettiva media. In realtà anche tale rapporto era probabilmente inferiore, non risultando con certezza che dal totale dei curati indicato nelle statistiche degli OM italiani siano stati defalcati i militari francesi e gli impiegati civili con diritto al ricovero in OM (quelli dell'amministrazione militare).

Gli stati dei corpi napoleonici confermano che una media di un soldato su dieci in ospedale era del tutto normale. A parte forse il vitto, i soldati stavano meglio in ospedale che in caserma. Quanto ai corpi, scoraggiavano l'ospedalizzazione, soprattutto delle reclute, per la maggiore facilità di disertare: il 4 luglio 1808 Rezia si indignò per alcune morti in caserma avvenute perché i comandanti avevano impedito l'invio in ospedale. Non bisogna però dimenticare che il soldo d'ospedale era ridotto al solo "denaro in saccoccia" (per il fuciliere erano 10 centesimi al giorno, ridotti a 5 per i venerei: non per rappresaglia moralistica, ma perché la cura era più costosa). Per ogni uomo in ospedale il corpo aveva la liquidità, fino al rendiconto

mensile, di 45 centesimi al giorno (30 di soldo e 15 di vitto), il che poteva talora far comodo per sostenere qualche spesa urgente.

Qualche dato sull'ospedalizzazione nei corpi all'estero

Il 9 settembre 1804 la Divisione sulle coste della Manica aveva 5.372 presenti e 474 in ospedale (in undici mesi aveva avuto 110 morti, più 1 fucilato). Il tasso di ospedalizzazione era del 26.5% (1.290 su 4.869) per la Divisione Lechi nel Regno di Napoli (1° aprile 1806); del 15.3% (947 su 6.195) per la Divisione Teulié a Colberg (1° aprile 1807); del 15.9% (1.522 su 9.588) per la Divisione Pino a Stralsunda (31 agosto 1807); del 42.8%(2.123 su 4.962) per la Divisione Severoli in Slovenia (1° agosto 1809).

Tasso di mortalità: uno su venti ricoverati

Nel 1811 nei soli OM dell'esercito vi furono 1.059 decessi, con un tasso di mortalità del 4.9. Nel 1812 (inclusi anche i militari italiani ricoverati negli altri ospedali, civili e militari, del Regno) l'esercito e la marina persero, tra inabili (360) e morti (2.624), circa 3.000 uomini, un decimo di quelli reclutati nell'anno. La correlazione tra mortalità e spesa era reciproca. L'OM di Milano vantava 78 guariti e 5 morti su cento, ma spendeva anche 2 lire e 21 centesimi. Mantova spendeva la metà (£. 1.16) con 68 guariti e 9 morti.

Costo pro-capite: £. 1.50 negli OM, £. 1.25 negli OC

Le convenzioni cisalpine con gli OC fissavano un rimborso di 2 franchi (£. 2.63) per giorno di degenza, il doppio della tariffa imposta dai francesi (1 franco, poi elevata a 1.25 = £. 1.64). Il 6 aprile 1808 Napoleone ordinò al viceré di ridurre il costo da £. 1.60 a 1.30 per l'anno in corso e a £. 1.25 a partire dal 1809. Ma nel 1811 il costo delle degenze italiane in OM era ancora di 1.56.

Rispetto al 1801 era pur sempre una diminuzione del 40 per cento, che dava torto alla tesi di Gioia e Moscati sulla maggior convenienza dell'appalto rispetto alla gestione in economia. Il confronto relativo al 1812 dava tuttavia argomenti alla tesi liberista: risultava infatti che il ricovero in OC era più conveniente per costo *pro capite* (£. 1.25 contro 1.50), durata media delle degenze *pro capite* (giorni 21 contro 25.2) e indici di guarigione (80.5 contro 73.6), anche se non per quelli di mortalità (6.7 per gli OM e 6.5 per gli OC). Bisogna però tener conto che, a parte i momenti d'emergenza in cui si arrivava a mettere i

malati 2 e anche 3 per letto, i 2.050 posti letto dell'esercito erano spesso sotto-utilizzati.

I costi fissi (personale e infrastrutture) incidevano per un terzo (50-60 centesimi). Quelli variabili col numero dei degenti erano di 97 centesimi (75 di vitto e 22 di medicine). Per ogni uomo in ospedale il corpo ne risparmiava 45 (30 di soldo e 15 di vitto). L'aggravio dell'ospedalizzazione era perciò di 52 (97 - 45). Come vedremo nel 1811-12 si pensò di ridurlo a 15 centesimi, tagliando un terzo del vitto (-25) e oltre metà delle medicine (-12).

Gli effetti delle statistiche: i tagli alla sanità militare

Sull'aumento della mortalità influì certamente, anche se in misura non determinabile, il taglio del vitto, che nel 1811 aveva avuto un'incidenza del 48 per cento. Il taglio era del resto in linea con la dottrina rasoriana della "terapia debilitante". Il 20 maggio 1813 Zanoli e Fontanelli presentarono trionfanti al viceré il frutto del taglio: un risparmio di 129.691 lire nel 1812 più altre 7.612 per il calo di 1/4 di punto della degenza media (ottenuto mediante aumento della mortalità per denutrizione?!). La revisione della farmacopea, per dimezzare da 22 a 10 centesimi il costo delle medicine, doveva consentire per il 1813 un ulteriore risparmio di 60.207 lire, riducendo il costo variabile a soli 60 centesimi (50 vitto + 10 medicine).

I risparmi, calcolati a monte moltiplicando il taglio (£. 0.47) per i giorni dell'anno (366) e per una media ipotetica di degenze riferita al 1812 (1.382) erano numeri al lotto. A consuntivo, nel 1812 la lesina sul vitto fruttò all'erario un risparmio di mezzo centesimo, perché le spese fisse aumentarono di un terzo, da 59 a 79 centesimi, salendo da un'incidenza del 38 a una del 53 per cento del costo (nel 1812 un terzo delle spese fisse era costituito dalla remunerazione degli US).

Il costo degli OM dell'esercito diminuì, è vero, dell'11 per cento (92.798 lire), ma solo perché diminuì del 7.4 anche il numero dei curati (meno 1.621) e aumentò (di 894 unità) la quota dei disgraziati ricoverati al mattatoio mantovano e – anche in conseguenza di ciò – il tasso di mortalità crebbe dal 4.9 al 6.7. Tuttavia gli OM dell'esercito assorbirono nel 1812 solo il 45 per cento delle degenze e il 47 della spesa totali: mancando per il 1811 i dati degli altri ospedali (civili e militari) non è possibile fare il raffronto, ma non è escluso che anche il risparmio bruto di 93.000 lire sia stato in realtà più che compensato da un aumento corrispondente degli oneri esterni.

Le statistiche nosologiche

Secondo il suo biografo del 1840, fu Omodei a suggerire di integrare la rilevazione economica degli OM con una nosologica. Ciò è sicuramente coerente con la sua figura scientifica, ma le circolari sulle *Tabelle per la storia delle malattie* furono emanate da Danna nel marzo e luglio 1811, prima cioè dell'arrivo di Fontanelli al ministero e della nomina di Omodei a suo consulente. Fontanelli firmò tuttavia la circolare del 31 agosto che imponeva di trasmettere al ministero un riassunto trimestrale delle tabelle. Quest'ennesima fisima di "quelli di Milano" fu accolta male in periferia e Bongiovanni si dimostrò il meno collaborativo. Psalidi fece il primo della classe: il 29 luglio si vantava di aver "obbligato" gli US e gli impiegati dell'OM di Ancona "a occuparsi per ben 5 ore al giorno dei lavori statistici", chi a trascrivere dai libretti di visita, chi a calcolare il costo dei medicinali e così via.

I *Quadri nosologici* del 1812 (*v. tabb. 24 e 25*) sono però parziali: si riferiscono solo a 31.094 casi su 45.554. Dal conto sono esclusi i militari curati negli OM francesi (6.239) o presso OC privi di sale riservate (8.221 su 14.459), perché ovviamente il ministro italiano non poteva obbligare gli US francesi e neppure i sanitari dei piccoli OC a compilare le tabelle storiche e soprattutto i riassunti trimestrali.

Il rilevamento rinfocolò le rivalità tra sanitari, perché mettevano in evidenza forti differenze nel tasso di mortalità tra i pazienti di ciascun sanitario (a Milano Soardi registrava il 13%, gli altri cinque erano tra il 2 e il 5: a Mantova c'erano picchi del 25 e del 19% contro due al 13, uno al 10 e uno al 6). Nella bozza del rapporto al viceré Rezia avvertiva che il dato non era significativo per classificare l'abilità dei sanitari, potendo variare "per caso o per astuzia" (ad esempio mollando i casi terminali ai colleghi più giovani o meno autorevoli, come, secondo Rezia, usava fare Rasori). Nella versione finale del rapporto, firmato da Fontanelli il 20 maggio 1813, l'avvertenza fu però sostituita da un elogio ai medici Giuseppe Cerri e Rasori, accreditato quest'ultimo di un 4.7% (ma nel marzo 1813 la sala clinica da lui diretta aveva avuto 11 morti su 54 degenti, anche se i referti erano firmati da uno dei suoi sotto aiutanti). In ogni modo, presentato il rapporto, Rezia, Omodei, Rasori e Assalini concordarono un'*Istruzione* sul modo di classificare le malattie mediche e chirurgiche, emanata con circolare del 15 luglio.

Tab. 21 – Conto economico degli OM Esercito nel 1811

Spese	Milano	Mantova	Chioggia	Ancona	Totale
Vitto e med.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	528.103
Altre spese	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	322.586
Totale lire	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	850.689
£.Pro capite	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.56
£.Per malattia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	39.23
Curati	6.945	8.674	2.383	3.621	21.623
Giornate	209.969	195.542	41.396	99.200	546.107
Giorni/uomo	30	22	27	27	25.2
Posti letto	800	700	100	450	2.050
Degenti/giorno	575	536	113	272	1.496
Morti	197	656	78	128	1.059
% Perdite	2.8	7.5	3.2	3.5	4.9

Tab. 22 – Conto economico degli OM Esercito nel 1812

Spese	Milano	Mantova	Chioggia	Ancona	Totale
Vitto e med.	92.668	123.593	42.377	100.174	358.812
Soldo US	63.277	32.997	7.724	25.091	129.089
Altre spese	76.899	97.297	25.780	70.014	269.990
Totale lire	232.844	253.887	75.881	195.279	757.891
£.Pro capite	2.21	1.14	1.28	1.71	1.50
£.Per malattia	61.68	26.52	26.16	51.67	37.85
Curati	3.775	9.568	2.900	3.779	20.022
Giornate	109.488	221.670	59.350	114.126	504.634
Giorni/uomo	29	23	20	30	25.2
Posti letto	800	700	100	450	2.050
Degenti/giorno	300	607	162	312	1.382
Guariti	2.951	6.540	2.346	2.901	14.738
Inabili	80	15	-	135	230
Morti	128	866	189	153	1.336
% Perdite	5.5	9.2	6.5	7.6	7.8
% Guariti	78.2	68.3	89.6	76.7	73.6

Tab. 23 – Economia delle degenze militari italiane nel 1812

Parametri	Esercito	Marina	OC	O Francesi	Totale
£. totali	757.891	181.678	389.747	269.571	1.598.887
Curati	20.022	4.834	14.459	6.239	45.554
Giornate	504.634	121.119	311.798	179.714	1.117.265
Giorni/uomo	25.2	25	21	28	24.5
£.Pro capite	1.50	1.50	1.25	1.50	1.43
£.Per malattia	37.85	37.50	26.25	42.00	34.98
Posti letto	2.050	700	n.d.	n.d.	2.750
Degenti/giorno	1.382	332	854	492	3.061
Guariti	14.738	4.027	11.644	5.154	35.563
Inabili	230	-	130	-	360
Morti	1.336	247	736	305	2.624
% Perdite	7.8	5.1	6.5	4.8	6.5
% Guariti	73.6	83.0	80.5	82.0	78.0

Tab. 24 – Casi di malaria, tifo e tracoma nell'Esercito (1812)

Malattie	Milano	Mantova	Chioggia	Ancona	OC	Totale
Malaria	540	2.888	634	595	2.086	6.743
Incidenza	8.0	42.8	9.4	8.8	30.9	21.7
Morti	3	86	7	15	29	140
Mortalità	0.5	2.9	1.1	2.5	1.4	2.0
Tifo	47	209	359	69	395	1.079
Incidenza	4.3	19.3	33.3	6.4	36.6	3.4
Morti	7	90	55	6	94	252
Mortalità	14.8	43.0	15.3	8,6	23.8	23.3
Tracoma	4	89	20	775	394	1.282
Incidenza	0.3	6.9	1.5	60.3	30.7	4.1
Invalidi	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	146
Invalidità	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11.4

Tab. 25 – Altre malattie nell'Esercito (1812)

Malattie	Casi	Malattie	Casi	Malattie	Casi
Traumi	746	Scabbia	1.543	Veneree	2.555
Incidenza	2.4	Incidenza	4.9	Incidenza	8.2
Morti	17	Morti	37	Morti	22
Mortalità	2.3	Mortalità	2.4	Mortalità	0.8
Reumatiche	582	M. Respirat.	3.975	Inf. Resp.	7.097
Incidenza	1.9	Incidenza	12.8	Incidenza	22.8
Morti	3	Morti	518	Morti	275
Mortalità	0.5	Mortalità	13.0	Mortalità	3.9
Intestinali	1.381	Piaghe	1.145	Altre Infezioni	2.598
Incidenza	4.4	Incidenza	3.7	Incidenza	8.3
Morti	303	Morti	11	Morti	54
Mortalità	21.9	Mortalità	1.0	Mortalità	2.1
Nostalgia	171	Pazzia	19	Altre*	2.052
Incidenza	0.5	Incidenza	0.0	Incidenza	6.6
Morti	30	Morti	4	Morti	53
Mortalità	17.5	Mortalità	21.0	Mortalità	2.6

* tumori (1.002-38), flemmoni e risipole (204-3), cancrene (8-2), fistole (19-2), erpete e tigna (40-0), varici (7), ernie (12), iscuria (24), idrocele (13), scarlattina e morbillo (355-2), orticarie e risipola (168-5), meningite (9-4), artriti (191-7).

Pagina bianca

Da *Storia Militare del Regno Italico*, vol. II, pp. 366-371

B. La sanità militare marittima

Gli ufficiali di sanità e i cappellani della Marina

Nel corpo di sanità della marina, includente anche i cappellani, transitò il personale già al servizio austriaco, inclusi i tre ufficiali maggiori, il medico Campana, dottore di chirurgia *ad honorem*, il capo chirurgo dell'ospedale Brancovich e lo speziale di prima classe Buca. Vi fu tuttavia preposto, con la qualifica di "medico in capo" e poi di "medico maggiore capo servizio", il francese Jacques La Rouzie.

Giudicata con criteri francesi, la formazione dei sanitari veneziani si rivelò subito carente. All'inizio La Rouzie si limitò a integrare il corpo con 4 chirurghi di seconda classe francesi, tra i quali Combes, in seguito promosso medico maggiore. In seguito attuò una prima selezione, escludendo 7 ufficiali di sanità veneziani su 33 dalla nuova organizzazione stabilita dal decreto 26 aprile 1808 (integrato da altri due del precedente 11 aprile sul soldo e le competenze e sul trattamento di tavola). Campana fu inoltre sostituito dal secondo medico ausiliario Cuverà.

Occorsero però ancora due anni e mezzo per poter affrontare la delicata questione dell'idoneità al servizio. La svolta avvenne solo con una riunione al vertice della marina per stabilire i requisiti di ammissione e le modalità d'avanzamento, approvati con decreto 23 novembre 1810.

Quanto al personale già in servizio, si decise di collocare in riforma o pensione i sette ufficiali non compresi nell'organizzazione dell'aprile 1808 e di esonerare lo speziale capo Buca (in seguito sostituito dal farmacista maggiore Robecchi). Un farmacista di seconda classe e ben 23 chirurghi su 40, inclusi il maggiore, 2 aiutanti, 5 sottoaiutanti e 15 allievi, furono provvisoriamente confermati a condizione di ottenere da una qualsiasi università il titolo di dottore in medicina o chirurgia. Condizione particolarmente umiliante per Brancovich, che oltre ad essere il chirurgo maggiore dell'ospedale vi teneva anche un corso di chimica con frequenza obbligatoria degli ufficiali di sanità liberi dal servizio.

Nella riunione si fece il punto anche sugli organici del corpo. Su 50 ufficiali permanenti e ausiliari, 20 erano imbarcati, 4 prigionieri e 3 distaccati. Pertanto a Venezia ne restavano solo 23, insufficienti per

le esigenze dell'ospedale della marina, con una media di 500 degenti. Occorrevano perciò altri 10 chirurghi di terza classe, che si potevano ridurre a 6 affidando i degenti dell'esercito ai sanitari dei rispettivi corpi (come stabilito dal dispaccio 24 ottobre 1810).

Tab. 25 – Corpo di sanità della R. Marina

Ufficiali di sanità	1.06. 1808	1.08. 1809	1810	17.01 1811	16.11 1811	1813 Esist
Medico maggiore caposervizio	-	-	-	1	1	1
Medico capo	1	1	1	-	-	-
Secondo medico	1	2	1	-	-	-
Secondo medico ausiliario	-	-	1	1	-	-
Medici ordinari	-	-	-	1	2	2
Chirurgo primario	-	-	-	-	1	1
Chirurgo maggiore	1	1	1	1	2	1
Chirurghi maggiori ordinari	-	-	-	4	-	-
Chirurghi AM (US 1a cl.)	4	4	4	15	15	11
Chirurghi SAM (US 2a cl.)	8	10	9	23	24	17
Allievi chirurghi (US 3a cl.)	8	20	7	-	-	-
Speziale 1a cl. (Farmacista magg.)	1	1	1	1	1	1
Speziale 2a cl. (Farmacisti AM)	2	1	1	7	7	4
Speziale 3a cl. (Farmacisti)	1	5	2	6	6	6
Cappellano maggiore	1	1	1	1	1	1
Cappellani	2	2	3	2	2	2
Economo dell'ospedale	-	1	1	1	1	1
Totale Corpo	30	49	32	64	61	47
Chirurghi e allievi ausiliari	-	-	19	17	-	5
Farmacisti ausiliari	-	-	3	3	-	-
AM = aiutante maggiore. SAM = sottoaiutante maggiore. US = ufficiale di sanità.						

Con decreto 17 gennaio l'organico fu elevato a 60 sanitari: tre medici (La Rouzie maggiore e caposervizio, Brassard e Combes ordinari), 43 chirurghi (Brancovich maggiore e professore di chimica, 4 maggiori ordinari, 15 aiutanti e 23 sottoaiutanti) e 14 farmacisti (Robecchi maggiore, 7 aiutanti e 6 sottoaiutanti). Il posto del sottoaiutante Brocchieri, escluso dalla nuova organizzazione, fu attribuito, il 21 gennaio, ad un'ex guardia del corpo. Infine il 4 marzo fu nominata la commissione d'esame per i nuovi sottoaiutanti.

Una nuova organizzazione stabilita con decreto del 17 novembre 1811 fu subito modificata con successivo decreto del 26, che fissava il nuovo soldo. La modifica di maggior rilievo fu il declassamento di Brancovich, affiancato da un altro chirurgo maggiore (Valentini, in forza ai cannonieri) e, soprattutto, privato del corso di chimica e

posto in sottordine a un "chirurgo primario" (Gervasoni). Ai medici, ai tre chirurghi e al farmacista maggiore era peraltro riconosciuto lo stesso soldo (2.000 lire), ma Gervasoni godeva anche di un'indennità aggiuntiva di 1.200 lire quale professore di chimica. Il soldo degli aiutanti e sottoaiutanti era di 1.500 e 800 lire. Il supplemento d'imbarco corrispondeva alla metà del soldo. In base al regolamento del 7 aprile 1807, ai fini dell'avanzamento il periodo di imbarco era conteggiato in aggiunta all'anzianità di servizio.

I cappellani della marina e i chirurghi assegnati ai battaglioni

L'economo (sottocommissario Vanney), il cappellano maggiore (Mestrovich) e i tre cappellani (Mircovich, A. Vragnizan e Barbaico) addetti all'ospedale appartenevano al corpo sanitario, vale a dire erano alle dipendenze gerarchiche del medico capo servizio. Nel dicembre 1810 un cappellano aggiunto dell'ospedale (Barbaico?) fu destituito per ragioni ignote. Non appartenevano al corpo (cioè non dipendevano dal capo del servizio) i cappellani e i chirurghi in organico ai tre battaglioni della marina di stanza a Venezia. I chirurghi maggiori erano Valentini dei cannonieri, Argirocastrini degli invalidi e Ragazzini dei dalmati, i primi due coadiuvati da un sottoaiutante. I cappellani erano Vetrici dei cannonieri, G. Vragnizan degli invalidi e Miossich (cattolico) e Vladissavlievich (ortodosso) dei dalmati. Da notare che i cappellani erano tutti e otto dalmati.

Il servizio di sanità e di assistenza spirituale a bordo

Il servizio di sanità per la marina italiana era regolato dal decreto vice presidenziale del 17 febbraio 1803. Secondo il decreto 24 marzo 1808 l'equipaggio delle fregate, corvette e brick prevedeva un ufficiale di sanità in capo, coadiuvato da due chirurghi sulle fregate e da uno sulle corvette, mentre le golette avevano soltanto il chirurgo. Il cappellano, con rango inferiore all'ufficiale sanitario e superiore all'agente contabile e al chirurgo, era previsto soltanto a bordo delle fregate e corvette. Il decreto 27 gennaio 1811 assegnò invece un chirurgo maggiore, un cappellano e un farmacista ai vascelli e alle fregate, quattro chirurghi ai vascelli, due alle fregate e corvette e uno ai brick e alle golette.

Il materiale sanitario di bordo era in consegna all'agente contabile, il quale doveva consegnare al chirurgo la chiave della cassa dei medicamenti non prima che il bastimento fosse alla vela, assistendo alla ricognizione del contenuto compiuta dal chirurgo, registrando il

consumo settimanale dei medicamenti e ritirando la chiave alla fine dell'armamento. All'agente spettavano la compilazione e la firma dei biglietti di passaggio all'ospedale e la loro consegna all'interessato.

Il servizio dell'ospedale militare della marina

Con decreto 15 giugno 1808 fu soppresso a Venezia l'ospedale militare dell'esercito, dirottando i degenti presso l'ospedale della marina. In attesa dei lavori necessari per elevarne la ricettività da 200 a 500 letti, con decreto 5 ottobre 1808 fu messo a disposizione del ministero della guerra l'ospedale dei mendicanti, che doveva entrare in funzione a partire dal 1° gennaio 1809 con una capienza di 800 posti letto.

Il regolamento di servizio dell'ospedale di marina del marzo 1807 era la traduzione letterale di una parte del regolamento francese degli ospedali militari del 12 agosto 1800. Secondo il rapporto ministeriale dell'aprile 1812 l'attribuzione al consiglio d'amministrazione della marina delle funzioni particolari relative all'ospedale era ineseguibile essendo in contraddizione con le leggi organiche della marina sul servizio dei porti. Inoltre esistevano lacune normative circa i requisiti per l'ammissione all'ospedale, il servizio di sanità a bordo dei vascelli e le tariffe dei medicamenti da imbarcarsi.

Il posto letto previsto dal regolamento consisteva in lettiera, pagliaccio, materasso, capezzale, due coperte, due paia di lenzuola, cappotto, vaso da camera, pianelle, camice, berretta di lana, due berrettini di tela, piatto, scodella, due brocche (una per la tisana e l'altra per la bevanda alimentare) e un orinale. Dopo la degenza le forniture dovevano essere arieggiate per alcuni giorni ovvero riparate, purgate o bruciate se la malattia era stata lunga o con sintomi di contagio. I sotterramenti dovevano avvenire all'alba e ventiquattrore dopo il decesso.

Le dotazioni di sala includevano bacini da letto, pappagalli, sputacchiere e zampilletti. Gli infermieri erano responsabili della biancheria della propria divisione distribuita agli inservienti. Camici e pantaloni (di tela d'estate e di lana l'inverno) per gli infermieri erano forniti dall'amministrazione. Erano previsti una sala bagno, due bagni ogni cento malati o feriti ordinari più uno ogni cinquanta rognosi e uno ogni venticinque venerei, con un inserviente ogni sei bagni.

Per evitare abusi, il magazzino dei medicamenti doveva essere collocato in locale separato dalla spezieria. I medicamenti dovevano

essere dispensati su buoni particolari rilasciati dal chirurgo maggiore. Era vietato dispensare vino, acquavite, zucchero, miele o latte se non sotto forma di medicamenti e dietro prescrizione sanitaria registrata sul libretto di visita.

L'autorità militare forniva la guardia all'ospedale. Era prevista una barriera al portone sulla strada, mentre la porta sul canale doveva restare chiusa. Era vietato introdurre derrate e bevande per i malati. L'entrata delle donne e l'uscita dei degenti e convalescenti dovevano essere autorizzate dall'economo. I condannati ai ferri erano curati in locale riservato con porte invetriate per poterli sorvegliare a vista.

Le prestazioni sanitarie degli ospedali veneziani, non soltanto quello della marina, non erano d'avanguardia. Il 22 maggio 1810, ad esempio, fu accordato un congedo semestrale ad un alfiere di vascello per un'operazione di cataratta ad Avignone. Nel maggio 1813 il 30 per cento dei decessi era provocato dalla tisi, benché ne fossero affetti solo il 6.9 per cento dei degenti. Il brick *Alessandro*, ancorato nella rada dello Spignon, serviva da ospedale dei rognosi. Durante il blocco di Venezia (26 novembre 1813 – 19 aprile 1814) si verificarono 4.170 casi di tifo, di cui 1.572 fra i militari e 2.598 fra i civili. Fra i militari si verificarono 1.471 decessi, con un tasso di mortalità del 93.6 per cento, sensibilmente superiore a quello registrato fra i civili. Per mancanza di posto in ospedale i recidivi erano dimessi al terzo giorno senza febbre, mentre i convalescenti erano privi di assistenza e cibo adatto.

Il personale dell'ospedale e la 4a compagnia infermieri militari

Il regolamento prevedeva un centinaio tra impiegati, infermieri e inservienti dell'ospedale:

- 1 medico, 1 chirurgo maggiore e 1 speziale capo incaricati del servizio;
- 1 commissario di marina incaricato della polizia dell'ospedale;
- 1 cappellano;
- 1 economo con 2 garzoni d'ufficio;
- 4 commessi (uno all'entrata e tre alle scritture):
- 2 magazzinieri (uno degli effetti dell'ospedale e uno dei sacchi dei malati)
- 1 dispensiere;
- 9 impiegati di prima classe (1 infermiere maggiore capo, 1 portinaio, 1 capo cuciniere, 1 primo garzone di spezieria, 5 infermieri maggiori, in ragione di uno ogni cento malati);
- impiegati di seconda classe (42 infermieri ordinari, in ragione di uno ogni dodici malati, aiutanti di cucina e di spezieria);
- inservienti addetti alle cucine, dispense, magazzini, spezierie e bagni;

- lavandaie e cucitrici pagate a giornata e senza alimento.

Con decreto 22 settembre 1808 furono stabilite in modo analogo le dotazioni dell'ospedale militare di Ancona, con 15 sanitari (due medici, sette chirurghi, sei speziali), 6 impiegati (un economo, tre commessi e due magazzinieri) e 31 infermieri (inclusi cinque maggiori di cui uno capocuoco).

Gli infermieri degli ospedali militari dell'esercito e della marina furono militarizzati con decreto 17 luglio 1811. Presso l'ospedale di Venezia fu pertanto costituita la 4a compagnia infermieri militari, su una squadra comando e cinque squadre infermieri, in totale 82 teste: 2 ufficiali (centurione comandante, sottocenturione quartiermastro), 13 sottufficiali e graduati (sergente maggiore, 5 sergenti, furiere, 6 caporali), 6 operai (capo cuciniere e due aiuti, lavandaio, beccaio, falegname), 60 infermieri ordinari e 1 corno da caccia. Gli effettivi erano quasi al completo, mancando solo il beccaio e due infermieri.

Da *Storia Militare del Regno Murattiano*, tomo I, pp. 431-78

9. LA SANITÀ MILITARE

A. La situazione sanitaria dell'*Armée de Naples*

L'Histoire médicale de l'Armée de Naples (nov. 1805 - feb. 1807)

Nei primi due anni d'occupazione l'*Armée de Naples* ebbe circa 10.000 morti, pari ad 1/7 della forza impiegata, di cui 2.600 per ferita e 7.400 per malattia. Bruno Pauvert ha dato un contributo rilevante alle nostre ricerche consentendoci di leggere l'*Histoire médicale de l'Armée de Naples*, del medico napoletano Antonio M. T. Savaresi, pubblicata dal generale medico René Nicolas Desgenettes, suo superiore durante la campagna d'Egitto. Fonte rilevante per la storia della medicina militare non meno che per la storia istituzionale della sanità militare napoletana, l'opuscolo riguarda purtroppo solo il primo anno d'occupazione. Ufficiale di sanità (US) francese a Roma nel 1798, nel 1799 Savaresi aveva già pubblicato al Cairo, in italiano, una *Descrizione dell'oftalmia di Egitto, col metodo curativo della medesima*; e nel 1802, a Parigi, un altro saggio sulla sanità in Egitto (*Mémoire et opuscules physiques et médicaux sur l'Egypte*, Didot) una cui traduzione italiana «riveduta, corretta e accresciuta» fu pubblicata nel 1808 a Napoli (Sangiacomo). Uomo di vasti interessi scientifici, Savaresi cita nell'*Histoire médicale* numerosi scrittori di medicina (tra cui il parmense Rubbini), epidemiologia (tra cui i napoletani Sarcone e Cirillo e lo studio del defunto medico militare Urbain Pierre Salmon sulla topografia fisico–sanitaria di Padova nel 1797) e perfino di geologia e mineralogia (come Dolomieu).

Medici e ospedali francesi dal novembre 1805 al febbraio 1806

Savaresi tornò nel regno alla fine di ottobre del 1805, come medico in capo del corpo d'osservazione francese in Puglia, in sostituzione di Bagneris, ricoverato a Bologna per reumatismo acuto. Arrivato mentre il corpo iniziava la marcia verso il fronte austriaco, Savaresi diresse l'evacuazione dei malati dagli ospedali militari (OM) della Puglia, prima sull'OM di Pescara, poi su altri temporanei creati ad Ancona e Pesaro in aggiunta all'infermeria di Rimini, e sull'ospedale civile di Ferrara. Nei 3

nosocomi rimasero in tutto circa 300 malati. I 600 feriti francesi e austriaci della battaglia di Castelfranco Veneto [24 novembre 1805] furono curati in un ospedale di fortuna allestito nel convento di Sant'Agostino a Padova, evacuando i malati nel convento di San Benedetto e poi nel collegio di San Marco, più vasto e idoneo. Padova funzionò poi da OM di evacuazione durante il blocco di Venezia: su 1.377 ricoverati, soprattutto per malattie da raffreddamento, vi furono 76 morti, e, alla partenza per il confine napoletano, il corpo vi lasciò 520 ricoverati con due medici (Bono e Marcellini), più un terzo (Saturnini) distaccato di rinforzo dall'*Armée d'Italie*. Altri 1.100 furono lasciati a Bologna (Collet-Maygret); i due OM temporanei avanzarono a Foligno (Bagneris, tornato in servizio) e Terni (Renoult) e l'ambulanza a Spoleto (Breugne). In previsione della campagna, a seguito di accordi col governo pontificio fu inoltre predisposto un grande OM da 1.000 letti a Roma, affidato ad un medico requisito (il romano Castellini, veterano dell'*Armée d'Italie*) e collocato nello stesso edificio, dirimpetto al S. Spirito, già occupato come OM nel 1798-99 [e in cui Savaresi aveva servito per 5 mesi prima d'imbarcarsi a Civitavecchia per l'Egitto]. Un altro OM da 200 letti fu predisposto a Velletri e l'ambulanza avanzò a Terracina.

Con la creazione dell'*Armée de Naples* Savaresi fu confermato medico in capo dell'armata; gli altri US in capo erano il chirurgo Mangin e il farmacista Saxe. L'ispettore generale degli OM era Leloir, ma l'amministrazione dipendeva direttamente dall'ordinatore in capo (Colbert, poi Feraud e infine Arcambal).

Duemila morti francesi nelle operazioni militari del 1806

Le perdite francesi nelle operazioni del 10 febbraio – 10 marzo 1806 contro le forze borboniche non sono note, ma certamente furono irrisorie. In tre mesi di blocco e due d'assedio, i francesi ebbero sotto Gaeta 820 morti, ma per 2/3 di malattie, dovute al concentramento di truppe in aree insalubri. Negli ultimi 11 giorni di fuoco, le batterie della piazza fecero 44 morti e 208 feriti. A Maida il 4 luglio, i francesi ebbero circa 500 morti, un numero imprecisato di feriti tra i 715 prigionieri presi sul campo e altri 320 che, imbarcati alla Marina d Catanzaro, finirono in mano inglese. I feriti e malati catturati in Calabria, oltre 600, furono evacuati a Messina e affidati alle cure degli US francesi fatti anch'essi prigionieri, tra cui Bagneris e Breugne. Quelli trasportabili furono poi imbarcati per Genova su 2 mercantili neutrali, arrivati a fine agosto dopo varie peripezie.

Il 28 luglio Napoleone ordinava di fucilare 600 calabresi, “meno dei soldati che gli avevano scannato”: in realtà, sommando i dati parziali relativi agli scontri con gl’insorti, si può stimare che fino a quel momento i francesi avessero avuto solo 200 morti e feriti. Un rapporto del 1° novembre sulle operazioni del corpo Masséna in Basilicata e Calabria (agosto-ottobre) indica 950 morti per ferita e 277 dispersi su 12.000 uomini impiegati. Nei tre mesi successivi (fino ai primi di febbraio del 1807) si possono stimare altri 200 morti e feriti a seguito di operazioni militari.

Tremilaquattrocento morti per malattia nel 1806 e 4.000 nel 1807

A partire dal mese di luglio, le malattie divennero più gravi e più intense e la mortalità aumentò in proporzione. Savaresi indicava come cause le marce forzate, l’aria paludosa di Fondi, Mondragone, del Garigliano, di Capua e dei dintorni di Salerno come Eboli e Paestum; il clima australe, con improvvisi cambiamenti delle condizioni atmosferiche; le evacuazioni dei malati, penose e scomode col gran caldo; le acque calcaree e ferrose della Terra di Lavoro; l’ingestione di frutta acerba o troppo matura e di cibi e bevande malsane; infine l’insalubrità degli alloggi; la mancanza di depositi di convalescenza, che provocava ricadute, e i miasmi provocati dalla grande quantità di cadaveri insepolti. Per la descrizione delle malattie e dei mezzi di cura nell’opuscolo di Savaresi, v. *infra*, Allegato 5.

Ai primi di giugno l’armata aveva 3.651 ricoverati, di cui 1.480 a Napoli e 2.171 nelle province. Secondo Savaresi, erano il doppio a fine luglio (6.000 “febbricitanti” e 1.000 feriti e venerei), ma già in una lettera del 7 giugno Napoleone asseriva che erano 8.000 su 53.000 effettivi; e il 18 luglio, data della resa di Gaeta, il re li dava a 9.000. Erano malati 10 degli 11 ufficiali d’artiglieria e 90 dei 145 cannonieri impiegati nell’assedio, come pure metà dei generali dell’armata, uno dei quali morto di malaria pochi giorni dopo la promozione. Il 1° agosto il re giustificava anche con l’anomalo numero di malati i rovesci subiti in Calabria e il ritardo dei soccorsi. Il 15 Masséna comunicava di avere 300 malati a Castrovillari e 500 a Cotrone, l’8 settembre il re scriveva a Parigi che in Calabria c’erano 1.500 uomini all’ospedale su 11.000; anzi 2.000 solo a Cosenza, precisava il 1° ottobre. Il 23 riferiva che erano periti interi plotoni di cavalleria, distaccati in luoghi paludosi come la foce del Garigliano e il Lazio meridionale.

Nell’autunno 1806 l’impennata della mortalità e la comparsa nel Cilento e a Lagonegro di una malattia con sintomi simili a quelli della febbre gialla, fecero pensare ad un’epidemia. Impressionate dalle voci

riferite dai capitani dei bastimenti, le autorità sanitarie di Livorno scrissero alle autorità civili di Napoli «des lettres très pressantes, qui portaient l'empreinte de l'alarme et de la terreur commençante». Savaresi si attribuisce il merito di aver scongiurato lo stabilimento di un cordone sanitario riconoscendo subito, grazie alla sua esperienza, che non si trattava di febbre gialla. Con verbale del 12 novembre 1806, i tre US in capo dell'Armata e i 4 medici ordinari e straordinari della deputazione di sanità di Napoli, dichiararono di essersi assicurati, con un'ispezione congiunta degli OM della capitale, che non c'erano rischi di contagio né di epidemia.

Secondo Savaresi si raggiunse a Napoli, in luglio, un picco di 3.200 degenti: 1.200 alla Trinità, 400 al S. Giovanni, 600 ai Granili e 1.000 al San Giacomo e in altri ospedali civili, e un terzo o un quarto dovettero dormire sulla paglia per mancanza di letti. In dicembre i ricoverati negli OM di Napoli erano dimezzati a 1.815, su un totale di 3.975, di cui 2.253 malati, 767 feriti, 741 venerei e 241 rognosi. In assenza di adeguata profilassi, a parte la distribuzione di aceto nei mesi estivi, nel luglio 1807 arrivò puntualmente un nuovo picco di malattie: il re scriveva che molti reggimenti di 1.800 uomini ne avevano solo 400 in grado di marciare, che i malati erano arrivati a 7.000, che il 28e dragons (a Foggia) aveva 150 uomini all'ospedale e 200 ricoverati in branda su 500 [lettere del 1° e 25 agosto e 1° settembre]. Il 18 ottobre Napoleone si stupiva che a Napoli ci fossero 7.000 malati su 40.000 uomini. Ancora nel 1808 la difficoltà dei collegamenti in Abruzzo e Calabria facevano gravare sulle ambulanze l'assistenza sanitaria alle truppe. Un rapporto del capo di SM Lamarque indicava 2.014 malati negli OM di Napoli e 3.200 in Calabria, di cui 7-800 nelle ambulanze. Il 29 luglio Duret de Tavel scriveva che il suo battaglione aveva perduto 60 uomini in due settimane e ne aveva lasciati 200 all'OM di Monteleone. Invece di diminuire, la mortalità negli OM rimase invariata nel 1807: dal febbraio 1806 a tutto il 1807 si verificarono 8.092 decessi, con un tasso mensile di 352:

Mortalità			
cause	1806	1807	Totale
Malattie	3.207	3.798	7.095
Ferite	402	306	708
Venerei	87	121	208
Scabbia	20	61	81
Totale*	3.806	4.286	8.092

*di cui 6.457 armata franc. 328 arm. it., 1.278 armata napoletana, 156 prigion., 231 romani.

Media trimestrale dei ricoverati		
Periodi	1806	1807
1° trimestre	1.130*	3.828
2° trimestre	2.415	4.908
3° trimestre	6.685	4.896
4° trimestre	2.810	3.998
Solo mesi di febbraio e marzo.		

La mortalità in Calabria nel 1806

Il posto peggiore era comunque Cosenza, dove pochi giorni dopo il ritorno dei francesi, scoppiò un'epidemia di "febbre putrida" peggiore di quella scoppiata in luglio a Castellone (infermeria del corpo d'assedio di Gaeta). Secondo Savaresi, al 20 agosto a Cosenza c'erano già 700 ricoverati. Secondo lo storico L. M. Greco, figlio di un noto medico locale citato anche da Savaresi, si trattava di "febbri biliose autunnali, prodotte dalle esalazioni della valle del Crati", dalla contaminazione delle acque provocata dai rifiuti del campo militare e dell'emporio delle merci saccheggiate, dai cibi e dalle medicine adulterate e dalle epidemie scoppiate nelle carceri stracolme. Tra le vittime vi fu, il 4 settembre, anche il generale di brigata Vintimille du Luc (ex-borbonico). I cadaveri erano così tanti che non si faceva in tempo a seppellirli: furono accatastati vicino agli ospedali, dentro le chiese di Santa Maria degli Angeli e dell'Annunciata, date poi, nottetempo, alle fiamme. In seguito venivano bruciati a 2 miglia dal quartier generale, sulle rive del Campagnano, dove i cani mangiavano i resti, e infine inumati in due nuovi cimiteri, militare e civico, in contrada La Difesa. Il citato rapporto del 1° novembre del corpo Masséna in Calabria dichiarava 772 morti per malattia e 2.146 ricoverati. Savaresi scrive che, secondo i calcoli dei medici, dei commissari di guerra e degli amministratori degli ospedali, nella sola città di Cosenza morirono in tre mesi (agosto-ottobre) circa mille persone, inclusi i civili. Secondo Greco, nell'intero anno i morti militari e civili furono circa 2.000.

Con l'autunno la mortalità crollò tra i civili, ma non tra i militari. I decessi non avvennero però tra i ricoverati, ma tra gli evacuati dalla Calabria a Napoli, cioè, paradossalmente, proprio tra i malati meno gravi, giudicati trasportabili dai sanitari. Ciò dipese dalla mancanza di strade, magazzini di tappa e assistenza sanitaria durante il viaggio: i malati marciavano per intere settimane a piedi o a dorso di mulo o d'uomo, con la pioggia e la neve, passando a guado un'infinità di torrenti pericolosissimi e dormendo al bivacco. Chi sopravviveva fino a Lagonegro proseguiva su carretti scoperti, esposti alle intemperie e agli scossoni, arrivando agonizzante alla certosa di S. Lorenzo e cadavere a Salerno. Indigna il lettore moderno la soavità con cui Savaresi racconta fatti tanto gravi appresi solo dai rapporti, e difende la decisione degli US in Calabria di proseguire le evacuazioni pur sapendo che erano letali: non solo non prese provvedimenti, ma non sentì neppure il dovere di effettuare ispezioni, per scomode e rischiose che fossero.

Cosenza era detta “la tomba dell’armata”, ma la mortalità del 1806 (1/6 dei ricoverati) risultò inferiore a quella di Castrovillari (1/4) e Monteleone (1/3). Nel 1807 i decessi nell’OM di Cosenza (diretto da Remade) scesero a 400 (quasi tutti del 1er de ligne) e a 300 nel 1808. Secondo Greco la diminuzione si spiega col miglioramento del vitto e dell’igiene, l’“avvezzamento alla malignità dell’aria e le cure più appropriate all’indole delle malattie”, e con le precauzioni disposte del generale Partouneaux, il quale fece “estivare” i soldati nel forte sopra Cosenza e gli ufficiali parte nel quartiere Porta Piana e parte nei casini suburbani. Il 4 novembre 1808 Murat, preoccupato dall’enorme aumento dei venerei, ordinava a Saliceti di intensificare i controlli delle prostitute. In ogni modo, se la Calabria era temuta dai francesi, i reggimenti di linea napoletani temevano le paludi Pontine e la mortifera piazzaforte di Mantova, dove, per ordine di Napoleone, erano destinate solo truppe non francesi. Nel solo IV trimestre del 1807 il 2° di linea vi ebbe 44 morti, distrutti dalle febbri e già debilitati dalla galera, dove erano stati reclutati.

La dislocazione degli ospedali militari nel 1806

In marzo furono stabiliti un OMP a Napoli (Renoult e Marcellini) e 4 OMT a Lagonegro, Cosenza (Milon), Monteleone (Breugne) e Reggio (Bagneris), in aprile altri 2 ad Andria (Donati) e Salerno (Vène) e in giugno un OM stagionale per cure termali a Ischia. In agosto, recuperata la Calabria, i malati e feriti furono evacuati quasi tutti a Cotrone, e di qui la maggior parte trasportati via mare, su barche attrezzate, ad un nuovo OMT stabilito a Taranto, dove furono inviati i medici ordinari Berthollet e Moulin. Duecento malati rimasti a Cotrone furono però catturati a fine agosto da un corpo siciliano, e trasportati a Messina. L’epidemia di cui si è detto riempì di nuovo l’OM di Cosenza, dove furono mandati i medici ordinari Milon (nuovo arrivato) e Marcellini (trasferito da Napoli) e il requisito Colonna di Leca. A Lagonegro rimase solo un’ambulanza, mentre l’OMT fu arretrato alla certosa di San Lorenzo di Padula, col medico requisito Grasso, poi raggiunto da Vène.

Secondo Savaresi, al 1° settembre gli OM erano 15: 4 a Napoli (Trinità, S. Giovanni a Carbonara, S. Giacomo e Granili); 4 in Terra di Lavoro (Gaeta, Castellone, Capua, Casamicciola); 2 nel Principato Citra (Salerno e S. Giovanni di Padula); 2 in Calabria (Monteleone e Cosenza), 2 in Puglia (Taranto e Andria) e 1 in Abruzzo (Pescara). In dicembre fu soppresso il San Giacomo, concentrando tutti i malati alla Trinità e riservando il S. Giovanni per i feriti e i Granili per i venerei e scabbiosi (che erano 400). Nel rapporto del 25 dicembre sulla situazione

degli OM, Arcambal ne elencava 16, con 552 infermieri. Tre (con 213 impiegati) a Napoli, gli altri a Procida, Capua, Salerno, San Lorenzo di Padula, Lagonegro, Castrovillari, Cosenza, Scigliano, Nicastro, Monteleone, Taranto, Andria e Pescara. Quello di Salerno aveva luce solo a mezzogiorno ed era senz'aria, ma i peggiori erano i sei della Basilicata e Calabria. Il re visitò il 3 dicembre 1806 l'OM della Trinità e il 27 febbraio 1807 quello di Andria.

Il servizio di casermaggio e di rifornimento viveri e medicinali

Per il casermaggio, fu recuperata gran parte del materiale degli OM di campagna allestiti a Sulmona dagli appaltatori borbonici, fratelli Giuseppe e Vincenzo Guerra. Il controloro De Natale aveva infatti rifiutato di seguire la ritirata della Divisione borbonica in Calabria e lasciato il materiale a Teramo, dove il 13 giugno 1806 fu preso in consegna dal direttore dell'OM Michele De Dominicis. Il materiale inviato in Calabria era stato invece saccheggiato dopo Campo Tenese, come attestato dal chirurgo maggiore del vecchio esercito Cosmo de Horatiis. Ignoriamo l'esito della causa per danno intentata dai fratelli Guerra.

Il 20 giugno il capo di SM del II corpo, Montbrun, scriveva da Chieti che l'OM di Pescara era privo di lenzuola e camicie di ricambio; malati e feriti, costretti a dormire sulla paglia, tornavano ai corpi con la rogna. Come abbiamo accennato, in luglio un terzo o un quarto dei degenti a Napoli fu costretto a dormire sulla paglia. Il 14 agosto l'OM di Cosenza ricevette 400 letti, ma secondo il segretario generale della provincia (il corso Giacinto Carabelli) già in settembre ne restavano solo 40: lana e paglia dei materassi venivano buttate per vendere le federe, la carne di bue rivenduta e sostituita con carne di pecora, il pane dei malati schifato perfino dai cani.

All'epoca borbonica gli OM erano gestiti per appalto generale. Il nuovo governo adottò solo nominalmente la gestione in economia: in realtà, a partire dal 1° aprile, gli OM erano riforniti mediante due distinti appalti, dei viveri e medicinali e del casermaggio, gestiti nel 1806-07 delle compagnie Gantey & C. e Michaud & Guasco, che, secondo Savaresi, non erano esenti da pecche. Con decreto N. 37 del 17 febbraio 1807, da Montella, furono messi a disposizione degli OM e civili più vicini i mobili dei monasteri soppressi con legge della stessa data. Il regolamento esecutivo (decreto N. 43 del 23 febbraio) elencava tra i mobili letti, materassi, coperte, biancheria da tavola, batterie da cucina, cretaglie e cristalli, che il commissario esecutivo doveva mettere a disposizione degli ospedali più vicini in base allo stato dei rispettivi

fabbisogni, formato dall'economo e verificato dall'intendente militare o dal sindaco e due decurioni. Il residuo era venduto insieme a derrate e bestiame e il ricavato versato al tesoro, al netto di una parte pari al quarto delle pensioni spettanti ai religiosi delle case soppresse. Ori ed argenti erano esclusi e dovevano essere versati al tesoro.

Con decreto N. 206 del 26 luglio 1807 fu emanato un regolamento sugli OM [v. Appendice 2], sostitutivo del regolamento borbonico (del 3 maggio 1802 e 19 gennaio 1803). Era previsto anche, a Napoli, un deposito medicamenti, regolato poi con decreto N. 291 del 25 ottobre. Era posto sotto gli ordini e l'ispezione dell'ordinatore, del medico e del chirurgo in capo dell'armata, del comandante della piazza di Napoli e del primo chirurgo di corte (Paroisse).

Nel rapporto del 25 novembre 1808 al ministro francese Dejean, Arcambal asseriva che la situazione degli OM era «toujours satisfaisante», salvo l'insufficienza delle forniture, ma il 3 dicembre Murat scriveva al colonnello Manhès, comandante a Monteleone, d'ispezionare gli ospedali e accertare le cause dell'alta mortalità. L'8 incaricava Saliceti d'inviare una commissione ispettiva con Savaresi, un chirurgo e un commissario di guerra (tutti napoletani) per verificare i reclami di Partouneaux circa gli OM della Calabria, e il 27 gli chiedeva come mai la commissione non fosse ancora partita.

Il reclutamento locale degli ufficiali di sanità nel 1806

Il 1° settembre 1806 i medici dell'armata erano 20, di cui 9 francesi o commissionati dal ministro, e 11 requisiti, di cui 3 e 7 impiegati a Napoli. Savaresi si diceva generalmente soddisfatto dei requisiti, in particolare del corso Carlo Colonna di Leca, "pieno di zelo e di buon volontà": ma in dicembre, con l'arrivo di altri francesi, ne licenziò 7. Al 1° marzo ne restavano solo 3 (tutti in Calabria), contro 15 francesi. Pur ritenendo insufficiente il numero dei sanitari, gli US in capo si opposero all'immissione indiscriminata dei chirurghi locali. Una commissione composta dal medico Chavassieu-D'Audebert [laureato a Parigi nel 1804 con una tesi sulla epizoozia] e dal chirurgo in capo Mangin li giudicò in generale "di troppe pretese e poca o punta capacità".

Nel rapporto al re del 12 settembre 1806 il ministro Dumas scriveva: «les médécins et chirurgiens napolitains qui ont démandé de l'emploi ont du, d'après une décision de V. M., être examinés par les officiers de santé en chef de l'armée française. Un assez grand nombre s'est soumis à cet examen; d'autres demandent encore à s'y soumettre; plusieurs s'y sont refusés ; les prétensions qu'ils elèvent, les fonctions importantes et

délicates qu'ils sont destinés à remplir ont déterminé que l'on ait obtenu tous les reinseignements nécessaires pour ne faire que de bons choix. En attendant, le service des Hôpitaux militaires se fait par les Officiers de Santé attachés à l'Armée Française et par des médécins, chirurgiens et pharmaciens napolitains requis dans les lieux où les hôpitaux sont établis, et selon le bésoin de ces hôpitaux».

Le cattedre di medicina nell'Università degli studi di Napoli

Con decreto N. 248 del 14 novembre 1806 le cattedre di medicina pratica, anatomia, fisiologia, medicina teorica, chirurgia e chirurgia farmaceutica dell'università di Napoli furono attribuite a Nicola Giannelli, Domenico Cotugno, Antonio Sementini, Nicola Andria, La Leonessa e Salvatore M. Ronchi. Con decreto N. 252 del 21 novembre fu aggiunta la cattedra di ostetricia (Pasquale La Cattolica), e con decreti N. 208 del 9 novembre 1808 e N. 1556 del 3 dicembre 1812 (da Molodetschno!) una seconda di medicina pratica (per Emanuele Scotti) e una di chirurgia teoretica (con soldo mensile di lire 110). L'art. 20 del regolamento sulla collazione dei gradi nelle università (decreto del 1° ottobre 1812) prevedeva, per l'ammissione all'esame di abilitazione in medicina, l'età minima di 19 anni, la previa abilitazione in lettere e filosofia e tre anni di corso in un liceo per la medicina o all'università. Gli artt. 41-43 prevedevano, per l'ammissione nella facoltà medica, due esami scritti di anatomia e fisiologia e di patologia e nosologia; per la licenza, tre esami sulla "materia medica, la chimica e la farmacia", l'igiene e la medicina legale e la clinica medica o chirurgica (a seconda dell'indirizzo prescelto); per la laurea, la discussione pubblica di una tesi in latino. Pochissimi erano comunque i laureati: 26 nel 1806, appena 9 nel 1807, 14 nel 1810.

Il decreto N. 140 del 30 maggio 1807 sugli stabilimenti d'istruzione menzionava al sesto e ultimo posto (dopo i seminari, la scuola militare, la scuola politecnica, le scuole di Belle Arti e il convitto per le professioni forensi) un convitto per gli alunni di chirurgia e medicina: ma il collegio medico–cerusico degli Incurabili, abolito alla prima restaurazione perché gli studenti, durante i combattimenti del gennaio 1799, avevano aiutato i francesi sparando contro i lazzari, fu riaperto solo nel 1810: il collegio era mantenuto dagli ospedali civili, ma, con decreto del 17 dicembre 1812, gli fu assegnato un credito sostitutivo di lire 67.659, e poi, con decreto N. 1686 dell'8 aprile 1813, cinque fondi con un capitale complessivo di 67.628 e rendita di 3.381. Nel 1807 c'erano a Napoli 390 medici, 301 cerusici, 174 salassatori, 124 ostetriche, 27 dentisti, 200 farmacisti, 50 veterinari e 219 speziali.

B. La sanità militare napoletana (1808-15)

Il consiglio di sanità (decreto N. 122 del 4 aprile 1808)

Con decreto N. 122 del 4 aprile 1808 fu istituito, sotto gli ordini immediati del ministro, un consiglio di sanità di sette membri (tre medici, due chirurghi e due speziali), incaricato di:

- esaminare e proporre i nuovi US dell'armata e degli ospedali;
- rendere conto al ministro, con le proprie osservazioni, dei rapporti degli US in capo degli OM, e sottoporgli proposte di miglioramento del servizio e sul merito degli US;
- compilare le istruzioni generali e particolari sul trattamento delle varie malattie;
- esaminare, su ordine del ministro, la condotta degli US nell'esercizio delle loro funzioni;
- vigilare sulla natura dei medicamenti e la conservazione del magazzino generale, e approvare le richieste degli US in capo degli OM;
- effettuare, su ordine del ministro, ispezioni particolari degli OM, infermerie reggimentali e sale militari degli ospedali civili;
- presentare entro il 1° maggio all'approvazione del ministro un formulario farmaceutico indicante le droghe e i medicamenti che dovevano essere forniti dal magazzino principale e quelli che si potevano procurare altrimenti, nonché le proporzioni di ripartizione.

Il ministro era incaricato di proporre un regolamento sulle uniformi, il soldo e le indennità di viaggio del consiglio. In realtà il consiglio fu composto dal medico e dallo speziale in capo dell'armata, Savaresi e Saxe, e da due celebri scienziati e professori universitari, il medico pugliese Domenico Cotugno e il chirurgo napoletano Bruno Amantea, docente di anatomia descrittiva. Fu Cotugno ad effettuare, insieme a Peborde, l'autopsia del cadavere di Saliceti, dichiarando come causa dell'improvvisa morte una colica di fegato di origine nefritica.

Il decreto stabiliva inoltre il nuovo sistema, in vigore dal 1° giugno, degli approvvigionamenti di medicine, somministrati dal magazzino (in custodia di uno speziale primario nominato dal re su proposta del consiglio), rifornito mediante appalto stipulato dal ministro. Il relativo regolamento ("istruzioni per i farmacisti primari" del magazzino e degli OM) fu emanato circolare ministeriale a stampa, in italiano e in francese, del 1° luglio 1808 (v. Appendice 3).

Gli ispettori generali di sanità (decreto N. 655 del 14 giugno 1810)

Con decreto N. 655 del 14 giugno 1810 "per l'organizzazione del servizio di sanità militare e civile", in considerazione dell'urgenza di "organizzare il servizio di sanità dell'armata di terra e di mare", il re istituì "degli ispettori generali del servizio di sanità militare e civile", incaricando il ministro di predisporre una bozza di regolamento. Il 17 giugno furono nominati ispettori generali Cotugno, i sanitari di corte (il protomedico Andral e il protochirurgo Peborde) e l'ispettore generale degli ospedali (Leloir). L'*Almanacco* di corte del 1811 li indica come "corpo d'ispettori", incaricati di proporre al ministro, e di eseguire in virtù dei suoi ordini, i movimenti del personale in tutti gli ospedali, della "sopraveglianza a questa parte del servizio" e della "ispezione per la tenuta degli stabilimenti" in conformità agli ordini del ministro. Rispetto al consiglio le competenze degli ispettori erano ridotte e l'estensione agli ospedali civili ci sembra implicitamente limitata alle sole sale militari: pure l'*Almanacco* non indica più il consiglio, che fu dunque, tacitamente, sostituito dagl'ispettori. Il 19 gennaio 1811 fu aggiunto tra questi ultimi Savaresi, incaricato in particolare del servizio della marina, e creato il 25 giugno cavaliere delle Due Sicilie.

Il decreto N. 1013 del 27 giugno 1811 accordò agl'ispettori un soldo annuo di ducati 2.045:45, un'indennità d'alloggio di 136:36 e di viaggio di 2:81 per posta (= 9.000, 600 e 12 franchi), più il rimborso delle spese per eventuali soggiorni fuori sede durante le missioni ispettive. Inoltre in tempo di guerra spettavano loro 4 razioni di viveri e 4 di foraggi. Infine, con decreto N. 1135 del 20 novembre 1811, su rapporto del ministro e parere del consiglio di stato, furono attribuite agl'ispettori anche le altre funzioni del soppresso consiglio di sanità, in particolare:

- a) l'esame, la classificazione e la "proposta agl'impieghi" degli US;
- b) la corrispondenza con essi circa gli oggetti relativi all'arte sanitaria;
- c) la compilazione di istruzioni professionali;
- d) il parere sui nuovi rimedi se richiesto dal ministro:
- e) l'esame, designazione e proposta della ripartizione delle provviste di medicamenti, strumenti chirurgici e materiale sanitario, la vigilanza sulla qualità e tenuta dei medicamenti nel magazzino e il controllo sul consumo;
- f) la direzione e sorveglianza delle visite mediche e chirurgiche:
- g) l'ispezione delegata, con rapporto al ministro, degli OM e infermerie.

Il servizio degli ospedali alla Regìa militare (14 ottobre 1811)

Come abbiamo detto nel capitolo 7, con decreto N. 1100 del 14 ottobre 1811 il servizio degli ospedali di terra e di mare fu attribuito alla Regìa Militare. Entro il 1° novembre dovevano esserle rimessi tutti gli effetti di casermaggio, mediante inventario in contraddittorio con l'appaltatore del mobilio. Il personale amministrativo (economi, commessi e impiegati) passava alle dipendenze del direttore generale della regìa, incaricato delle proposte di nomina, avanzamento, destino e riforma, con potere di sospensione dalle funzioni (salvo rendiconto al ministro) e di movimento degli impiegati di seconda e terza classe, dovendo sottoporre al ministro quelli degli economi e impiegati di prima. Il direttore provvedeva inoltre al rimpiazzo del mobilio, i cui aumenti e movimenti dovevano essere autorizzati dal ministro, e gli notificava trimestralmente la ripartizione delle somme messe a sua disposizione e il prezzo medio della giornata d'ospedale. [nell'ambito della regìa, diretta dal barone Nolli, il servizio degli ospedali era riunito a quello del casermaggio, sotto l'amministratore Guillaume].

Agl'impiegati era attribuita la stessa uniforme dei colleghi delle sussistenze, salvo la legenda "OSPEDALI MILITARI" sul bottone. Viveri e medicinali erano forniti per appalti annuali al minor offerente, salvi i contratti stipulati dagli economi per riscaldamento, illuminazione, mantenimento e rinnovo del mobilio, fornitura di fasciature, pulitura e preparazione degli alimenti e altre minute spese. Gli economi, gli incaricati della direzione di un servizio e i fornitori erano tenuti a cauzione. La regìa era incaricata di stipulare, previa approvazione del ministro, contratti per il trattamento di militari presso ospedali civili. Il ministro era incaricato di pubblicare un regolamento sulle funzioni, attribuzioni e trattamento del personale e il modo di amministrazione, corrispondenza e contabilità. Era infine incaricato di presentare al re la situazione del mobilio, con proposte sulle misure da prendere per il rimpiazzo degli oggetti mancanti, a carico dei passati appaltatori.

Con l'abolizione della regìa, decretata il 17 agosto 1815, al servizio sanitario fu nuovamente preposto un organo collegiale, il consiglio generale di sanità, presieduto da un generale e composto dall'ispettore generale di sanità e un commissario di guerra.

L'aria cattiva di Capodichino e l'epidemia di tracoma (maggio 1813)

Il picco di mortalità verificatosi nel maggio 1813 al campo di Capodichino fu attribuito, *more solito*, all'"aria cattiva" e all'umidità, e per questa ragione in giugno e luglio le truppe furono accampate sulle colline di Napoli da Capodimonte a Posillipo, provocando incidenti a Soccavo per i continui furti di frutta e liti coi coloni del ministro

Ricciardi, il quale ottenne infine l'evacuazione del campo: le truppe vi tornarono però durante la vendemmia, occasione di nuovi incidenti.

Sempre nel maggio 1813 le truppe napoletane furono inoltre colpite da un'epidemia di tracoma, proprio l'"oftalmia di Egitto" descritta da Savaresi: contemporaneamente vi fu un nuovo picco in quella che serpeggiava da anni nel 6° di linea italiano, contagiato ai militari che erano stati di guarnigione all'Elba nel 1803-07: reduce dalla Spagna, il reggimento era dal 1812 di stanza nelle Marche (v. *Storia militare del Regno Italico*, I, 1, pp. 306-07). Forse il contagio avvenne durante il passaggio per Mantova o Ancona di napoletani reduci dalla Spagna o dalla Germania. Certamente un nuovo contagio si ebbe nel 1814-15, durante l'occupazione napoletana delle Marche, e i reduci murattiani infettarono anche l'esercito borbonico della seconda restaurazione.

Ospedali, infermieri e ambulanze nella campagna del 1815

Nel 1813-15 c'erano 4 OM a Napoli [della Trinità, con succursale a San Giovanni a Carbonara, per la linea; dell'Infrascata, della guardia reale; di Piedigrotta, della marina] e altri 10 a Gaeta, Capua, Procida, Castellammare, Capri, Cava dei Tirreni, San Lorenzo di Padula, Cosenza, Andria e Pescara. Ad essi si aggiunse dal gennaio 1814 il San Francesco di Ancona, classificato durante il Regno Italico come OM di 2a classe, da 450 posti letto: vi era addetta la 3a compagnia infermieri militari (su 6 squadre di 14), mantenuta in servizio durante l'occupazione napoletana. Nell'aprile 1814 un infermiere militare di Ancona fu ucciso in una rissa provocata dall'ingresso di una donna nell'ospedale. Con decreto del 27 marzo 1815 la compagnia fu riordinata su 4 ufficiali (centurione, sottocenturione, quartiermastro incaricato dell'abbigliamento e sottotenente di polizia e istruzione) e 10 squadre di 14 teste inclusi un sergente infermiere maggiore ed un caporale, di cui 4 addette alle ambulanze divisionali e perciò dotate di cappotto e sciabola, 5 addette ai reparti dell'OM e una comando. Quest'ultima includeva un sergente maggiore aiutante e segretario del consiglio d'amministrazione, un foriere, un capocuoco con 2 aiutanti, 3 legnaioli, 3 lavandai e un corno da caccia, oltre all'infermiere maggiore e al caporale.

L'allestimento delle ambulanze da campagna – per la terza volta dopo il 1798 e al 1805 – fu talmente improvvisato che lo stesso incaricato, tale De Leonardis, è indicato nei documenti ora come "direttore", ora come "ispettore", ora come "agente principale". Oltre ai 14 infermieri, ai chirurghi e al direttore, l'ambulanza doveva avere il carreggio fornito dall'appaltatore degli equipaggi militari, ma il funzionamento doveva essere ben caotico, se, perfino durante la facile avanzata lungo la via

Emilia, la 3a Divisione (Lechi) perse per strada la sua ambulanza, e il 4 aprile, appena entrata a Bologna, dovette subito requisire barelle e ferri chirurgici. La battaglia di Tolentino fu piuttosto cruenta: gli austriaci ebbero 210 morti e 457 feriti, i napoletani 1.722 morti e feriti (inclusi tra questi ultimi 2 generali e 3 colonnelli). Solo 700 feriti poterono essere raccolti e curati nei due ospedaletti di fortuna allestiti il 3 maggio a Macerata nei conventi di San Francesco e delle Cappuccine: il 23 giugno tutti i feriti che vi erano ancora ricoverati, austriaci e napoletani, furono trasferiti all'OM di Ancona.

C. Gli ufficiali di sanità napoletani (1808-15)

Stato, inquadramento e soldo dei chirurghi reggimentali

Fino alla seconda metà dell'Ottocento gli ufficiali di sanità (US) erano considerati impiegati civili militarizzati, soggetti alla gerarchia e alla disciplina militare e con trattamento equiparato a quello dei parigrado della fanteria, ma senza funzioni amministrative né poteri disciplinari nei confronti dei militari di rango inferiore. Il grado più alto, equiparato a quello di colonnello di fanteria, era quello di US in capo, attribuito ai capi dei servizi medico, chirurgico e farmaceutico e al direttore generale degli OM d'armata. Costoro avevano solo funzioni di consulenza, vigilanza e ispezione tecnica sui rispettivi rami del servizio, la cui direzione generale era riservata al ministro, mentre quella particolare d'armata spettava al commissario ordinatore in capo. Le funzioni degli US in capo e dell'ispettore degli ospedali militari furono disciplinate dal citato regolamento sugli OM del 26 luglio 1807, ricalcato su quello francese.

Il 26 luglio 1806 furono accordate agli ufficiali di salute le stesse gratifiche di entrata in campagna spettanti ai pari grado della fanteria di linea: ducati 181:81 agli US in capo (=colonnelli), 139:09 agli US principali (=maggiori), 136:36 ai medici, chirurghi e speziali di I classe (capibattaglione), 90:90 a quelli di II (capitani) e 68:18 a quelli di III (tenenti).

Gli ufficiali di sanità dei reggimenti erano inseriti nei "grandi stati maggiori", dopo il quartiermastro e prima del cappellano. Gli organici dei reggimenti di fanteria prevedevano 6 chirurghi: un maggiore, due aiutanti e tre sottoaiutanti (uno per battaglione), quelli di cavalleria 4

(1+1+2), in ragione di uno per squadrone (e aumentandoli in ragione degli eventuali squadroni aggiuntivi). Il reggimento d'artiglieria a piedi e poi i due di artiglieria di terra ne avevano 5, l'artiglieria di mare uno solo, come i battaglioni del treno, degli zappatori e dei veterani (che però ne ebbero 3 quando furono elevati a reggimenti). I 26 corpi di linea esistenti nel 1815 avevano dunque in organico 132 chirurghi (26 maggiori, 41 aiutanti e 65 sottoaiutanti). I reggimenti della guardia, come diciamo più avanti, ne avevano 24, per un totale di 156. Nella guardia reale erano vacanti ben 10 posti, ma nella linea la proporzione era probabilmente inferiore. I chirurghi reggimentali stranieri naturalizzati col decreto del 20 gennaio 1815 furono solo 16, di cui 10 della guardia. Ben poco sappiamo degli US di marina che prestavano servizio sia a terra, soprattutto per il servizio dei bagni penali, sia a bordo delle navi maggiori.

Con decreto del 26 aprile 1812 il trattamento di pace degli US dei corpi fu stabilito in 800 franchi per i chirurghi sottoaiutanti, 1.500 per gli aiutanti e 2.000 per i maggiori (aumentati con l'anzianità di servizio a 2.200 dopo 10 anni, 2.400 dopo 20 e 2.700 dopo 30). Con decreto N. 2103 del 10 maggio 1814, su parere reso il 22 maggio dal consiglio di stato, fu esteso ai fratelli degli US "brevettati ed attaccati ad un corpo dell'armata il privilegio [già concesso ai fratelli dei militari in servizio attivo] di essere posti, in caso di coscrizione, alla coda del deposito della classe d'appartenenza (…) considerando che" gli US reggimentali erano "distinti nei corpi con un grado militare, divid(eva)no coi militari i pericoli della guerra; e che non po(teva)no, come quelli, abbandonare il servizio senza un congedo formale".

Per una futura prosopografia degli ufficiali di sanità napoletani

Il lettore ci perdonerà se l'economia di questo lavoro non ci ha consentito una ricerca prosopografica sugli ufficiali di sanità, che altri in futuro potranno condurre mediante lo spoglio sistematico della *Collezione delle leggi e dei decreti originali* e dei registri contabili (dal N. 436) della Scrivania di Razione presso l'AS di Napoli: diamo comunque un modesto contributo alle future ricerche riassumendo gli indicatori quantitativi e citando qualche nome rinvenuto negli altri documenti che abbiamo consultato. Tra costoro figura uno solo dei 30 chirurghi militari della Repubblica partenopea (Bartolomeo Fangi): bisogna però tener conto che metà dei repubblicani entrò poi al servizio francese o italiano (nel dicembre 1799 si trovavano infatti al deposito italiano di Digione 16 chirurghi napoletani, 1 toscano e nessuno romano:

il 12 luglio 1800 il battaglione ufficiali stranieri cisalpino includeva 2 chirurghi aiutanti e 1 sottoaiutante).

Tab. 306 - Chirurghi reggimentali della Repubblica (1799)

Battaglioni	Primi chirurghi	Secondi chirurghi
1°/1a Legione	Turchi Agostino	Galiani Giacomo
3°/1a Legione	Prete Luigi	Dominelli Michele
1°/2a Legione	Fangi Bartolomeo	Comito Giuseppe
2°/2a Legione	Marini Vincenzo	Castellaneto Raffaele
3°/2a Legione	Pisanelli Domenico	Miglietti Francesco Saverio
1°/3a Legione	Cipriani Francesco	Lerre Vincenzo
2°/3a Legione	Rizzo Vito	Pisanelli Giuseppe
3°/3a Legione	Schiavoni Alessandro	De Cozia Carlo
1°/4a Legione	Francavilla Pietro	Candela Raffaele
2°/4a Legione	Stampacchia Francesco	Curci Giuseppe
3°/4a Legione	Bossi Gen(eroso?)	Bruno Giulio Cesare
1° (Cacciatori)	Carlini Vincenzo	Pollicini Paolo
2° (Ussari)	Bossa Antonio	Ascione Luigi
3° (Dragoni)	Bonafous Giovanni	Filiotti Giuseppe
Legione navale	Gennaro Coscia	Pasquale Lance

Gli ufficiali di sanità della Guardia reale

L'ordinamento della guardia reale (1810) prevedeva 3 chirurghi (maggiore, aiutante e sottoaiutante) per reggimento di fanteria (di 2 soli battaglioni) e cavalleria e per i veterani, 1 aiutante per l'artiglieria a cavallo, i marinai e gli alabardieri e 4 (1+1+2) per l'ospedale, più 2 US in capo (il protomedico e il protochirurgo), 1 medico primario e 4 farmacisti (1+1+2) dell'ospedale, per un totale di 35 sanitari. Con l'aumento di due reggimenti e di uno squadrone autonomo, il totale arrivò nel 1815 a 42. Abbiamo indicato nella tab. 508 del capitolo 12 i nomi degli ufficiali di sanità della guardia che risultano dagli *Almanacchi* di corte del 1810, 1811 e 1813 e dal *Monitore delle Due Sicilie* del 4 gennaio 1815, i quali omettono i nomi dei chirurghi e farmacisti aiutanti e sottoaiutanti dell'ospedale, e da cui risultano spesso vacanti i posti inferiori dei chirurghi degli 8 reggimenti, che nel 1815 erano solo 14 anziché 24 (erano al completo solo granatieri e cavalleggeri, i due corpi più antichi, mentre nei lancieri, il corpo più recente, erano ancora vacanti tutti i posti). I nomi compresi in questi elenchi sono complessivamente 40 (li indichiamo coi gradi massimi raggiunti):

- 3 US in capo (protomedico Andral, protochirurgo Peborde e, nel 1815, Barbet);
- 5 US primari dell'ospedale (medico Moulin nel 1810 e poi Graziani; chirurgo Delpech nel 1810-11 e poi Carré; farmacista Brun);
- un direttore (Deluy) e, nel 1815, un aggiunto (Caporale);

- 11 chirurghi maggiori: Montagne dei granatieri; Quiblier del 1° veliti; Nardi del 2° veliti; Sigault e poi Soffietti dei volteggiatori; Gros(si) delle guardie d'onore; Trisolini delle guardie del corpo (1815); Gabor dei cavalleggeri; Adorne dei veliti a cavallo e poi Gaymar degli ussari (1815); Migliari dei corazzieri (1815);
- 4 chirurghi aiutanti dell'artiglieria a cavallo (Gillard, poi Morelli), dei marinai (Andrea Paolotti) e degli alabardieri (De Sio);
- 8 chirurghi aiutanti dei reggimenti (Salomon, Mesny, Franchini, Villeneuve, Garron, Casanova, Bonanni, Perla);
- 7 chirurghi sottoaiutanti (Not(e), Campastri, Gherardi, Cinquegrana, Jannuzzi, Masi, Giorgi).

Ci risultano inoltre 2 chirurghi assegnati all'ospedale della guardia il 3 settembre e il 6 ottobre 1810, Paolo Garron, già sottoaiutante del 14e légère, e Graziani, già aiutante del Real Corso (dove fu sostituito da Pietro Morazzani). Peborde e Andral erano commendatori delle Due Sicilie; Carré, Montagne, Quiblier, Adorne e Gabor cavalieri.

Gli ufficiali di sanità in Spagna, a Danzica e in Germania

I primi chirurghi maggiori [nominati dal 4 giugno al 27 ottobre 1806] erano Giovanni Siolla (1° cacciatori), Giuseppe Stoppelli (artiglieria a piedi), Marcagli (2° di linea) e Orazio Guerrieri (2° leggero): al 1° di linea troviamo l'aiutante Pietro Gaugi. Quelli citati nei rapporti dalla Spagna sono Antonio Vitolo e Giuseppe Ferrer del 1° e 2° di linea (1808), Pasquale Peo e Luigi Fontanella del 2° cacciatori (a Gerona nel 1809), Bartolomeo Fangi (1810) e Leopoldo Schiavoni (del battaglione di Saragozza e unico US ancora in Spagna nel 1813). Il 10 gennaio 1809 il colonnello Zenardi propose Peo per la stella delle Due Sicilie. Nel rapporto del 2 agosto 1810 il comandante della Divisione napoletana in Spagna, generale Pignatelli Strongoli, definiva l'ex-repubblicano Fangi «l'Esculapio della Divisione», meritevole, coi suoi trent'anni di servizio, di «figurare negli ospedali militari della capitale». Il 21 aprile 1814 lo troviamo chirurgo della scuola di Marte e cavaliere delle Due Sicilie. Nel rapporto del 13 ottobre 1811 sull'assedio di Sagunto, Compère la propose per Ferrer, catturato il 17 settembre 1810 a Flix e rilasciato per scambio [già chirurgo aiutante del Real Africano, il 15 febbraio 1808 Ferrer era stato sostituito da Paolo Stracuzzi].

Alla spedizione in Russia presero parte il protochirurgo Peborde (al seguito del re), i chirurghi in capo divisionali Brunetti e Papaleo, il primo e secondo farmacista Vingiani (o Venigiani) e Cimino. Sono inoltre citati gli US primari dei vari corpi, chirurghi maggiori Adorno (veliti a cavallo), Paolo Garron (veliti a piedi), Giuseppe Grossi e Baldassarre Gherardi (guardie d'onore), Giovanni Valeri, Palmetese e Gaimary (5°, 6° e 7° di linea) e aiutanti Giuseppe Gillard (artiglieria a

cavallo) e Andrea Paolotti (marinai). Tra i chirurghi inviati nel 1813 in Germania, sono citati il maggiore e l'aiutante del 2° cavalleggeri (Nicola De Simone e Gennaro Sbandi) e il maggiore del 4° leggero (Bartolomeo Castro). Pellegrino Lise annota, nel suo laconico diario da Danzica, di aver picchiato (l'11 ottobre 1812) «un coglionaccio di chirurgo» che pretendeva di far scendere dalla carretta e marciare a piedi 7 ammalati. I chirurghi reggimentali del 12° di linea (formato coi reduci da Danzica e poi inserito nella guardia reale col nome di volteggiatori) erano Valeri (maggiore), il corso Pietro Luigi Grazietti e Soffietti (aiutanti) e Ghionna, Giorgio e Mancini (sottoaiutanti).

Nel 1810 Giuseppe Gaimary era chirurgo aiutante nel reggimento municipale di Napoli (poi 6° di linea): il maggiore era Michele Lamparelli, i sottoaiutanti Natale Gentile, Giacinto De Cesare ed Eustachio Pisani. Frattasio, che aveva ottenuto un posto di chirurgo aiutante con la corruzione, fu destituito con decreto del 4 marzo 1810. Nel R. Corso troviamo, nel 1813, solo sottoaiutanti, Pietro Morazzani, Egilberto Piazza e Gregorio Lamari.

Gli ufficiali di sanità nel 1815

I chirurghi dei reggimenti di linea che nel febbraio 1815 firmarono l'*adresse* della guarnigione di Napoli al re erano 19: 4 maggiori [Contelmi, Carrano, Lombardi e Gallucci del 1° artiglieria di terra, dei veterani e del 4° e 11° di linea], 8 aiutanti [Mantese del 1° RAT, De Simone e Francesco De Pietro dei veterani, Mesnes del 4°, Adriani del 9°, Flauti, Bongiovanni e Cristof dell'11° di linea] e 7 sottoaiutanti [Benevento del 1° RAT, Mele e Granillo del 2° leggero, Macedonio del 2° di linea, Rinaldi del 4° e Murena e Santoro del 9°].

All'atto della capitolazione, erano in servizio all'OM di Ancona 13 sanitari: 4 medici (2 di I, 1 di II e 1 di III classe), 7 chirurghi aiutanti maggiori e 2 farmacisti (maggiore e aiutante). Gli US in servizio nell'OM di Gaeta durante l'assedio del 1815 erano il medico in capo Filippo Campanile, il chirurgo maggiore Enrico Devineau, i primi aiutanti Cristoforo Grossi, Domenico Gogolia e Leva, i farmacisti Giovanni Battaglione (di 1a classe), G. B. Rossi (di 2a), Michele Venuti e Pietro Paolo Ruggiero (di 3a). Inoltre 4 commessi (Costantino Maletti di 1a classe, Pietro Incordini di 2a e Francesco Ramirez e Raffaele Greco di 3a) e 27 impiegati e infermieri, per un totale di 41 addetti. I chirurghi del 12° di linea, composto da volontari e coscritti marchigiani, erano Andrea Tartufari e Michele Colognesi.

Il citato decreto ferdinandeo del 17 agosto 1815 prescrisse, come condizione per la conferma in servizio dei medici, chirurghi e farmacisti provenienti dal disciolto esercito murattiano, e per l'ammissione di nuovi aspiranti, il superamento di un esame teorico e pratico da sostenersi davanti a professori dell'università di Napoli: il regolamento e il programma furono approvati dal supremo consiglio di guerra il 23 dicembre.

Stato e inquadramento degli artisti veterinari

Diversamente dagli ufficiali di sanità, i veterinari erano considerati semplici artigiani ("artisti") e inseriti insieme ai sottufficiali superiori (pagati mensilmente anziché a giornata) nei "piccoli stati maggiori" dei reggimenti di cavalleria e del treno, insieme ad un aiutante. Il decreto N. 1230 del 30 gennaio 1812 attribuiva agli artisti veterinari il soldo di 100 lire al mese, con indennità d'alloggio di 12 e pensione annua di 600 dopo trent'anni di servizio o riforma per ferite.

Appendice 1
Gli ospedali militari di Napoli (1806-15)

L'Ospedale Militare di San Giovanni a Carbonara

Per ridurre le spese, il 24 giugno 1799 re Ferdinando aveva abolito gli OM in Sicilia, sostituiti dal ricovero dei militari in sale riservate degli ospedali civili. L'8 gennaio 1800 il provvedimento era stato esteso al regno di Napoli, ma l'esecuzione si era rivelata subito assai difficile. In una "rappresentanza" del 7 settembre, il protomedico e direttore generale della sanità, Giovanni Vivenzio, aveva sostenuto l'assoluta necessità di ristabilire gli OM fissi nelle città con grandi guarnigioni, e il 25 ottobre era stato decretato il ripristino degli OM, da gestire in appalto ("asiento"), e la destinazione di un convento per istituirne nella capitale uno nuovo e moderno, dotato di orto botanico e teatro di anatomia per la scuola degli US. Nel settembre 1801 si era scelto a tale scopo il convento degli Agostiniani di San Giovanni a Carbonara [fondato nel 1339 sotto Roberto d'Angiò, privato della biblioteca nel 1729 dall'imperatore Carlo VI e soppresso il 20 luglio 1799 da re Ferdinando]. Con lettera del 6 marzo 1802 da Palermo, Vivenzio chiese alla segreteria di guerra anche la chiesa attigua, nel frattempo divenuta parrocchiale, che però non fu annessa all'OM neppure sotto i francesi. Con real dispaccio del 24 novembre 1802 fu bandito l'asiento quadriennale per l'OM, e il 10 marzo 1803 fu stipulato il contratto coi Fratelli Guerra, con un anticipo di 4.000 ducati da restituire in 4 rate annuali e una retta giornaliera di 24 grana per ricoverato, includente anche la provvista e il mantenimento dei letti e del personale avventizio [2 pratici maggiori e 2 praticanti di fisica e chirurgia, guardarobiere, infermiere maggiore, un infermiere per 20 infermi del reparto medicina e 15 del reparto chirurgia, e un "assistente" (soldato, forzato o presidiario, con diaria di 5 grana) ogni 10 degenti. Durate il decennio l'OM subì pochi lavori. Il più importante fu l'acquisizione di un giardino privato, espropriato il 26 dicembre 1806, per il passeggio dei malati [in seguito il proprietario protestò perché i malati gli entravano continuamente dentro casa].

L'ospedale per rognosi, sifilitici e cronici al III piano dei Granili

Fino al 1834 si ignorava che la scabbia era diffusa da un acaro. La malattia, che affliggeva lo stesso Napoleone e non era considerata invalidante al servizio militare, veniva curata con bagni caldissimi

saponati e frizioni con sostanze aromatiche [la pomata solfo-alcalina di Helmerich fu introdotta solo nel 1813]. La profilassi si limitava alla separazione dei militari affetti dai sani, e già sotto i Borbone esisteva un OM particolare per rognosi e sifilitici, situato al III piano della nuova caserma dei Granili al Ponte della Maddalena. Nel gennaio 1807 il chirurgo in capo dell'armata, Mangin, scrisse al ministro Dumas che era inumano tenere gli scabbiosi nei vecchi locali dei Granili, gravemente lesionati dal recente terremoto, sudici e con finestre senza vetri né imposte, e minacciò di sospendere ogni ricovero se non si prendevano urgenti provvedimenti. I locali furono rabberciati, e con decreto del 2 maggio 1807 fu nuovamente disposta l'apertura al III piano dei Granili di un reparto per venerei, scabbiosi e cronici.

L'ospedale stagionale di Casamicciola per le cure termali

Nel giugno 1806, su richiesta di Savaresi all'ordinatore in capo, fu accordata ai militari delle due Armate la cura delle acque minerali presso lo stabilimento termale di Casamicciola (Ischia), edificato nel 1607 dal Pio Monte della Misericordia per gli infermi poveri della capitale. L'edificio, distrutto dal famoso terremoto del 28 luglio 1883, era situato presso le sorgenti del Gurgitiello. Ai militari era riservata un'ala con 50 letti, in funzione dal 15 giugno fino al 15-20 settembre, cioè nel periodo della cura dei bagni, che terminava con le prime piogge dell'equinozio d'autunno. Secondo Savaresi, il primario dello stabilimento civile, dottor Gaetano Monti, riconosceva che i bagni non erano efficaci contro le escrescenze ossee da sifilide, se non dopo somministrazioni cutanee o orali di mercurio. Savaresi non cita però Nicola Andria, allora docente di medicina teorica, ma autore di un famoso trattato sulle acque minerali d'Ischia, pubblicato nel 1775 e, con accrescimenti, nel 1783 (Migliaccio).

Il deposito dei convalescenti

Il 31 agosto 1806 Napoleone aveva ordinato di creare un deposito di convalescenza a Napoli, e a fine ottobre ne era stato nominato direttore il tenente colonnello Ancin. Il deposito, inizialmente messo nella Certosa di San Martino, fu però sfrattato nel gennaio 1807 per far posto alla casa degl'invalidi, e, scartate altre possibili collocazioni (in particolare a Sant'Agostino agli Scalzi, che però era già stato venduto a riscatto del debito pubblico), poté essere riaperto solo nel 1808 in una casa privata affittata ai Gradini Brancaccio, dove rimase sino al 1815.

Il nuovo ospedale militare della Trinità

Subito dopo l'occupazione di Napoli, i francesi furono ricoverati nei vari ospedali della città, incluso il vecchio e fatiscente OM di San Giacomo degli Spagnoli (da 200 posti letto), che però dovette essere subito evacuato per il pessimo stato e il rischio di crolli. Dopo varie proteste per il cattivo trattamento dei francesi negli ospedali civili, gli US in capo proposero di creare un nuovo OM. Dopo un sopralluogo insieme al commissario generale Arcambal, scelsero il convento francescano femminile della Trinità e il 15 marzo richiesero la requisizione al ministro dell'interno Miot, «attendu que l'insalubrité de nos hôpitaux actuels exige impérieusement cette mesure afin de prevenir les funestes effets de la contagion». Savaresi definiva il convento "superbo", ma in realtà l'edificio risultò insufficiente e bisognoso di continui lavori: il che venne ovviamente attribuito alla maledizione lanciata dall'ultima badessa, suor Cecilia Tranfo, che gli usurpatori non potessero mai trovar pace tra quelle sacre mura. Furono comunque eseguiti i lavori più urgenti, inclusa la costruzione delle latrine.

All'OM, in funzione già da aprile con una capienza di 1.200 posti letto, furono destinati i medici Marcellini e Renoult: in agosto Marcellini fu trasferito a Cosenza, ma il numero dei medici fu elevato a 3 commissionati e 2 requisiti. L'emergenza dell'estate, con un picco di 3.200 malati, costrinse a ripristinare temporaneamente anche gli OM di San Giovanni (400 posti e 2 medici requisiti) e dei Granili (600 e 3). Savaresi ordinò inoltre ai medici della Trinità di visitare 2 volte a settimana le carceri dei castelli e inviare subito i malati in ospedale. Secondo Savaresi in tutti i nosocomi di Napoli le latrine, mal costruite e prive di porte, infettavano le sale. I grandi finestroni, appena riparati da graticciate di legno e tende, le esponevano alla calura, all'umidità e al freddo notturno. I lavori interni richiesti dai sanitari per assicurare la ventilazione, facilitare le comunicazioni e ingrandire le sale con i corridoi stretti e le camerette anguste, erano trascurati, mentre c'erano sale da bagno cominciate e non finite.

Il 22 dicembre 1806 furono stanziati 2.000 ducati per allestire 8 camere per ufficiali malati al piano superiore dell'ex-refettorio delle monache, dove furono costruiti anche tre pilastri di sostegno dei muri divisori. Inizialmente la chiesa fu chiusa per evitare danni alle opere d'arte, ma a seguito del trasferimento del reparto ufficiali nel coro, il 4 aprile 1808 Arcambal ne richiese l'imbiancatura a norma di regolamento, con la raschiatura delle pareti fino all'altezza di 6 piedi (m. 1,95). Il lavoro iniziò il 9 giugno, provocando la perdita di gran parte degli affreschi del Siciliano (quelli della volta, che era stata solo imbiancata, furono tuttavia riportati alla luce dopo la restaurazione).

La commissione per l'edilizia sanitaria militare nella capitale

Come abbiamo visto nel paragrafo sul casermaggio, con decreto del 30 giugno 1807 l'edilizia militare era stata attribuita al corpo del genio, incaricato di accertare lo stato di tutti gli edifici militari, inclusi gli OM. Risultò che il S. Giovanni e la Trinità, di 5-600 posti letti ciascuno, erano insufficienti e troppo angusti, mentre era opportuno recuperare il III piano dei Granili per ingrandire la caserma delle truppe di passaggio. Per studiare le varie soluzioni, il ministro Saliceti nominò una commissione mista consultiva, presieduta dal direttore delle fortificazioni (colonnello Carlo d'Hautpoul) e composta dal commissario di guerra Luigi Dufour, dagli US in capo (Savaresi, Mangin, Saxe), dal direttore generale degli OM (Leloir) e dal direttore dei lavori (capitano del genio Châtelain). Scartati i progetti di ampliamento dei 2 OM esistenti e quelli di ripristino dei vecchi OM borbonici di S. Giacomo degli Spagnoli (giudicato non idoneo per i malati contagiosi trovandosi al centro della città e avendo una scala in comune con la banca sottostante) e di Sant'Orsola a Chiaia (adibito a caserma e capace di soli 120 posti letto), l'alternativa era di creare un terzo OM succursale in un nuovo convento requisito oppure riunire tutti i reparti ospedalieri in un edificio più ampio. Fu valutato a tale scopo il Reclusorio (sede del Real Albergo dei Poveri): la commissione lo visitò nel gennaio 1808 e, dietro sopralluogo del 29 marzo, stimò un preventivo di 35.000 ducati per un OM da 3.000 posti letto.

Il generale Campredon si pronunciò a favore della seconda ipotesi, accolta anche da Arcambal e Saliceti, che, dopo nuovo sopralluogo, presentarono al re un progetto di decreto. Il re tuttavia lo bocciò, annotandovi di suo pugno «ajourné jusqu'à ce que le ministre Miot aie fait ses observations» e, ormai in partenza con Miot per la Spagna, respinse anche le successive varianti proposte da Campredon.

L'Ospedale della Guardia Reale all'Infrascata

Già nel 1807 si era pensato di destinare la Casa dei Padri Teatini a Pizzofalcone (detta Santa Maria degli Angeli) a ospedale particolare della guardia reale, ma il progetto fu archiviato col trasferimento di una metà degli effettivi in Spagna. A scopo di economia, il 29 settembre 1808 Murat soppresse vari OM di provincia disponendo il ricovero dei militari in sale riservate degli ospedali civili. Fu soppresso pure l'OM dei Granili, accordando un termine di tre mesi per il trasferimento dei degenti in reparti separati dei due OM maggiori, sia per dare il tempo di

attrezzarli, sia per consentire la dimissione "per guarigione" della maggior parte dei rognosi.

Abbandonato definitivamente il progetto della riunione di tutti gli OM al Reclusorio, Campredon riprese quello dell'OM succursale, da utilizzare sia per le emergenze sia come deposito di convalescenza. Il 3 dicembre propose al ministro il convento delle carmelitane del SS. Sacramento all'Infrascata [fondato nel 1646 e soppresso il 31 marzo 1808, era situato al N. 288 dell'attuale via Salvator Rosa nel quartiere della Cesarea], sostenendo che la spesa per riattarlo sarebbe stata modesta, mentre si sarebbe recuperata la pigione pagata per il locale affittato alla Rampa Brancaccio. Inizialmente Saliceti archiviò la proposta, ma il re, infervorato nel potenziamento della guardia reale, maturò l'idea di dotarla di un ospedale particolare, e nel gennaio 1809 l'Infrascata fu destinata a tale scopo. Secondo il decreto del 1° ottobre 1810, l'ospedale della guardia includeva 68 addetti, di cui 9 ufficiali (un medico, 4 chirurghi e 4 farmacisti di tre classi), 18 impiegati (il direttore, 1, 2 e 3 impiegati delle tre classi e 11 sottoimpiegati) e 41 infermieri incluso un capo, mentre altri 18 chirurghi erano assegnati ai reggimenti (ciascuno con maggiore, aiutante e sottoaiutante). Non fu invece approvata l'istituzione di un'ambulanza permanente con un foriere e 18 carrettieri.

L'Ospedale della Marina a Piedigrotta

Nel 1793 i locali demaniali di Piedigrotta, usati per oltre un secolo dalla marina come ospedale dei forzati, furono ampliati e attrezzati come ospedale per i tisici. Ampliato ulteriormente nel 1804 con l'acquisto di una casa attigua, l'edificio fu destinato a infermeria ufficiali e sede del consiglio di sanità, e, nell'ottobre 1809, fu di nuovo assegnato alla marina per impiantarvi un OM da 300 posti letto, oltre all'infermeria ufficiali e ai locali per gli uffici e i servizi. Nel gennaio 1810 il ministro Daure decise tuttavia il trasferimento dell'OM della marina a San Giovanni a Carbonara, confermando il provvedimento nonostante le proteste della marina e una perizia tecnica di Costanzo sui locali del S. Giovanni, bassi, poco ventilati, umidi, non idonei alla guarigione dalle ferite e distanti dallo scalo marittimo. Il 16 maggio 1810 l'OM di San Giovanni a Carbonara fu preso in consegna dalla marina e i malati dell'esercito furono tutti trasferiti alla Trinità entro il 15 giugno, senza neppure attendere il completamento dei lavori di ampliamento. In seguito, poiché lo spazio superava le esigenze della marina, parte dell'OM fu restituita all'esercito per reparti sussidiari d'emergenza, e infine, nel 1813, l'OM della marina fu definitivamente trasferito a

Piedigrotta, dove fu insediata, dopo l'unità, l'infermeria della regia marina italiana. La marina aveva un ospedale anche a Castellammare, e nel 1810 spedì in Calabria una propria ambulanza.

Il potenziamento della Trinità

Il 15 settembre 1810 il dottor Picas, medico primario della Trinità, chiedeva al commissario di guerra Flandin, incaricato degli OM di Napoli, il trasferimento della 2a divisione medicina nei locali sopra il refettorio inizialmente occupati dal reparto ufficiali, per le intollerabili condizioni igieniche della sala dei granai, esposta alle esalazioni fetide dei condotti delle latrine e della terrazza costruita nel 1809, coperta di ogni tipo di rifiuti gettati dai piani superiori e di pozze in cui ristagnavano le orine; lo stesso pavimento, acciottolato, era talmente sconnesso che non si potevano lavare gli sputi e le immondizie. La richiesta fu accolta, ma il trasferimento della 2a divisione medicina ebbe luogo solo molto tempo dopo, previo abbattimento dei muri divisori eretti nel 1807 nell'ex-refettorio: inoltre furono rifatti sia il pavimento che il terrazzo del granaio e costruiti dei ventilatori nella sala dei santi, mentre il reparto ufficiali fu trasferito in un nuovo locale con sala convegno e giardino riservato. Con disposizione del 30 novembre, Campredon ordinò di alienare i marmi del Fanzago che ornavano le fontane del convento e che erano stati depositati nel magazzino dell'ospedale. Le alte mura che toglievano aria e luce all'edificio, non impedirono che nel settembre 1811 12 malati fuggissero da una finestra prospiciente una terrazza. Si decise allora di abbassare le mura di cinta e sostituirle con cancellate. Tutti questi lavori furono controllati da Francesco Costanzo, nuovo direttore delle fortificazioni a Napoli: Flandin lo aveva in astio, giudicandolo «avaro e ignorante d'ogni più elementare nozione d'ingegneria sanitaria». Alla Trinità fu collocato inizialmente anche il magazzino principale dei medicamenti, trasferito però nel febbraio 1812 nella caserma di Monteoliveto.

Tab. 307 – Mortalità nell'ospedale militare della Trinità a Napoli

Mesi	1808	1809	1810	1811	1812	1813	Media
Gennaio	..	33	43	58	30	44	41.6
Febbraio	..	24	53	85	33	32	45.4
Marzo	..	20	53	85	44	30	46.4
Aprile	39	..	56	47	39	39	44.0
Maggio	33	18	37	51	22	38	38.7
Giugno	29	24	28	25	28	33	27.8
Luglio	28	101	39	39	37	34	46.3
Agosto	49	101	35	37	39	28	48.2
Settembre	43	52	29	62	47	44	46.2
Ottobre	52	45	31	37	37	..	40.4
Novembre	31	50	32	17	41	..	34.2
Dicembre	28	40	51	39	33	..	38.2
TOTALE	332+	508+	487	582	430	322+	41.45

Da tali dati si può stimare che in sette anni (1808-14) siano morti, solo all'OM della Trinità, circa 3.500 militari.

Fino al marzo 1811 la parte maggiore dei morti sono esteri (lo sono tutti quelli d. Gendarmeria) Dall'aprile 1811 i nazionali salgono alla metà fino ad arrivare alla quasi totalità. Tra i morti ci sono anche alcuni prigionieri di guerra o detenuti a Castel dell'Ovo, e una decina di infermieri e infermieri maggiori. Come causa di morte è indicata quasi esclusivamente la "febbre", ma vi sono anche qualche caso di morte per caduta o incidente e 2 suicidi. Tra i morti del 1808 figurano anche delle guardie reali, tutte estere: in seguito non compaiono più, perché le guardie erano ricoverate nel loro OM dell'Infrascata.

Tab. 308 – I medici dell'Armée de Naples nel 1806-07(Savaresi)

Nominativi	Arrivo	Assegnazione
Aster (MO)	Inizio sett. 06	Non specificata
Bagneris (MO)	US in capo del C. O. in Puglia	Sostituito da Savaresi nell'ott. 1805 e ricov. a Bologna per reumatismo acuto, in dic. all'OMP di Bologna, nel genn. 1806 all'OMT di Spoleto, in marzo all'OMT di Reggio C. Prigioniero in lug. a Messina, a fine ago. conduce a Genova i malati francesi rilasciati dagl'inglesi. A Napoli fino al genn. 1807, quando è nom. US in capo dell'*Armée de Dalmatie*.
Berthollet (MO)	Agosto 1806	OM Taranto
Boni (MO)	C. O. in Puglia	OMT Pescara (nov. 05) – OMT Padova
Breugne	C. O. in Puglia	OMT Ancona (nov. 05) – Ambulanza a Spoleto (genn. 1806) – OMT Monteleone (marzo) – Prigioniero a Messina (luglio) – Trasporto malati e feriti francesi a Genova (fine agosto) – a disposizione dell'*Armée de Naples*
Castellini (MR) (romano)	Gennaio 1806	Già in servizio con l'*Armée d'Italie* – Direttore dell'OMT di Roma
Chavassieu-D'Audebert M.	Primi di settembre 1806	Non specificato [laureato il 13 aprile 1804 a Parigi con una tesi sull'epizoozia]
Collet-Maygret	C. O. in Puglia	OMT di Ancona (dic. 1805) poi a Bologna
Colonna di Leca Carlo (MR, corso)	Agosto (?) 1806	OMT di Monteleone. Ammalato gravemente di tifo con rischio di vita. Poi all'OMP Trinità
Damiros (MA)	Primi nov. 06	Non specificata
Donati	Marzo 1806	OMT di Andria
Grasso (MR)	?	OMT di San Lorenzo di Padula
Marcellini	C. O. in Puglia	OMT di Padova – OMP della Trinità (NA) – OM Cosenza (agosto-dicembre 1806)
Milon	Aprile 1806	OMT di Cosenza (aprile – luglio 1806)
Moulin	Agosto 1806	OMT di Taranto
Picas (o Picart)	Dicembre 1806	OMP dei Granili (NA)
Renoult	C. O. in Puglia	OMT Pesaro (dic. 05) – OMT Terni (gen. 06) – OMP della Trinità (NA)
Saturnini	*Armée d'Italie*	di rinforzo all'OMT Padova (dicembre 1805)
Savaresi	Fine Ott. 1806	US in capo dell'*A. de Naples* fino marzo 1807
Sigault	Primi sett. 06	Non specificata
Vène	Aprile 1806	OMT di Salerno – OMT S. Lorenzo di Padula

C. O. = corpo d'occupazione francese in Puglia (Saint Cyr). MA = medico aggiunto. MO = medico ordinario. MR = medico requisito. OMP = ospedale militare permanente. OMT = ospedale militare temporaneo (di evacuazione).

Appendice 2

Il regolamento sugli ospedali militari (decreto N. 206 del 26 luglio 1807)

Il decreto, farraginoso e zeppo di ripetizioni, alternava alle norme vere e proprie semplici esortazioni morali, per un totale di ben 365 articoli e 36 titoli, con intestazioni talora confuse che abbiamo modificato per rendere più intelligibile il contenuto. I Stabilimento e destinazione degli ospedali militari (1-4). II Scelta dei siti e distribuzione interna (5-11). III Biancheria e utensili (12-18). IV Degli ospedali ambulanti (19-23). V Ricevimento e congedo dei malati e feriti (24-43). VI Trasporto dei malati e feriti da un OM ad un altro (44-59). VII Sifilitici e rognosi (60-72). VIII Ospedali vicini alle acque minerali (73-80). IX Ospedali civili (81-82). X Ufficiali di sanità e loro nomina (83-89). XI Ufficiale di sanità in capo dell'Armata (90-98). XII Ufficiali di sanità incaricati del servizio negli OM permanenti e temporanei (99-110). XIII Medici (111-115). XIV Cerusici (116-133). XV Speziali (134-147). XVI Delle spezierie (148-157). XVII Magazzino generale dei medicamenti (160-163). XVIII Infermieri (164-172). XIX Visita e cura degli ammalati e feriti (173-201). XX Alimenti e distribuzioni (202-233). XXI Cambio della biancheria (234-236). XXII L'Ispettore generale (137-243). Economi degli ospedali ambulanti (244-246). Impiegati del governo e degli appaltatori (247-259). XXV Doveri degli economi e impiegati (260-264). XXVI Magazzino principale degli effetti d'ospedale (265-282). XXVII Equipaggi degli ospedali ambulanti e vetture da trasporto (283-285). XXVIII Pagamento delle spese (286). XXIX Contabilità (287-290). XXX Soldi, trattamenti e razioni (292-301). XXXI Dell'alta polizia degli ospedali (302-306). XXXII Della polizia particolare e interna (307-339). XXXIII Igiene e sicurezza dei locali (326-339). XXXIV I portinai (340-348). XXXV Testamenti ed esequie (341-363). XXXVI Uniforme degli ufficiali di sanità (364). Disposizioni finali (365).

L'ispettore generale e la classificazione degli ospedali militari

Ai fini amministrativi e disciplinari i servizi sanitari dipendevano dall'intendenza militare, ma erano sotto il controllo di un ispettore generale degli ospedali militari (OM), equiparato agli US capiservizio ed incaricato di vigilare sul buon ordine e l'economia del servizio, proporre i miglioramenti e presentare al ministro le proposte di nomina e di organizzazione del personale amministrativo degli OM e del servizio presso l'armata, nonché il quadro mensile dei fondi occorrenti. Doveva inoltre redigere un quadro annuale dei fabbisogni (calcolati per 1/5 della forza effettiva), verificare e liquidare i conti e proporre le misure di rigore, gli indennizzi e gli avanzamenti.

Gli OM erano classificati in permanenti [3 a Napoli e 9 a Capua, Gaeta, Pescara, Andria, Taranto, Salerno, Castrovillari, Cosenza e

Monteleone], ambulanti al seguito delle truppe e temporanei (depositi di retrovia). Presso gli OM permanenti e temporanei erano previste corsie separate per sifilitici e rognosi e depositi di convalescenza (comandati da capibattaglione o capitani). Erano inoltre previsti OM stagionali, dal 15 maggio al 1° ottobre, per la cura delle acque termali (a Ischia e Castellammare), nonché il ricovero presso ospedali civili (rimborsati con indennità determinate in ragione della località e del servizio prestato). La soppressione degli OM permanenti era riservata al ministro, dei temporanei all'intendente dell'armata (poi ordinatore) su parere dell'ispettore generale degli OM dell'armata e degli US in capo.

L'organizzazione sanitaria dell'Armata di campagna

Tutti i medici, cerusici e speziali assegnati all'armata di campagna erano subordinati ai rispettivi capiservizio, aggregati al quartier generale e, se necessario, coadiuvati da US principali. I tre US in capo, equiparati a colonnelli, erano incaricati della profilassi e della situazione sanitaria generale dell'armata. Ogni mese rendevano conto all'intendente (poi all'ordinatore) della situazione dei rispettivi servizi e dei movimenti degli OM ambulanti e fissi, e ogni trimestre della condotta del personale subordinato, per l'inoltro al ministro con proposte di promozione o ricompensa. Il medico in capo controllava la regolarità del servizio e la natura delle malattie e delle cure e disponeva le misure di profilassi. Il cerusico in capo assisteva alle operazioni più difficili o le eseguiva di persona, visitava gli OM dell'armata, vigilava sul materiale delle ambulanze e lo faceva completare dall'intendente e dava lezioni di anatomia con dissezioni di cadaveri.

Le ambulanze erano dotate di materiale di medicazione, barelle, viveri d'emergenza (pane, brodo, vino e acquavite) e marmitta. Il servizio di trasporto era assicurato, a richiesta dell'intendente, dalla ditta appaltatrice dei convogli militari o, in mancanza, dai comuni, con cassoni per il materiale, e vetture coperte e imbottite di paglia per i feriti e malati. Se trasportabili e non in pericolo di vita, questi ultimi dovevano essere dimessi (con biglietto di "congedo") entro 24 ore ed evacuati di deposito in deposito, a piedi o – su prescrizione sanitaria – con vetture, con obbligo dei conduttori di non abbandonare il veicolo. I convogli erano accompagnati da un cerusico con la lista nominale e i fogli individuali delle visite, un commesso, gl'infermieri necessari e una guardia per impedire ad estranei di intrufolarsi e ai trasferiti di allontanarsi dal convoglio o assumere alimenti dannosi. Alla partenza e all'arrivo in ciascuna tappa era fatto l'appello. I movimenti degli

ospedali erano notificati almeno ogni 2 settimane dal sottointendente all'intendente divisionale.

Diversamente dagli OM fissi, l'ambulanza era amministrata dallo stesso economo, sotto la vigilanza immediata dell'ispettore generale e dell'intendente (poi ordinatore), al quale rendeva conto mensile dei movimenti di denaro, derrate, effetti, medele e medicamenti e dei giorni di degenza. L'economo era responsabile dei fondi e delle merci e poteva fare acquisti solo su regolare autorizzazione. Le minute spese e quelle per il vitto leggero erano a carico della massa d'ospedale dei corpi, mentre il resto delle forniture era assicurato dai magazzini militari. L'economo svolgeva infine anche le funzioni di commesso all'entrata, avvalendosi del distaccamento di infermieri.

L'ambulanza poteva articolarsi in divisioni e sezioni distaccate presso i corpi separati. Negli assedi il cerusico in capo formava una divisione di 6 chirurghi (uno di I classe capodivisione, uno di II aiutante e 4 di III sottoaiutanti) per il servizio di trincea, cambiati ogni 24 ore insieme ai travagliatori. Nei giorni di battaglia riuniva presso il QG l'ambulanza e tutti i cerusici non assolutamente necessari negli OM fissi ed eventualmente anche quelli dei corpi, distaccandoli nei punti ove il combattimento appariva più vivo. Lo speziale restava presso il cassone di spezieria per porre riparo ad ogni evenienza.

Dopo la battaglia l'intendente disponeva la ricerca e l'inumazione dei cadaveri. Nei terreni troppo umidi o troppo caldi i cadaveri dovevano essere coperti con uno strato di calce viva, oppure bruciati. Nei 4 giorni successivi ogni corpo inviava un ufficiale a riconoscere i feriti ricoverati nei vari OM. Il soccorso era prestato anche ai prigionieri nemici. Se i malati e feriti dovevano essere abbandonati al nemico, restava con loro un cerusico con scorta di medicamenti, del cui impiego doveva rendere conto al rientro dalla prigionia.

Amministrazione e impiegati degli ospedali fissi

Il personale dell'OM era sotto gli ordini e l'ispezione dell'ispettore generale e del sottointendente (poi commissario di guerra) incaricati rispettivamente dei servizi sanitario e amministrativo, ma anche il comandante di piazza doveva compiere ispezioni, specialmente a sorpresa e notturne. Gl'impiegati, nominati dal ministro su proposta dell'ispettore generale, erano l'economo, il magazziniere dei mobili, il commesso all'entrata e i dispensieri, i primi due equiparati a US di I classe (capobattaglione), il terzo a US di II (capitano), gli altri a US di III (tenenti). L'economo aveva in custodia gli effetti dei ricoverati e

provvedeva alla distribuzione del vitto e del corredo, alla pulizia e al cambio dei materassi e della biancheria; il commesso all'entrata registrava i movimenti, annotava gli effetti sul dorso dei biglietti di entrata, rilasciava quelli di uscita datati e vistati dal medico che aveva effettuato l'ultima visita, conservava le scritture, redigeva gli stati trimestrali dei ricoverati e delle giornate di degenza e lo stato mensile dei morti, comunicava i decessi all'ufficiale di stato civile del comune e spediva alle famiglie (e mensilmente ai corpi) le fedi di sepoltura. Era previsto un commesso d'entrata anche presso i depositi di convalescenza.

Gli artt. 73-80 del regolamento sugli alloggi militari (decreto N. 175 del 30 giugno 1807) equiparavano gli US ai corrispondenti gradi della linea, con diritto all'alloggio in natura nel recinto dell'OM o all'indennità rappresentativa. Inoltre attribuivano all'economo tre stanze per alloggio e ufficio, più una quarta per un aiutante negli ospedali con oltre 1.200 degenti. Spettavano inoltre due stanze al commesso all'entrata e una al portinaio, al cuciniere e (in comune) agli infermieri maggiori. L'OM dovevano avere inoltre una camera per l'US di guardia, un locale per il corpo di guardia e una camera grande per il consiglio d'amministrazione.

Gli approvvigionamenti di mobili e medicinali erano fatti tramite i due magazzini centrali di Napoli. Le forniture erano gestite mediante due distinti appalti, uno del vitto e medicinali e uno dei mobili: entrambi gli appaltatori mantenevano propri impiegati presso i vari OM, soggetti alla stessa gerarchia e disciplina degli impiegati del governo. Il magazzino principale degli effetti degli OM, stabilito a Napoli, era approvvigionato dall'appaltatore dei mobili degli OM, il quale doveva mantenere sempre al completo le scorte, custodite in balle, casse e botti sigillate e con etichette indicanti il contenuto. Al magazzino erano inoltre versati i mobili degli OM soppressi. La ripartizione dei mobili tra i vari OM era disposta dall'intendente su richiesta dell'ispettore generale. La biancheria da medicazione era ispezionata dal cerusico in capo; l'intendente assisteva insieme al magazziniere principale (equiparato ad US di prima classe) alla consegna del materiale, verificando quantità e qualità e vistando il verbale di consegna e il registro di carico e scarico. Presso ogni OM esistevano magazzini degli effetti di dotazione e dei sacchi dei ricoverati.

Organizzazione del servizio farmaceutico (artt. 134-163)

Gli speziali erano sotto gli ordini dello speziale in capo, dal quale dipendevano anche il laboratorio e il magazzino dei medicamenti di

Napoli. Quest'ultimo, custodito da uno speziale di prima classe, doveva approvvigionare le spezierie degli OM e mantenere scorte per tre mesi e scorte particolari per le ambulanze. Droghe e medicamenti, a carico del governo, erano somministrati dall'appaltatore del vitto per gli ospedali. Il custode verbalizzava la presa in carico, registrava i movimenti e trasmetteva lo stato di situazione mensile all'ispettore generale e i rendiconti allo speziale in capo.

Gli speziali non potevano essere impiegati in OM situati nello stesso comune in cui possedevano una spezieria e in ogni modo non potevano fare acquisti di medicamenti neppure per appalto. Erano tenuti ad assicurare una guardia permanente (anche notturna) alla spezieria, a somministrare i medicamenti un'ora prima della visita del mattino, ad assistere alla visita per segnare le prescrizioni su apposito quaderno nonché all'assunzione dei medicamenti da parte del malato per evitare errori e segnalare coloro che rifiutassero la cura.

Lo speziale in capo ispezionava le spezierie degli OM, controllando che fossero situate in luogo illuminato, asciutto e comodo al centro dell'edificio e munite di laboratorio, tisaneria, giardino botanico, granaio e cantina. Negli OM temporanei l'attrezzatura era ridotta a semplici scansie. Vasi, scatole e bocce di cristallo dovevano essere disposti in ordine con etichette indicanti il contenuto e la data di preparazione dei composti, con rinnovo periodico delle droghe soggette ad alterazione e controllo frequente della stagnatura dei vasi di rame. Era vietato sostituire una medicina mancante con un'altra, mentre si doveva darne avviso all'US che l'aveva prescritto. Gli utensili di spezieria potevano essere impiegati solo per il servizio specifico e dovevano essere accuratamente puliti dopo l'uso. I medicamenti semplici e composti dovevano essere impiegati solo per la cura dei malati, con divieto di impiegare per scopo alimentare le dotazioni di vino, acquavite, zucchero, miele, latte.

Letti, biancheria, stoviglie, vitto, denaro ed effetti dei degenti

Il regolamento vietava di deporre i degenti per terra, consentendo al massimo, in caso di emergenza, l'uso di paglia o tavole isolanti. Negli OM temporanei il letto era una semplice tavola su cavalletto, in quelli permanenti in una lettiera a due piazze di cm 132x198 e 53 d'altezza, con sacconi pieni di 22-27 kg di paglia, materasso per due terzi o metà di lana e il resto di crine, capezzale con 16 kg di lana o crini, 3 lenzuoli (di m. 2,63x2,11) e 1 coperta di lana (2 d'inverno) della stessa dimensione. L'US assistente poteva prescrivere il letto singolo (93x198 cm, con coperte e lenzuola di m. 2,37x1,58). Da notare che la legge francese sul

servizio di sanità del 3 ventoso II (21 febbraio 1794) garantiva a tutti i militari in ospedale il letto singolo con distanze minime di 80 cm (tit. I, sez. VI, art. III).

Il corredo consisteva in 3 camicie di 106 cm sul dorso e 86 davanti (con una camicia aperta per feriti ogni 25 in dotazione all'ospedale), 3 berrette da notte di cui 2 di lana a maglia, un cappotto di panno ordinario o droghetto. Ai rognosi e sifilitici erano dati inoltre pantaloni di tela bigia cambiati ogni 10 giorni. L'ospedale aveva grembiali di tela bianca per cerusici e di tela colorata per speziali e gabbani di tela bruna per ogni medico e cerusico.

Ogni degente aveva piatto, scodella, brocca per bevande, brocca per tisane e orinale. La porzione di vitto ordinario – identica per i degenti e il personale – era di 430 gr di carne fresca (due terzi di bue e un terzo di vitello o castrato), ridotta a 242 di carne lessa senz'osso, 645 di pane, sale, aceto e 0,36 lt di vino bianco o rosso di buona qualità e possibilmente invecchiato. Su prescrizione medica la razione poteva essere ridotta (anche per punizione) a tre quarti, metà o un quarto, o sostituita con brodo vegetale allungato, o "alimenti straordinari detti leggeri" (uova da bere, 54 gr di susine, 40 di riso in brodo, 0,18 lt di latte, pancotto o polenta con 27 gr di pane o farina). Il vitto per gli ufficiali, cucinato in marmitte separate, includeva volatili, erbe, composte di frutta e alimenti leggeri con zucchero.

Pane e carne erano pesati la sera prima a ragione di mezza libbra (180 gr) di carne per degente, infermiere e fantesca, alla presenza del sergente di piantone. La carne, custodita sottochiave nella cucina guardata da una sentinella, era poi cotta con verdure e con un litro e mezzo d'acqua per porzione. La distribuzione era fatta alle 10 del mattino e alle 4 di sera, alternando ogni giorno la corsia iniziale del giro, previo assaggio del cerusico in capo. Infermieri e fantesche mangiavano dopo i degenti e qualora le porzioni fossero insufficienti, erano sostituite da uova o altro cibo. I malati erano costantemente vigilati per evitare che assumessero alimenti non prescritti. Era perciò vietato introdurre nell'ospedale cibi o bevande, oltre che portarne fuori: il portiere faceva perquisire i sospetti dalla sentinella e tratteneva per sé i generi confiscati.

Al momento dell'accettazione, il commesso all'entrata annotava, sia sul dorso del biglietto d'entrata che sull'apposito registro, denaro, armi, vestiario ed effetti del malato, che venivano presi in consegna dall'economo, etichettati col nome del malato e il giorno d'entrata, custoditi in un magazzino particolare (detto dei sacchi dei malati) e riconsegnati all'uscita (o, in caso di decesso, al corpo di appartenenza o agli eredi): la biancheria doveva essere riconsegnata lavata.

L'assistenza sanitaria e il personale infermieristico

I militari inviati all'OM dal corpo di appartenenza erano visitati dal medico di guardia, il quale dava avviso all'US del corpo qualora ne trovasse uno sano. Il medico di guardia classificava i nuovi arrivati in 4 categorie: febbricitanti, feriti, sifilitici e rognosi, avviandoli alle rispettive corsie. I letti dovevano essere numerati per impedire errori nella somministrazione delle cure. I cerusici di guardia (due negli OM di oltre 500 e tre in quelli di oltre 900) non potevano uscire dall'OM né spogliarsi o coricarsi durante il loro turno di 24 ore.

Il chirurgo in capo compiva le medicazioni mezz'ora prima della visita quotidiana del medico in capo, che iniziava alle 6 in primavera ed estate e alle 7 in autunno e inverno, e accompagnava il medico per il consulto, insieme ad alcuni chirurghi aiutanti e allo speziale per l'annotazione delle prescrizioni. Quelle di vitto dovevano essere fatte ad alta voce per avvisare il malato. Terminata la visita, le annotazioni prese dai chirurghi e dallo speziale erano confrontate e trasmesse, insieme al riassunto delle prescrizioni di vitto speciale, all'economo incaricato di conservarle.

Gl'infermieri erano ripartiti in due classi, la prima formata dai due infermieri maggiori, dal cuoco, dal portinaio (scelto preferibilmente tra i vecchi militari) e dal primo "giovine" di spezieria, la seconda formata dagli infermieri ordinari (in ragione di uno ogni 12 malati) e dagli aiutanti di cucina e di spezieria. Erano inoltre menzionate "fantesche" o "serve destinate alle cucine". Tutto questo personale era naturalmente avventizio, e perdeva il lavoro con la soppressione dell'OM. Gli infermieri potevano uscire dall'OM solo col permesso scritto dell'economo.

Disposizioni igienico–sanitarie

Le fogne dovevano essere prossime alle corsie, ma sempre isolate e, per quanto possibile, a portata d'acqua. Erano prescritte distanze minime di 79 cm tra i letti doppi e di 66 tra i singoli, aumentate se il soffitto era ad un'altezza inferiore ai 3,43 metri. L'OM doveva disporre di corsie riservate per le malattie contagiose e cancrenose.

La gonorrea semplice era curata in caserma o in tenda. Rognosi e sifilitici erano invece ricoverati e tenuti in corsie separate dalle altre e vigilate da sentinelle per impedire ogni comunicazione. Analoga precauzione era presa al campo: erano alloggiati in tende separate, e, se erano in numero sufficiente, mangiavano insieme all'ordinario:

altrimenti il cibo veniva mandato loro dalle compagnie. Il cerusico dei rognosi e lo speziale vigilavano la temperatura dei bagni e un cerusico assisteva alle frizioni.

Era previsto un tino da bagno ogni 15 sifilitici, o 50 rognosi, o 100 feriti e febbricitanti negli OM temporanei e due tini ogni 100 degenti negli OM permanenti. Erano inoltre previsti zampilletti, sputacchiere, vasi da orina e bacili. La biancheria e le lenzuola erano cambiate ogni 2 settimane, le coltri lavate e i materassi rifatti ogni sei mesi, le vesti lavate prima di essere date ad un altro malato, gli effetti dei deceduti per male contagioso purgati o bruciati. Corsie, cucine, corridoi e acquedotti delle fogne erano imbiancati a calce ogni anno, i tubi dei camini, stufe e fornelli puliti ogni 15 giorni per prevenire incendi. Le lampade erano schermate di notte e dotate di tubi per l'uscita dei fumi nocivi.

Le corsie erano spazzate e arieggiate dagli infermieri tre volte al giorno. Ogni giorno venivano spazzati i corridoi, le scale, i cortili, puliti pentole, scodelle e utensili dei malati, marmitte, casseruole, utensili di spezieria, tini da bagno e fogne e cambiati l'acqua e gli asciugamani nei lavabi (fontane o almeno conche) situati presso le corsie.

In caso di decesso, l'infermiere avvisava l'US di guardia, che, constatata la morte, faceva portare il cadavere all'obitorio. La sepoltura avveniva almeno 24 ore dopo, sempre all'alba, in luoghi lontani dagli ospedali, campi e abitazioni e in fosse di 135 cm subito coperte di terra ben battuta.

Disciplina e polizia

La polizia dell'OM era attribuita al sottointendente (commissario) incaricato, con facoltà d'ispezione improvvisa e notturna e poteri disciplinari nei confronti del personale e dei degenti, inclusa la sospensione dalle funzioni sino a nuovo ordine e l'invio dei malati non in pericolo di vita in camera di correzione e la privazione delle forniture. Il sottintendente rilasciava inoltre i permessi di visita ai degenti, escluse le donne anche parenti. Era vietato introdurre donne, detenere armi o polvere da sparo, giocare a carte o a dadi, suonare e fumare. Era inoltre vietato ai malati entrare nelle cucine e dispense, nei magazzini, nella spezieria e nei frutteti (la cui chiave era custodita dall'economo). I malati erano tenuti alla subordinazione nei confronti di tutto il personale e a "non irritare" e a "trattare con dolcezza" gl'infermieri, salvo il diritto di reclamo all'economo. Gli US erano tenuti a trattare i malati "con dolcezza e umanità".

L'OM era dotato di un corpo di guardia, con sentinelle alla porta principale (sempre aperta ma munita di cancello), alla cucina e alla spezieria e un sergente di piantone alle corsie incaricato di assistere alle visite per assicurare il buon ordine e la subordinazione. Negli OM privi di cortili e giardini, i malati potevano, su prescrizione medica, essere autorizzati a passeggiare all'esterno, sempre accompagnati da una guardia per impedirne la fuga o l'alimentazione indebita.

Le nuove razioni alimentari del 1813-15

Con decreto N. 1991 del 7 dicembre 1813 fu diminuita la quantità di carne che si doveva mettere nella marmitta per i militari trattati negli OM, sull'assunto che quella stabilita dal regolamento eccedeva "di molto" l'effettivo consumo. Il vitto stabilito dal regolamento fu inoltre giudicato "poco analogo a questi climi" e le *Istruzioni sul nuovo metodo alimentare da osservarsi negli ospedali militari a contare dal 1° marzo 1815*, emanate il 1° febbraio dal ministero (2a Div. – 2a sez.), stabilirono un "nuovo sistema di vittitazione". La razione ordinaria per il malato prevedeva 430 gr di pane bianco di frumento ben cotto e lievitato, 162 gr di carne bovina della migliore qualità al netto di pelle, ossa, cartilagini e tendini (per ottenere tali razioni occorreva mettere in marmitta 255 gr per ogni malato e infermiere), 134 gr di minestra (zuppa di pane o riso, farina, semola o pasta bianca della migliore qualità), una caraffa da 645 gr di vino rosso mezza lacrima o altra qualità di buon gusto, chiarificato e senza difetto.

Ai venerei, per castigo, si dava meno pane (solo 287 gr) e solo zuppa di pane bianco. Agli infermieri in salute toccava il pane mero da munizione, anziché il bianco. La dieta speciale poteva essere di brodo di carne mista a gallina (una per 8 razioni), 54 gr di uva passa e 3 biscottini, oppure di zuppa, o "qualche Portogallo o qualche limone, secondo l'ordine dei professori". La gallina lessata forniva 4 porzioni per convalescenti, sostitutive della carne bovina. I sanitari potevano prescrivere eccezionalmente, per mali acuti, frutta di stagione o limonate o aranciate anche ghiacciate e zuccherate, e, in qualche caso limitato, sostituire la zuppa con minestre vegetali o insalata, o integrare il vitto con latte (di capra non gravida, senza spuma e spremuto nell'ospedale in presenza di persona a ciò destinata) purché il costo delle varianti non eccedesse il valore della razione.

Tab. 309 – Personale degli ospedali militari (D. N. 206 del 26 luglio 1807)

Personale addetto	Numero dei degenti				
	50-100	100-200	200-300	300-500	500-700
*A) Ufficiali di salute (art. 102)**					
Medici *	1	1	1-2	1-2	2-6
Cerusico di prima classe (in capo)	1	1	1	1	1
Cerusici di seconda classe	1	1	1	1-2	2
Cerusici di terza classe **	1-2	3-4	4-6	7-10	10-12
Speziale di prima classe (in capo)	-	1	1	1	1
Speziali di seconda classe	1	1	1	1-2	2
Speziali di terza classe	1	1-2	2	4-5	5
B) Impiegati (art. 252)					
Economo (= US I classe)	-	1	1	1	1
Commessi all'entrata (=US II cl.)	1	1	1	1	2
Magazziniere d. effetti d'ospedale	1	1	1	1	1
Magazziniere dei sacchi ammalati	-	-	-	1	1
Dispensieri	2	3	4	5	6
C) Infermieri e fantesche (art. 257)					
Infermieri di I classe capi ***	1	2	2	4	5
Infermieri di I classe cuochi	1	2	2	3	3
Inf. di I cl. 1° giovine di spezieria	-	-	-	1	1
Infermiere di I classe portinaio	1	1	1	1	1
Infermieri di II classe ordinari ***	5	9	15	21	29
Inf. di II classe aiutanti di cucina	-	-	1	1	1
Inf. di II classe aiutanti di spezieria	1	1	1	1	1
Pulitrice di cortili e corridoi	-	-	-	1	1
Pulitrici dei bagni (una ogni sei)	-	-	-	-	-
D) Totale					
Ufficiali di salute	6-7	9-11	11-14	16-25	23-29
Impiegati	4	6	7	9	11
Infermieri e fantesche	9	15	23	34	43
TOTALE	19-20	30-32	41-44	59-68	77-83

* Un medico fino a 200 febbricitanti, 2 fino a 400, 6 fino a 600, 1 per gli OM dei rognosi.
** Un cerusico di terza classe ogni 50 malati oltre i 100. Un solo cerusico ogni 100 rognosi.
*** Un infermiere capo ogni 100 malati e un ordinario ogni 12 (ma in caso di necessità il sottointendente poteva proporre un aumento del numero degli infermieri ordinari).

Appendice 3
L'istruzione per i farmacisti primari (circolare ministeriale del 1° luglio 1808)

Regole di funzionamento del magazzino principale di Napoli

L'istruzione per i farmacisti primari del magazzino principale di Napoli e degli ospedali militari, prevista dagli artt. 13 e 14 del decreto N. 122 del 4 aprile 1808 ed emanata con circolare ministeriale a stampa del 1° luglio 1808 con testo a fronte in italiano e in francese, comprendeva 88 articoli e 14 modelli allegati (inclusa la tariffa dei medicamenti semplici e composti). L'istruzione regolava in dettaglio l'esecuzione delle norme sul servizio farmaceutico già contenute nel regolamento sugli ospedali militari e nel decreto N. 291 del 25 ottobre 1807 sul magazzino di Napoli, in particolare quelle relative alle modalità e alla documentazione e contabilità della presa in consegna di medicinali [forniti dall'appaltatore o ritirati dagli OM soppressi], della loro tenuta e delle spedizioni agli OM [nonché ai depositi dei coscritti, di convalescenza e dei prigionieri per la cura di malattie lievi] dei medicinali semplici e dei composti magistrali preparati nel laboratorio del magazzino. Per i trasferimenti dal magazzino principale alle spezierie degli OM e depositi di Napoli si redigeva un verbale unico di spedizione e consegna (art. 77). Al magazzino erano addetti un farmacista principale nominato dal ministro, un sottoaiutante e due inservienti, il cui salario era incluso tra le minute spese (pulizia, illuminazione, riscaldamento, imballaggi, cancelleria) consentite direttamente al farmacista contabile.

Le incombenze del consiglio di sanità

Le istruzioni disciplinavano inoltre le incombenze del consiglio di sanità relative al servizio farmaceutico militare. In particolare, il consiglio era incaricato di esercitare la vigilanza immediata sulle spezierie militari, la conservazione delle droghe e la preparazione dei composti magistrali (art. 80) e di rimettere al ministro, con due mesi d'anticipo, lo stato del fabbisogno presumibile di medicinali nel semestre successivo (art. 6). Tre membri dovevano inoltre assistere, insieme all'intendente, alla presa in carico dei materiali consegnati dall'appaltatore al magazzino principale (art. 9).

Regole di funzionamento delle spezierie militari (artt. 49-73)

In aggiunta alle norme già stabilite dal regolamento, l'art. 52 dell'istruzione prescriveva di tenere sottochiave le sostanze velenose, come il "sublimato corrosivo" (muriato di mercurio sopra ossigeno), la "pietra infernale" (nitrato d'argento fuso), il "precipitato rosso" (ossido rosso di mercurio), l'emetico (tartaro di potassa antimonica), l'oppio e le cantaridi. La pietra infernale poteva essere consegnato solo al chirurgo primario e dietro particolare ricevuta. In deroga al regolamento, l'istruzione consentiva inoltre al farmacista primario dell'OM l'acquisto diretto, a prezzi di mercato, di alcuni generi elencati in allegato. Inoltre prescriveva agli economi di mettere a disposizione delle spezierie gl'infermieri necessari per il servizio e per la raccolta delle piante, fuori, frutti e radici dell'orto botanico.

Le norme transitorie sul rinnovo dei medicinali (artt. 82-88)

L'istruzione, in vigore retroattivamente dal 1° giugno, disponeva in via transitoria il ritiro di tutti i medicinali in consegna alle spezierie militari, che dovevano essere spediti al magazzino, previo inventario formato dal sottointendente militare incaricato in presenza del farmacista primario, dell'appaltatore o suo delegato e di due periti nominati dalle parti: in caso di pareri discordanti, interveniva un terzo perito nominato dall'intendente provinciale. I generi approvati erano ripresi in carico e liquidati all'appaltatore, restando a suo danno quelli scartati. Gl'inventari di ripresa in carico dovevano essere trasmessi entro il 15 giugno al ministro dell'interno. A tale scopo era aggiunto al personale del magazzino principale, per un solo semestre, un secondo farmacista sottoaiutante (art.. 47).

Droghe e medicamenti in uso*
* elencati nei mod. 5 e 12 dell'Istruzione per i farmacisti primari (circ. 1° luglio 1808)
Medicamenti semplici:
Radici di: Angélique - Ache de Montague – Asperges – Bardane – Bistorte – Calamus aromat – Chicorée – Chiendent – Fenouil – Persil – Fraisier – Fougère mâle – Gentiane – Gingembre – grande Consoude – Guimauve – Ipécacuanha ent., en poudre – Iris de Florence – Jalap entier, en poudre – Oseille – Patience – Poligala de Virginie – Raifort vert et sec – Reglisse entière, en poudre – Rhabarbe exotique entière, en poudre – Rhabarbe indigène, en poudre – Salsepareille – Sassefras entier, rapé – Serpentaire – Scille sèche, en poudre – Squine – Tormentille – Valériane. **Legni e cortecce** di: Douce amère – Garou – Gayae rapé – Canelle de Chine entière, en poudre – Grenade – Orange – Kinkina entier, en poudre – Simarouba – Chêne – Citron. **Foglie** di: Absinthe – Chamoedris – Capillaire du pays, du Canada – Chicorée – Fumeterre – Guimauve – Hysope – Lierre terrestre – Mauve – Melisse – Menthe poivrée sèche, fraîche – Serpelet – Scolopendre – Sarfe – Scordium – Séné – Tabac – Thym – Trefle d'eau sec – Germe

de peuplier – Romarin – Cochléaria frais. **Fior**i di : Arnica – Bouillon blanc – Camomille – Idem, vulgaire – Guimauve – Lavande – Mauve – Pas d'âne – pavot rouge – petite Gentaurée – Pied de chat – Roses rouges – Safran – Idem, en poudre – Tilleul – Surau. **Semi** di : Anis – Cevadille – Coriandre – Fenouil – Foenugrec – Lin entier et en poudre – Moutarde entière et en poudre – orge perlé – Semen contra – Staphisaigre – Psyllium. **Frutti** : Amandes douces – Baies de Genièvre – Bourgeons de sapin – Gerofles – Muscades – Noix de Galle – Tamarin – Têtes de Pavot. **Escrescenze** di : Agavie blanc – Idem, de chêne.
Specie : Améros – Aromatioques – Apéritives – Emollientes – Pectorales – Sudorifiques – Vilnéraires – Astringentes – Anthelmentiques. **Zuccher**i : manne. **Gomme** : Gommes-Resines et Resines – Gomme arabique ent. et en poudre – Aloës – Assa fetida – Ammoniaque – Colophane – Benjoin – Elemi – Galbanum – Myrrhe – Oliban – Opoparax – Poix blanche, noire et resine – Sayapenum – Sang dragon – Scammonée ent. poud. **Balsami naturali** : de Copahu – du Pérou sec, noir, liquide – Styrax liquide – Térébenthine - Idem, cuite – Suc d'Hypocistis. **Oli fissi o grassi** : cire jaune et blanche – d'Hypercium. **Oli volatili o essenziali** : Camphre – de Térébenthine – de Lavande. **Spugne** : communes, fines, préparée à l'eau, à la cire – Mousse de Corse. **Sostanze animali** : Cantaride entière et en poudre – Corne de cerf rapé et calcinée – Yeux d'écrevisses entiers et preparés. **Sostanze minerali** : antimoine – Idem, porphirisé – Argent – Limaille de fer – Manganèse – Mercure.
Medicamenti composti:
Sciroppi : simple – Capillare – Guimauve – Pavot ou discode. **Miele** : Dépuré – Rosat – Oximel – Oximel scillitique. **Vini medicinali** : Amer – Anti-scorbutique – Aromatique – de Kinkina – Scillitique – Martial. **Aceti composti** : Quatre voleurs – Saturne – Scillitique. **Polveri composte** : Anthelmentique – Cathartique purgative – Pour ke diascordium – Pour la thériaque – Tenpérante – Absorbante. **Elettuari e conserve** : Discordium – Thériaque – Conserves de roses. **Pillole** : Cynoglosse – Mercurielles – Savon – Scillitiques – Bols purgatifs et de soufre. **Estratti** : Amer – Cachou – Ciguë – Chicorée – Fumoterre – Genièvre – Opium brut – Extrait d'Opium, de Sureau, de Reglisse, de Trefle d'eau. **Unguenti** : Anti psorique – d'Arcéus – Basilicum – Cérat de Gallien – Citrin – de la Mère – Mercuriel – Onguent gris – Populeum – de Styrux – Pommade oxigenée. **Impiastri** : Agglutinatif – Dyachylum gommé – Diapalme – de Ciguë – Mercuriel de Vigo – de Mucilages – de Savon camphré – Vesicatoire – Scagies emplastiques – Soundes élastiques et à mandrin – Sparadrap. **Tinture** : d'Aloës – de Canelle – de Cantharides – de Jalap – de Myrrhe – de Myrre et d'Aloës – de Kinkina – Collyre de Lanfranc – Laudanum liquide – Teinture de Raifort – de Gentiane – d'Absinthe. **Balsami artificiali**: du Commandeur – de Fioravanti. **Acque distillate** : semplici – di fiori d'arancio – di rose. **Alcoli puri e aromatizzati** : Vino – Melassa semplice et vulneraria - di Cochléar semplice e canforata. **Acidi solforici** : concentrato, nitrato, dolcificato, muriatico, acetoso, tartarico. **Liquori eterei ed eteri** : acido solforico alcolizzato – alcol solforico distillato – eteri: solforico, nitrico, muriatico.
Sali ed altre preparazioni chimiche
Sali e altre preparazioni chimiche : **Acetili** di rame, di piombo cristallizzato, di potassio – **Borato** di soda – **Carbonati** di magnesio, di potassio, d'ammoniaca – **Muriati** d'ammoniaca, d'antimonio, mercuriale sublimato (dolce o corrosivo). – **Nitrati**: d'argento fuso, di mercurio, di potassio – **Ossidi**: di antimonio idro-sulfureo rosso, di piombo semi-vitreo bianco o rosso, di mercurio rosso, di ferro giallo o nero. – **Solfati:** d'allume, d'allume calcinato, di rame, di ferro, di potassio, di magnesio, di soda, di zinco, di mercurio nero o rosso.– **Tartriti**: acidula di potassio, in polvere, di ferro solido. – Sapone medicinale. – Sublimato di zolfo. – Potassio commerciale e caustico. Ammoniaca caustica.
Derrate somministrate dall'economo
Zucchero – Olio fine e olio combustibile – Strutto – Sego – Miele giallo e bianco – Sale marino – Candele – Aceto – Acquavite.

Appendice 4
L'istruzione sulle infermità invalidanti (circolare ministeriale del 10 aprile 1810)

I. Invalidità che davano luogo a riforma su pronuncia dell'intendente provinciale
1. perdita totale della vista. 2. perdita totale del naso. 3. afonia permanente *. 4. sordità completa *. 5. gozzi voluminosi incurabili compromettenti la respirazione. 6. scrofole ulcerate. 7. tisi polmonare confermata (2° e 3° grado). 8. perdita del pene e di entrambi i testicoli. 9. perdita di un arto o della sua mobilità. 10. aneurisma dei tronchi arteriosi principali. 11. curvatura delle ossa lunghe, rachitismo, gibbosità. 12. zoppia ben evidente dovuta a lesione permanente dei muscoli flessori. 13. atrofia d'un membro o marasma con segni di tisichezza e colliquazione.
* = previo controllo di eventuale simulazione.
II. Invalidità che davano luogo a riforma su pronuncia del consiglio di reclutamento
1. grandi lesioni al cranio provenienti da piaghe, depressioni o deformazioni delle ossa con alterazione delle facoltà intellettuali, vertigini, stordimento, assopimento, cefalee, emicranie. 2. perdita dell'occhio destro **. 3. fistole lacrimose incurabili, oftalmie croniche, mollezza delle palpebre. 4. miopia,ambliopia, nittalopia *. 5. deformità del naso tale da ostacolare la respirazione (ozene, ulcere cancrenose delle fosse nasali e del palato, carie delle ossa nasali e polipi incurabili). 6. perdita di incisivi e canini superiori e inferiori, fistola dei seni mascellari, deformazione della mandibola **. 7. fistole salivari e scolo involontario della saliva. 8. difficoltà di deglutizione per paralisi. 9. vizi permanenti e ben manifesti dell'udito e della parola. 10. ulcere o tumori scrofolosi ben evidenti. 11. prominenze o protuberanze ossee della cassa toracica tali da rendere difficile la respirazione e impedire il maneggio delle armi e il trasporto di pesi. 12. tisi di 1° grado, asma decisa ed emottisi. 13. ernie irriducibili. 14. calcoli, arenelle, incontinenza abituale, ritenzione delle urine *. 15. sarcocele, idrocele, varicocele e ritrazione dei testicoli. 16. emorroidi ulcerate, fistole dell'ano, procidenza abituale del retto. 17. perdita del pollice, alluce, indice o di due dita di un arto **. 18. deformità incurabile degli arti, membra o genitali tali da impedire la marcia e l'uso delle armi. 19. varici voluminose e numerose, elefantiasi di Avicenna. 20. cancro e ulcere inveterate incurabili. 21. cicatrici profonde e vistose, non rimarginate e con perdita di sostanza. 22. malattie gravi delle ossa (anchilosi, carie, necrosi, spina vertebrale, tumori ossei o del periostio). 23. malattie cutanee contagiose come tigna, impetigine viva, umida ed estesa, rogna ostinata e complicata, elefantiasi, lebbra. 24. cachessia decisa, scorbutica, glandolosa o altra incurabile e con sintomi evidenti. 25. idropisia incurabile. 26. debolezza estrema di costituzione, magrezza eccessiva in rapporto alla statura. 27. obesità giovanile. 28. podagra, sciatica, dolori artritici e reumatismi cronici. 29. epilessia, convulsioni, paralisi, demenza, mania, imbecillità *. 30. impetigine o erpeti vive e suppuranti nell'inguine e interno delle cosce. 31. scolo dall'orecchio *.
* previo controllo di eventuale simulazione (testimonianza di 10 probi cittadini non parenti e con figli requisiti per la leva e altri accorgimenti, come uso di false lenti nella visita oculistica, fasciatura *capitis reflexa* per 36 ore in caso di otopatie, ecc.). ** inabilitante al servizio nella linea ma non al servizio territoriale.

Appendice 5

Malattie e metodi di cura nel 1806
(da A. Savaresi, *Histoire médicale*)

MALATTIE IN ITALIA	
Descrizione delle malattie	***Indicazione dei mezzi di cura***
OM di Padova *(novembre-dicembre 1805)*	
Pleuriti e polmoniti, infiammazioni e nevriti	Metodo antiflogistico con salassi
"febbri nervose" (tifo): grave, talora comatoso	Canfora, oppio, eteri, vescicatori, china, serpentina
Prigionieri austriaci: dissenterie da astenia	Leggeri stimolanti, nutrimento sano
Legione corsa: dissenterie gravi	Vini anodini, oppio, discordium, tonici gommosi
OM di Foligno e Terni *(gennaio 1806)*	
Febbri intermittenti, catarrali e nervose	Mezzi curativi ordinari, scarsa mortalità
OM di Roma *(febbraio-marzo 1806)*	
Pleuriti, tifo, reumatismi acuti e cronici, pertosse, corizza, diarree mucose	Antiflogistici, salassi leggeri, bevande acidulate o mielate nelle infiammatorie, tonici nelle asteniche I sanitari romani generalmente prescrivono salassi senza riguardo al genere di malattia e alle condizioni del malato
Gastriti "per cause locali"	Risolte con una sola applicazione di tartaro "stibié" (tartrite antimoniata di potassio)
MALATTIE NEGLI OM DI NAPOLI	
Descrizione delle malattie	***Indicazione dei mezzi di cura***
maggio-giugno	
Sporadiche astenie da cause debilitanti; febbri intermittenti di tutti i tipi; dissenterie; febbri gastriche; tifo; ittero idiopatico; ostruzioni intestinali; diarree; idropisie	Febbrifughi, amari, acidi minerali e vegetali, aperitivi, minorativi, saponosi, leggeri astringenti, spasmolitici in genere. China, talora combinata con canfora, oppio, carbonato di potassio, previa purga.
luglio	
Diarree acquose o "colliquatives"	Tartaro stibiato (raccomandato da Sarcone e Cirillo)
Dissenterie sintomatiche da febbri intermitt.	Febbrifughi, antispastici, tonici, emetici, purganti
Febbri intermittenti, tutte da astenia: terzana semplice, doppia, quarta, erratica; divenute a fine mese comatose o "carotiques"	
"Febbri nervose" (tifo): generalmente benigne ma mortali in alcuni casi per complicazioni sopravvenute (marasmi e tisi polmonari)	Acidi minerali, radici di serpentario della Virginia e di valeriana, scorza d'angostura, laudano liquido, ammoniaca, etere solforico, canfora, china, bagni caldi, bevande acidule, buon vino, tinture spiritose, lavaggi tonici o lassativi.
"febbri putride maligne" (atassia) o "*mali moris*", talora accompagnati da coma, ittero, vomito spastico di materia gialla, verde o nera, deiezioni involontarie, depositi critici alle parotidi, emorragia nasale. Simili a quelle di Mantova, Rochefort, Aiguesmortes e delle Paludi Pontine	generalmente mortali, specialmente per trasporto tardivo. I pochi sopravvissuti erano arrivati in tempo per trattamento regolare di china, oppio, eteri, acetite ammoniacale e vini generosi in alte dosi. A **Capua** e **Castellone** di Gaeta le febbri si sono presentate con un spetto terribile che ha fatto temere un'epidemia di febbre gialla.

Segue: MALATTIE NEGLI OM DI NAPOLI	
agosto	
Diarrea intestinale epidemica per 20 giorni tra napoletani e francesi provocata dall'arresto della traspirazione	Dieta, vomitativi, tamarindo, confettura di frutta, gomma arabica, vini, amari, lavaggi addolcenti, creme e gelatine
Diarrea con vermi intestinali in Puglia e Abruzzi	Amari, vermifughi, canfora, bevande acidulate, pozioni oleose e anodine. A Napoli guarigioni in 24-36 ore con dieta, sudorifici e mucillagini
Oftalmia astenica (rende immune da diarrea)	Collirio risolutivo già usato in Egitto da Savaresi
settembre	
Scorbuto di I grado	Buon vino, acidi minerali e vegetali, fritta e legumi freschi, china e bagni caldi
Reumatismi cronici e dolori reumatici	Alleviati con la cura termale a Casamicciola
Scarlattina leggera	Bagni freddi, bevande rinfrescanti
Epatiti, timpanite, tisi polmonare, ittero, tifo semplice, febbri intermittenti di tutti i tipi, varie specie d'idropisia, dissenterie bianche ed ematiche talora seguite da marasma	
MALATTIE NEGLI OM IN CALABRIA	
aprile-giugno	
A **Monteleone**: febbre catarrale da astenia	Efficacissimi gli eccitanti, ma i medici locali e alcuni chirurghi militari provocano decessi con salassi
A **Reggio**: febbre catarrale con imbarazzo delle prime vie respiratorie	Ipecacuana e tartrite antimoniata di potassio, seguita da amari, espettoranti e tonici
"Febbri nervose" de tipo di Huxham e Morton (esito fausto generalmente entro 14 giorni)	Antispasmo e tonici (eteri, tinture spiritose, laudano liquido, vino generoso, valeriana, china)
agosto-settembre	
Febbri intermittenti generali e asteniche, per lo più perniciose	I vomitativi si rivelano nocivi, provocando talora la morte immediata
Febbri intermittenti locali o irritative del tipo studiato da Joseph Frank e Rubbini	Efficaci i vomitativi, amari, china, oppio, corteccia di ciliegio, castagno d'India e quercia, cannella e solfato d'alluminio
Febbri emittenti simili a quelle delle Antille	Mortali
Febbri catarrali, dolori reumatici, bronchiti, diarree ostinate, ittero	
ottobre-novembre	
Diarrea con emaciazione e prostrazione di forze, talora idiopatica, ma spesso a seguito di febbre intermittente e talora con idropisia. Generalmente mortale, colpisce soprattutto la cavalleria e anche in Basilicata e Puglia	Ossido di ferro nero combinato con noce di galla, angostura, oppio, simaruba, vini amari e "chalibés", larghe vescicatorie sull'addome, bagni caldi, lavande gommose, vinose e di china, acqua ragia, balsamo di Copahu, frizioni eccitanti sulla regione vertebrale
Febbri quartane accresciute prodigiosamente, e seguite da ostruzioni della milza e del fegato, ascite, edemi, infiammazione bianca, mali di stomaco, dispepsia, anoressia	Vescicatorie sulla nuca o tra le scapole, polvere di noce di galla, sola o con muriato d'ammoniaca o di mercurio dolce, ossido di ferro nero, 15-16 grani l dì di oppio, vini chalibés mescolato con laudano liquido
Febbri catarrali, bronchiti, dolori reumatici	
In Puglia anche tisi polmonare semplice o tubercolosa, anche fra i civili. Non contagiosa, scoppiata a fine estate a seguito di emottisi, tifo o dissenteria	

Pagina bianca