

2022 • Vol. 74 • Speciale 1

R eumatismo

Giornale ufficiale della Società Italiana di Reumatologia - SIR • Fondato nel 1949



Società Italiana
di Reumatologia

REUMATISMO

Giornale ufficiale della Società Italiana di Reumatologia - SIR
Fondato nel 1949



Sede Redazione "Reumatismo"
Via Turati, 40 - 20121 Milano
Tel. 02 65 56 06 77
Fax 02 87 15 20 33
e-mail: redazione@reumatismo.org
Direttore Responsabile: L. Punzi (Padova)



© Copyright 2022 by Edizioni Medico Scientifiche - Pavia

Edizioni Internazionali srl
Div. EDIMES - Edizioni Medico-Scientifiche - Pavia
Via Riviera, 39 - 27100 Pavia
Tel. 0382/526253 r.a.
Fax 0382/423120
E-mail: edint.edimes@tin.it

Autorizzazione Tribunale Milano n. 1735 del 23.11.1949 - Registro Nazionale della Stampa: registrazione in corso
IT ISSN 0048-7449 - Spedizione in abbonamento postale 70% - Filiale di Milano

In copertina

Disegno anatomico di Leonardo da Vinci dalla Collezione Windsor®.
Riprodotta per la gentile concessione di S.M. la Regina Elisabetta II.

Consiglio Direttivo SIR

Presidente

Roberto Gerli

Past President

Luigi Sinigaglia

Presidente Eletto

Gian Domenico Sebastiani

Vice Presidente

Roberto Caporali

Segretario Generale

Marco Gabini

Consiglieri

Roberto Bortolotti • Fabrizio Conti • Maria Antonietta D'Agostino • Lucia Dardani
Florenzo Iannone • Ennio Lubrano Di Scorpaniello • Serena Guiducci • Marta Mosca
Giuseppe Provenzano • Enrico Tirri • Monica Todoerti

Segretario alla Presidenza

Bruno Frediani

Tesoriere

Sergio Castellini

Collegio dei Presidenti Emeriti

Presidente

Stefano Bombardieri

Vice Presidente con funzioni di Segretario

Giovanni Minisola

Umberto Ambanelli • Bianca Canesi • Mauro Galeazzi
Carlomaurizio Montecucco • Giampiero Pasero • Marco Matucci Cerinic • Silvano Todesco

Collegio dei Proviviri

Presidente

Ombretta di Munno

Alessandro Mathieu • Silvana Zeni

Comitato Scientifico

Presidente

Leonardo Punzi

Antonio Marchesoni • Giuseppe Passiu

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente

Carlo Leopoldo Lumi

Revisore

Oriana Baglieri

Revisore

Maurizio Pin

Rubriche (responsabili)

Reumatologia dell'età evolutiva

Valeria Gerloni
e-mail: gerloni@gpini.it

Dalla ricerca alla pratica

Piercarlo Sarzi Puttini
e-mail: sarzi@tiscali.it

Vignetta radiologica

Walter Grassi
e-mail: walter.grassi@univpm.it

La Reumatologia nella letteratura, nella storia e nell'arte

Piero Marson
e-mail: piero.marson@sanita.padova.it

Un occhio in laboratorio

Giandomenico Sebastiani
e-mail: gsebastiani@scamilloforlanini.rm.it

La semeiotica rivisitata

Carlo Salvarani
e-mail: salvarani.carlo@asmn.re.it

Corsi e Congressi

Francesca Oliviero
e-mail: francesca.oliviero@unipd.it

REUMATISMO

Giornale ufficiale della Società Italiana di Reumatologia - SIR

Direttore Scientifico (*Editor in Chief*)

M.A. Cimmino (Genova)

Condirettori (*Coeditors*)

R. Caporali (Milano), P.C. Sarzi-Puttini (Milano)

Vicedirettori (*Associate Editors*)

W. Grassi (Ancona), C. Montecucco (Pavia),
C. Salvarani (Reggio Emilia)

Comitato Esecutivo (*Executive Committee*)

A. Cauli (Cagliari), V. Gerloni (Milano), M. Govoni (Ferrara), F. Iannone (Bari), P. Marson (Padova),
G.D. Sebastiani (Roma)

Redattori Aggregati (*Junior Editors*)

L. Cavagna (Pavia), E. Giardina (Palermo), G. Cuomo (Napoli), S. Guiducci (Firenze)


Comitato Scientifico

A. Alunno (Perugia)	M. Doherty (Nottingham, England)	R. Meliconi (Bologna)
B. Amor (Paris, France)	A. Doria (Padova)	P.L. Meroni (Milano)
L. Andreoli (Brescia)	G.F. Ferraccioli (Roma)	P. Migliorini (Pisa)
F. Atzeni (Messina)	C. Ferri (Modena)	G. Minisola (Roma)
T. Bardin (Paris, France)	D. Filippini (Milano)	F. Oliviero (Padova)
M. Benucci (Firenze)	G. Filippou (Milano)	C. Palazzi (Potenza)
S. Bombardieri (Pisa)	A. Fioravanti (Siena)	E. Pascual (Alicante, Espana)
A. Bortoluzzi (Ferrara)	B. Frediani (Siena)	G. Passiu (Sassari)
M. Botto (London, England)	M. Galeazzi (Siena)	N. Pipitone (Reggio Emilia)
A. Brucato (Bergamo)	D. Gatti (Verona)	C. Pitzalis (London, England)
S. Bugatti (Pavia)	M. Gattorno (Genova)	L. Quartuccio (Udine)
E. Cacace (Cagliari)	R. Gerli (Perugia)	H. Roux (Marseille, France)
D. Camellino (Genova)	E. Gremese (Roma)	A. Ruffatti (Padova)
F.P. Cantatore (Foggia)	L. Iaccarino (Padova)	F. Salaffi (Ancona)
F. Cantini (Prato)	A. Iagnocco (Torino)	R. Scarpa (Napoli)
F. Ciccia (Napoli)	F. Ingegnoli (Milano)	C. Scirè (Ferrara)
F. Conti (Roma)	R. La Corte (Ferrara)	L. Sinigaglia (Milano)
M. Cutolo (Genova)	G. Lapadula (Bari)	J. Smolen (Wien, Österreich)
S. D'Angelo (Potenza)	E. Lubrano (Campobasso)	S. Stisi (Benevento)
J.M. Dayer (Genève, Suisse)	M. Manara (Milano)	A. Sulli (Genova)
S. De Vita (Udine)	A. Mannoni (Firenze)	R. Talotta (Milano)
A. Delle Sedie (Pisa)	A.T. Masi (Peoria, USA)	A. Tincani (Brescia)
O. Di Munno (Pisa)	A. Mathieu (Cagliari)	G. Triolo (Palermo)
P.A. Dieppe (Bristol, England)	M. Matucci Cerinic (Firenze)	G. Valesini (Roma)
	Q. Mela (Cagliari)	S. Zeni (Milano)



SOMMARIO

- 1 Un anno di Istituto di Storia della Reumatologia (ISR)
L. Punzi, A. Pérez Negrete, P. Marson
- 4 Mulieres salernitanae: medichesse della Scuola Medica Salernitana
dedite alla diffusione della cultura
M. Vaglini
- 9 Maria Vergine e l'origine della concezione della sanità a Venezia
M. Po'
- 11 Le donne nella storia dell'ortopedia
D. Bizzoca, M.S. Spinelli, A. Moretti, P. Tranquilli Leali, B. Moretti
- 14 Rischio clinico e approccio di genere: ipotesi di ricostruzione
e prospettive
F.P. Sisto
- 21 Antiphospholipid Syndrome
A. Tincani, G. Fontana, C. Mackworth-Young
- 28 Appunti sulla gotta di Matilde di Canossa
A. Pérez Negrete, L. Punzi, P. Marson, A. Cozza
- 34 Artiste con Artrite
M. Chia
- 40 Lavinia Fontana
C. Castellani

- 
- 45 Gotta e *materia medica*: trattatistica, ricerca sperimentale e rimedi brevettati nell'Italia di prima età moderna
S. Minuzzi
- 50 La gotta di Johann Adolf Hasse, il “Caro Sassone” a Venezia
P. Marson, A. Pérez Negrete, A. Cozza
- 55 Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes e la gotta
E. Damiani
- 59 La Reumatologia Sociale. Approccio alle affezioni reumatologiche in Italia e nel Veneto fra Otto e Novecento
A. Cozza, A. Perez Negrete, P. Marson, L. Punzi
- 61 Storia della terapia delle artriti croniche
F. Iannone

Un anno di Istituto di Storia della Reumatologia (ISR)

Leonardo Punzi, Alberto Pérez Negrete, Piero Marson

Istituto di Storia della Reumatologia, Venezia

Il 12 ottobre 2020 è la data di nascita dell'Istituto di Storia della Reumatologia (ISR), fissata per convenzione assieme alla Società Italiana di Reumatologia (SIR), in quanto corrispondente all'inizio delle attività dell'ISR, incluso l'insediamento del borsista vincitore del bando. L'ISR è collocato presso la parte storica dell'Ospedale Civile di Venezia, negli ambienti affidati al Polo Culturale e Museale della Scuola Grande di San Marco, in una sede per il momento provvisoria, in attesa che si renda disponibile quella definitiva. L'importanza di questa data non è solo simbolica, tanto che il I congresso dell'ISR si è tenuto a Venezia il 12 ottobre del 2021, ad un anno preciso quindi dalla sua nascita (1). Visto il successo del I convegno, la SIR ha approvato la proposta di tenerne un secondo, modificando leggermente giorni e tipo di distribuzione delle relazioni. Peraltro, a partire da quest'anno, si è pensato di fare delle sessioni congiunte con altre società scientifiche che condividono l'interesse storico. Quest'anno sarà con il GISEG, che è in pratica la società italiana di medicina di genere.

Lo scopo della presente relazione è quello di presentare quanto è stato fatto dall'ISR nell'ultimo anno. Le iniziative sono state molte, tra le principali ricordiamo l'invito fatto all'ISR di partecipare alle celebrazioni per i 450 anni della battaglia di Lepanto, con una relazione su Sebastiano Venier, il comandante della flotta veneziana che andò a combattere sulla nave ammiraglia veneziana in pantofole, perché colpito da un attacco di gotta, di cui soffriva da molti anni (2). Il sottoscritto, come direttore dell'ISR, ha avuto l'onore di tenere la lettura inaugurale, dal titolo "L'Istituto di Storia della Reumatologia. La memoria incontra il futuro" al 58° Congresso della SIR che si è tenuto a Rimini dal 24 al 27 novembre 2021. In questo contesto va sottolineato come l'ISR ha ricevuto la possibilità di mettere un suo stand, con la presenza del nostro borsista Alberto Pérez Negrete che, anche con l'aiuto di materiale illustrativo, spiegava a chi chiedeva informazioni, le finalità e gli obiettivi dell'ISR. Lo stand è stato molto visitato, soprattutto da giovani reumatologi, alcuni dei quali hanno manifestato particolare interesse a partecipare agli studi storici. In accordo, il Presidente della SIR, prof. Roberto Gerli, ha proposto di inserire nel Comitato Esecutivo dell'ISR tre giovani reumatologi, selezionati dopo presentazione di documentazione testimonianze le loro competenze e/o interesse.

Ma, forse, l'iniziativa più particolare che ha caratterizzato le attività di quest'anno è stata la "Mostra sulla Pubblicità Farmaceutica per la Terapia del Dolore e delle Malattie Reumatologiche (1850-1950)" che è stata pensata e realizzata in tempi brevi (Figura 1). Questa mostra è stata concepita come

Indirizzo per la corrispondenza:
L. Punzi
istituto.storia.sir@reumatologia.it



Figura 1
 Manifesto mostra
 sulla Pubblicità
 Farmaceutica
 per la Terapia del
 Dolore e delle Malattie
 Reumatologiche
 (1850-1950),
 Perugia,
 7-17 luglio 2022.

itinerante, nel senso che tutto il materiale, che comprende circa 60 pannelli con manifesti e/o inserzioni pubblicitarie sui giornali, girerà per tutte le città che la richiedano dove, esposte in collocazioni di prestigio, potranno restare per un periodo di circa due settimane. I manifesti e le inserzioni sui giornali riguardano la pubblicità farmaceutica che va dal secondo ottocento, quando è nata in generale la pubblicità, fino al 1950. Questo periodo è molto interessante perché il numero di farmaci per il dolore era molto limitato e si faceva largo uso di derivati dell'oppio, inclusa morfina, cocaina ed eroina, che venivano anche consigliate per la tosse ed il mal di denti dei bambini. Ovviamente erano pubblicizzati prodotti che non avevano bisogno di prescrizione medica, per cui è molto interessante constatare come veniva indirizzato ed orientato il consumatore. Il cambiamento più decisivo è stato indotto dalla scoperta dell'Aspirina nel 1897, dovuta a Felix Hoffmann, un ricercatore della Bayer. È interessante notare che nello stesso anno questa casa farmaceutica lanciava l'eroina, per cui si possono osservare delle pubblicità in cui nella stessa inserzione risultano i due prodotti. Per le affezioni reumatologiche, allora ancora inadeguatamente distinte tra di loro, erano nate terapie utilizzate tuttora soprattutto

nelle forme extra-articolari, quali il cerotto Bertelli e le cure termali, sotto forma di bagni o fanghi.

Interessanti erano i prodotti per combattere la gotta, soprattutto l'iperuricemia, con farmaci definiti uricosurici. In questo contesto, più che manifesti pubblicitari, si ritrovano inserzioni sui giornali, lasciando intuire che il pubblico a cui erano indirizzato era capace di leggere (ricordiamo che nel 1961 l'80% della popolazione italiana, soprattutto femminile, era analfabeta) ed abbastanza agiato per contrarre la gotta da un lato e potersi comprare il prodotto dall'altro. Tale interpretazione era evincibile anche dalle approfondite recensioni che avevano questi farmaci da parte di medici illustri. Una di queste, risalente al 1919, è molto interessante perché parla del cuore gottoso e del rischio per chi non si cura, di avere nelle proprie arterie veri e propri depositi di cristalli di acido urico, con quindi rischi importanti di malattie cardio-vascolari. Si tratta di un'affermazione che è sorprendente, perché anticipa di molti anni quanto viene attualmente dimostrato con l'ausilio di mezzi di rilevazione tecnologicamente avanzati, quali la risonanza magnetica e/o l'ecografia, e confermati poi nelle autopsie. In effetti, in letteratura, la prima pubblicazione sul cuore gottoso o uratico risale solo al 1950. Visto l'interesse di questa pubblicità, è stata proposta come lettera ad una rivista scientifica ad alto impatto, che l'ha poi pubblicata (3).

La I edizione della Mostra si è svolta quest'anno a Perugia dal 7 al 17 luglio, ospitata in una sede prestigiosa, quale il chiostro della Cattedrale di San Lorenzo ed ha riscosso un notevole successo, poiché si ritiene che l'abbiano visitata almeno 2000 persone. Per l'occasione sono stati esposti anche dei totem nel centro di Perugia. La II edizione è prevista a Venezia, dove sarà inaugurata in concomitanza del II congresso dell'ISR (14-15 ottobre), la III a Roma (8 novembre) e la IV a Rimini, in occasione del 59° Congresso della SIR (23-26 novembre). Il CD della SIR stanno analizzando le candidature dell'anno prossimo.

Ovviamente, tra le attività dell'ISR vi è la ricerca, come dimostrano alcuni lavori già pubblicati ed altri in itinere (4, 5).

■ BIBLIOGRAFIA

1. Punzi L, Pérez Negrete A, Marson P, Cimmino MA, Po' M, Gerli R, Sinigaglia L. The Institute for the History of Rheumatology, an offspring of the Italian Society of Rheumatology. *Reumatismo*. 2021; 73: 1-4.
2. Punzi L, Chia M, Pérez-Negrete A. Sebastiano Venier, capitano generale da Mar a Lepanto, tra i Turchi e la gotta. *Schola, Storia Arte Charitas a Venezia*. 2022, in press.
3. Punzi L, Pérez Negrete A, Marson P, Cozza A, Gerli R. The forward-looking advertising. Description of a gouty heart in an advertisement published in 1919. *Joint Bone Spine*. 2022, 10: 89.
4. Pérez Negrete A, Punzi L. An ancient, yet current, experience of deficient architecture: the case of Doge. *Reumatismo*. 2021; 73: doi10.4081.
5. Marson P, Punzi L. Venice and its role in the history of cardiovascular medicine. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021; 31: 2512-3.

Mulieres salernitanae: medichesse della Scuola Medica Salernitana dedite alla diffusione della cultura

Maurizio Vaglini

*Direttore Centro interregionale per la documentazione bibliografica e archivistica biomedica
presso Accademia Storia Arte Sanitaria, Pisa*

Medica o medichessa? In latino esiste “*medicus-i*” per medico, “*medica-ae*” per medica. Nel XVII sec. compare il termine “medichessa” (1), quasi con tono scherzoso o ironico e “medica” a metà dell’800 sparisce dall’italiano scritto. Se la storiografia femminile relega la donna in una classe sociale e culturale più bassa rispetto all’uomo, nel medioevo il gentil sesso è attivo e vivace fino ad essere uguale a quello maschile. L’esempio è dato dalle *Mulieres Salernitanae*, mediche salernitane, anche se grande impulso alla crescita culturale femminile si ha già con Carlo Magno, che ammette le donne (pur solo nobili, aristocratiche o monache) ai corsi di studio.

La prima figura di *medica* risale al 2700 a.C. È Merit Ptah, scienziata e fisica egiziana, definita “Sommo Medico” o “Medico Capo”, quantunque sia messa in discussione la sua vera esistenza (2). *Mediche* si incontrano fin dal tempo dei Greci e dei Romani, alcune indicate come guaritrici, altre come streghe, ciarlatane, santone e nella migliore delle ipotesi levatrici, ginecologhe, ostetriche, puericultrici. Non mancano però donne che esercitano l’arte medica con scienza, preparazione e professionalità. La prima che pratica una più ampia medicina, oltre la ginecologia e l’ostetricia, è Metrodora (3) (IV sec. d.C.), autrice di “Sulle malattie e cure delle donne”, in cui tratta problemi di stomaco, febbre, malaria, emottisi, traumi e reumatismi.

Due sono i settori da cui provengono queste figure: uno è legato al mondo religioso, l’altro a quello laico.

Monache e badesse divulgano e realizzano concetti medici in rapporto al loro mondo.

Fra tutte queste si eleva Santa Ildegarda di Bingen, “la profetessa della Germania”, innalzata all’onore degli altari nel 2012 da Papa Benedetto XVI con il titolo di dottoressa della Chiesa. Invia una serie di lettere, dimostrando di tenere testa a imperatori e papi senza alcun timore. Sa leggere e scrivere in latino, appreso dalla maestra Jutta von Sponheim e il suo sapere nasce da visioni “offerte da Dio”. Vive in un mondo colto e in luoghi dove può coltivare quelle erbe che utilizzerà come farmaci. Inserisce l’uomo in microcosmo e individua varie patologie per le quali consiglia banali, ma valide indicazioni: corretta alimentazione, digiuno, prevenzione, rimedi con piante medicinali, salasso, coppettazione, scarificazione (4). Visita prima le consorelle, poi si allarga a pazienti e partorienti della regione. Compone opere non solo in campo teologico, ma anche medico e di scienze naturali, come “*Physica*” (Storia naturale o Libro delle medicine semplici) e “*Causae et curae*” (Libro delle

Indirizzo per la corrispondenza:
M. Vaglini
maurizio50.vaglini@gmail.com

cause e dei rimedi o Libro delle medicine composte) (5). Ildegarda si forma su una letteratura classica, ma il suo principale punto di riferimento è Isidoro di Siviglia e in particolare l'opera "De Rerum Natura", da dove attinge per la descrizione delle manifestazioni della natura con trasposizioni allegoriche. Nel "Liber divinatorum operum" si ritrovano i concetti della sua filosofia medica, che spiegano analogie tra l'uomo, la natura e il mondo.

Ildegarda, a proposito di gotta e malattie reumatiche, suggerisce:

La salvia è di natura calda e secca e cresce più con il calore del sole che con l'umidità della terra. È utile contro gli umori deboli, perché è secca. Fa bene mangiarla sia cruda che cotta perché assorbe gli umori nocivi. Prendi della salvia e riducila in polvere, mangiala col pane e ridurrà gli umori nocivi in eccesso. Chi soffre di eccesso di flegma o se ha l'alito fetido, faccia cuocere della salvia nel vino, la filtri attraverso una benda e ne beva molto spesso, così i cattivi umori e il flegma diminuiranno. Se colui che soffre di questi mali (gotta) si sente paralizzato, faccia cuocere della salvia nell'acqua e ne beva, cosicché gli umori cattivi e il muco diminuiranno (6).

L'altro caposaldo, laico, della medicina medievale femminile è Trotula, madre e moglie, capostipite del gruppo delle Mulieres Salernitanae.

La Scuola Salernitana fin dall'inizio appare una struttura interculturale di rilievo, i suoi medici vengono chiamati anche dall'estero e la loro fama si trova in racconti che circolano tra poeti e narratori coevi. Maria di Francia, poetessa francese del sec. XII, autrice di numerosi lais, narra una storia di amore e morte (7). Il racconto esalta l'opera di una donna della Scuola, la quale prepara una pozione per rendere forte un cavaliere, chiamato ad un'impresa particolare per avere in sposa la figlia del re di Normandia. Alla fine la pozione cade in terra e su quel terreno crescono erbe magiche; il luogo allora è chiamato "la montagna di due amanti". Al di là della novella, rimane la testimonianza della fama di una donna salentina medica.

Un'altra attestazione si ha in Olderico Vitale, monaco cristiano, cronachista inglese vissuto tra i secoli XI e XII. Nella sua "Historia Ecclesiastica", composta in 30 anni, racconta la vicenda di Sichelgaita, figlia del principe di Salerno e sposa di Roberto il Guiscardo, che in età avanzata si dedica allo studio della medicina e dell'erboristeria presso la Scuola. La cronaca parte da un'infamante accusa: Sichelgaita avrebbe tentato di infettare il figlio che Roberto aveva avuto dal primo matrimonio, Boemondo di Taranto, per motivi di eredità (8) con un veleno preparato nella Scuola.

Alla fine del '600 il medico Mazza esalta il valore di queste donne in "Historiarum epitome" (9), dedicando il capitolo, "De antiquissimo salernitano studio, ac de eius hippocraticum collegio", da cui apprendiamo anche alcuni dei loro nomi:

Protinus accedunt Medici medicaeque apud Iurium professores adhuc habetur. Floruere igitur in Patrio Studio docendo, ac in Cathedris disceptando Abella, Mercuriadis, Rebecca, Trotta, quam alii Trotulam vocant, miris sane encomiis celebrandæ, notavit Tiraquellus, ac Sentia Guarna, ut ait Fortunatus Fidelis. Prima metrico carmine tipis dedit libros duos des Atrabile et de Natura feminis humani, ut scripsit Toppius. Secunda varios libros proelo mandavit, de Crisibus, de febre pestilenti, de curatione vulnerum et de unguentis. Tertia in lucem dedit unicum volumen de Febribus, de Urinis et de Embrione. Quarta evulgavit in lucem libros de

Feris, de Mulierum passionibus, ante, inde postpartum, Venetiis denuo impressos anno 1555 ac Argentinae, ut idem Tiraquellus testatur, quod a Naburgense, Mazzella, Henrico Alemano, Toppio et ab aliis adhuc recensetur. Laurea etiam Doctoralis Constancia Calenda, filia Salvatoris Prioris Salernitani et Neapolitani Collegii fuit insignita, quae nobilis et erudita mulier cum Baldassarre de Sanctomango de Salerno nupta fuit, ex Registro Regiae Siciliae ut refert Toppius.

Di Abella Castellomata, detta Abella Salernitana, abbiamo solo notizie di titoli di due opere mai giunte a noi: “Sulla bile nera” e “Sulla natura del seme umano”. Sembra essere stata una donna senza tanti pregiudizi sul sesso.

Anche di Margherita della Mercuriade non abbiamo molte informazioni: è vissuta nel 1300, scrive opere, mai pervenute, come “De crisibus”, “De febre pestilenti”, “De curatione vulnerum” e “De unguentis”; ha una grande reputazione, tanto da essere autorizzata alla pratica medica dal re di Polonia, Ladislao.

Mazza cita una Rebecca. Rebecca Guarna, di nobile famiglia (fra i suoi personaggi più illustri Romualdo II Guarna, arcivescovo e medico), autrice di “De Febribus”, “De urinis”, “De Embrione”.

Sentia, (Sentia Guarna) è indicata da Fortunato Fedeli, un medico siciliano vissuto a cavallo del '500/600; la ricorda dicendo “a nostra memoria”, che la fa pensare sua contemporanea e poco prima, ma anche su di lei scarse sono le fonti.

Costanza Calenda, figlia di Salvatore Calenda, fisico e chirurgo, priore del Collegio Medico di Salerno e poi di Napoli, medico personale della regina Giovanna II di Durazzo dal 1414 al 1435. Nel 1423, subito dopo la laurea, riceve il consenso della Regina per il matrimonio con Baldassarre, signore di Santomango, un nobiluomo di Salerno. Il silenzio sulla sua attività fa ritenere che, essendo moglie di un nobile, non abbia esercitato la professione, mentre è certo che sia stata un'ottima studentessa di medicina (10).

Significativa è la storia di Sibilla di Conversano, che salva il marito Roberto di Normandia, ferito da una freccia infetta; Sibilla estraе il sangue, come appreso dai medici salernitani, succhiando con la bocca il liquido contaminato, ma sacrifica la propria vita (11).

L'opera del Mazza è un importante contributo alla conoscenza di queste “Mulieres”, perché la principale fonte diretta sul tema si trovava nell'Archivio Angioino, andato distrutto dai nazisti durante la seconda guerra mondiale. I lavori di trascrizione effettuati divengono fondamentali (12).

Un caposaldo per la storia della Scuola Salernitana e delle Mulieres rimangono gli studi di Salvatore De Renzi (13), composti alla metà del 1800, nonostante certe considerazioni negative sottolineate da alcuni storici.

Sono ben 24 le “mediche” di cui abbiamo notizia (14): 13 hanno una licenza per effettuare operazioni chirurgiche su donne e per occuparsi di malattie femminili, 6 sono considerate ignoranti, perché non sanno leggere il latino.

Tutta la medicina medievale è ancora imbastita di magia, stregoneria, guarigioni miracolose, derivante da una lunga tradizione che si rifà al dio Asclepio, ai santuari con i loro riti: il paziente entra nell'abatone, subisce in sonno (incubatio) l'apparizione del Dio e poi la guarigione. È una medicina tramandata attraverso epigrafi dette “Sanationes” (15). Chi soffre di patologie, come quelle causate da “Rheumata”, cioè l'accumulo di umori specialmente nelle gambe e nei piedi, provocanti artriti, sciatiche, gotta e podagra, non avendo giovamento nelle cure “scientifiche” di Galeno, cerca la strada miracolosa,

spesso tramandata da padre o madre in figlia oppure da marito a moglie, formando vere e proprie dinastie, magari per mantenere la stessa clientela.

Intanto giungono in occidente dal mondo arabo trascrizioni di testi medici; sono presenti nel Collegio e divengono oggetto di studio anche per le mediche salernitane. Come afferma Sabatini, Presidente onorario dell'Accademia della Crusca, le esili tradizioni culturali, spesso di origini monastico episcopali, man mano che nascono e si affermano le università, scadono rapidamente e la presenza di queste dottoresse si trova ancora nel XV secolo, come Clarice de Durisio, che si specializza in oculistica e pratica la chirurgia in pazienti femminili (17).

La più famosa delle mulieres, vissuta nel periodo di massima fama, è Trotula. Cura, insegna, scrive molto; i suoi testi sono considerati "l'assemblea più popolare di materiali sulla medicina femminile dalla fine del XII al XV secolo" (18). Oggi sono conservati circa 200 manoscritti (latino e volgare), una piccola parte del corpus che ha circolato in Europa nel suddetto periodo e per altri due secoli ancora.

La bibliografia trotuliana è ampia; le sue opere sono ancora oggi oggetto di studio. Possiamo addurre come esempio il recente saggio della Mosti, la quale, esaminando il ms. 532 della Wellcome Library di Londra, dimostra come il testo sia una versione rimaneggiata dell'intero corpus di Trotula e precisamente il "Liber de sinthomatis mulierum" e il "De curis mulierum" (19).

Trotula si occupa di cosmetica e di igiene intima: creme a base di sugna, olio di oliva di mandorle, macerati di piante, come malva e violetta, salvia in acqua, aceto, vino. Nel "De mulierum passionibus" tratta di patologie ostetriche, ma anche di gravidanza, parto, puerperio, cure del neonato, con l'aggiunta di malattie dei denti, delle gengive e persino di epilessia (20).

Un aspetto innovativo delle sue cure è la ricerca di aspetti psicologici. Le sue prescrizioni, che hanno tutte un riscontro fitoterapico e naturalistico, evidenziano anche una visione olistica equilibratrice nell'interazione uomo/donna, prodotto ed ambiente (21).

In Trotula sono state ravvisate diverse intuizioni riprese in tempi recenti.

Possiamo citare la verginità. Avere un rapporto prematrimoniale nel medioevo avrebbe creato grossi problemi; il suo consiglio è un astringente, fatto con albumi di uovo mescolati ad acqua di cottura di puleggio, erbe calde simili e lavaggi frequenti.

Considerata la differenza anatomica e fisiologica tra uomo e donna, questa risulta più debole e soggetta a patologie degli organi riproduttivi. Presenta una serie di indicazioni terapeutiche a base sempre di erbe e salassi e raccomanda uno stile di vita sano ed equilibrato sotto vari aspetti. A lei si deve l'invenzione di un sapone intimo con funzione antibatterica dovuta all'aggiunta di petali di rose. Questo concetto viene ripreso nel 1811 da Henry Braconnot che scopre la chitina, una sostanza simile alla cellulosa presente in natura, usata nella saponificazione come antibatterico.

Ancora possiamo citare la balneoterapia ginecologica. Seguendo lo sviluppo della iatrofisica e della iatrochimica, indica questa azione come trattamento per malattie ginecologiche, avendo una funzione antinfiammatoria, la stessa che, per la riduzione delle citochine, viene ripresa anche in reumatologia e nella riabilitazione, comprese le condizioni di dolore cronico e fibromialgico (22).

Esperta nella diagnosi, esprime spesso valutazioni sul polso e sulle urine, ma è la prima a descrivere le manifestazioni dermatologiche della sifilide, consiglia gli oppiacei per il dolore, sostiene la necessità dell'igiene e per quanto

riguarda la chirurgia raccomanda sempre la massima attenzione per evitare contaminazioni delle ferite (23).

Trotula, in conclusione, è una bella donna, di famiglia importante, autrice di testi di valore e gli studi recenti sembrano valorizzarla nel mondo dell'attualità.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Battisti-Alessio. Dizionario Etimologico Italiano s.v. Medico.
2. Kwiecinski JM. Merit Pta. "La prima donna medico": creazione di una storia femminista con un'ambientazione dell'antico Egitto in "J Hist Med Allied Sci". 2020; 75 (1): 83-106.
3. J. Fiorini, Metrodora e l'esercito delle medichesse dimenticate. <http://www.sentieristerrati.org/2018/11/>
4. Calef P. [a cura di], Ildegarda di Bingen, Causa e cure delle infermità. Palermo. 2019.
5. M. Fumagalli Beonio Brocchieri, Ildegarda, la profetessa, in "Medioevo al Femminile". La Terza ed. 2001; 145-170.
6. <http://www.santa-ildegarda-di-bingen.it/it/erbe,-fiori-e-spezie/erbe,-fiori-e-spezie/article-salvia/>.
7. Maria di Francia, Des deux-amants, commentaire et adaptation de AL. Durdan. Macon. 1907.
8. Le Prevost A. Orderici Vitalis Historiae ecclesiasticae libri tredecim, 5 vol., Paris, Renouard. 1838-1855.
9. Memoli Apicella D. Sichelgaita tra longobardi e normanni. Salerno. 2009.
10. Mazza A. Historiarum epitome de rebus Salernitanis, in quibus origo, situs, vbertas, respublica, primatus... ac aliae res ad Salernitanam urbem spectantes dilucidantur a doctore Antonio Mazza. Neapoli. 1681.
11. Henderson HE. The School of Salerno. An Historical Sketch of medioeval medicine. New York. 1883; 37-39.
12. D'Angelo E. Scuola medica salernitana, Enciclopedia Federiciana, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani. 2005.
13. L. Munster. Notizie di alcune medichesse veneziane del trecento in "Scritti in onore di Adalberto Pazzini" Milano 1954. Dello stesso autore Medichesse italiane nel basso medioevo in "Simposium Ciba". 1962.
14. Calvanico R. Fonti per la storia della medicina e della chirurgia per il regno di Napoli nel periodo angioino (1273-1410). Napoli. 1962.
15. De Renzi S. Storia documentata della Scuola Medica di Salerno, Napoli 1857; Collectio Salernitana ossia documenti inediti e trattati di medicina appartenenti alla Scuola Medica Salernitana. vol. 5 Napoli 1852-1859.
16. Pierro F. Nuovi contributi alla conoscenza delle medichesse del Regno di Napoli <http://emeroteca.provincia.brindisi.it> V. Sabbatini, Giulia Bonarelli Modena, vita e pensiero di una medica del Novecento in Quaderni del Consiglio Regionale delle Marche. pp. 35-39 e 78. Colesanti GT, Santoro D. Forme e spazio dell'assistenza al femminile sapere nella corona d'Aragona (sec. XIV-XV). Viella. 2020.
17. Squillace G. Epigrafi di "Sanationes" dai santuari di Asclepio. Guarigioni miracolose da malattie del Rheuma. Reumatismo. 2008; 60 (1): 64-72.
18. Sabatini F. Napoli angioina. Cultura e società. Napoli. 1975; 27-29 e 59-61.
19. Whaley L. Women and the Practice of Medical Care in Early Modern Europe. 1400-1800, Springer. 2011.
20. Green MH. Medieval Gynecological Texts: A Handlist, in MH. Green, Women's Healthcare in the Medieval West: Texts and Contexts, Aldershot: Ashgate. 2000; Appendice. pp. 1-36.
21. Mosti R. Una versione tardomedievale della Trotula: il MS. 532 della Wellcome Library di Londra. Edizione critica, analisi linguistica e glossario in "Capitoli di Storia Linguistica della Medicina". 2019; 1.
22. Pastore F. Schola sanitatis Salerni. La scuola medica salernitana. Salerno. 2020.
23. Pisanti S. The medieval skincare routine according to the formulations of Madgistra Trotula and Medica School of Salerno and its reflection on cosmetology of the third millennium. J. Cosmet. Dermat. 2022; 00: 1-13.
24. Habeck D, Ceravac A, Kameric L, et al. Balneogynecology in the 21 century: increasingly recommended primary and complementary treatment of chronic gynaecological diseases. Medicinski Glasnik. 2021; 18 (1): 1-6.
25. East C, Bridges D. Women physician at Baylor University Medical Center. BUMC Proceedings. 2004; 17: 304-317.

Maria Vergine e l'origine della concezione della sanità a Venezia

Mario Po'

Direttore del Polo Culturale e Museale Scuola Grande di San Marco, Venezia

Perché la Serenissima attribuisce alla cura della malattia e al bene della salute un rilievo nella politica dello Stato e nei suoi vari mondi paralleli (come ad esempio quello della Scuola Grande di San Marco) in un modo e con una misura difficilmente riscontrabile in altre nazioni europee contemporanee e fors'anche successive? Erano le ore 12 del 25 marzo, 5601 anni dopo la creazione del mondo, 1583 anni dopo l'edificazione di Aquileia, 13 anni dopo la venuta degli Heneti in laguna; soprattutto 421 anni dopo la venuta di Cristo: è il giorno della fondazione di Venezia. Marin Sanudo nel *"De origine, situ et magistratibus Urbis Venetiae"* scrive che *"nel qual zorno ut divinae testantur litterae fo formato el primo homo Adam nel principio del mondo per le mano di Dio; ancora in ditto zorno la verzene Maria fo annunciata dall'angelo Gabriel, et etiam il fiol de Dio, Christo Giesù, nel suo immacolato ventre miracolose introe, et secondo l'opinione theologica fo in quel medesimo zorno da Zudei crucefisso"*. Basilica di San Marco, Venezia, mosaico sec. XII, La Creazione Perché adottiamo il metodo mitico? Perché è il



Basilica di San Marco, Venezia, mosaico sec. XII, La Creazione.

*Indirizzo per la corrispondenza:
M. Po'
mario.po@aui3s3.veneto.it*

più consono allo studio di uno Stato - come il ducato veneziano - che: - dà a se stesso una prospettiva di potenza, - in primis talassocratica, - con un orizzonte temporale senza fine, - per perseguire una politica alternativa rispetto a quella di tutti gli altri Stati italiani, europei e mediterranei piccoli e grandi, - con una missione universale che deriva da una visione teologica di se stessa così fuori misura da risultare quasi blasfema. Il mito è un elemento costitutivo di ogni potenza umana; nessuna realtà umana può durare secoli se non ha un sistema di credenze immateriali che la giustificano, la motivano, la alimentano e la difendono. È così dall'impero romano a quello cinese, da quello turco a quello germanico, da quello carolingio a quello austro-ungarico, da quello russo a quello americano. È un fenomeno costante della geopolitica mondiale, con effetti a volte grandiosi, a volte condannabili. È stato così per Venezia che ha fatto cose grandiose, avendo scelto un mito metafisico, la credenza più alta possibile: Venezia è Maria Vergine; anzi Maria, la madre del figlio di Dio, si personifica in Venezia. Ci sono un'infinità di segni presenti a Venezia che raccontano questa superba e Serenissima concezione: nell'iconografia religiosa e profana, nell'architettura, nel sentimento letterario, nelle feste e cerimonie ufficiali, nei voti dello Stato per la sua sicurezza, nella lingua parlata, nelle spedizioni militari, nelle invenzioni mercantili. Ma il segno applicativo più esplicito e clamorosamente coerente, ma anche più potente, è quello della salute-salvezza.

Le donne nella storia dell'ortopedia

**Davide Bizzoca^{1,2}, Maria Silvia Spinelli², Annamaria Moretti²,
Paolo Tranquilli Leali², Biagio Moretti¹**

¹Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", AOU Consorziale Policlinico di Bari,
OUC Ortopedia e Traumatologia - UOSD Chirurgia Vertebrale, Bari;

²Commissione SIOT Pari Opportunità e Medicina di Genere (Coordinatrice: Maria Silvia Spinelli.
Membri: Davide Bizzoca, Alberto Di Martino, Costantino Errani, Anna Maria Moretti,
Giusy Resmini, Barbara Rossi, Maristella Francesca Saccomanno)

Il *gender gap* in ambito ortopedico rappresenta ancor'oggi un problema di scottante attualità, a differenza di quanto accade in altri ambiti medici e chirurgici. La specialità di Ortopedia e Traumatologia, probabilmente per retaggi storici e culturali, costituisce ancora il fanalino di coda tra quelle mediche e chirurgiche, ma pian piano qualcosa sta cambiando (1).

Negli ultimi anni si è osservato un discreto incremento della percentuale di laureate che ha scelto di iscriversi alla Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia, passando dal 18% del 2019 al 26% del 2021 (dati SSM, fonte MIUR). Nei ruoli di responsabilità apicale, invece, i numeri sono ancora minimi: attualmente a livello Nazionale si annoverano solo 4 Direttrici di Unità Operativa Complessa e 7 Professoressa Associate, due delle quali in servizio presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" (2). Un maggiore equilibrio del *gender index* è ancora molto lontano in Ortopedia e Traumatologia, non solo in Italia, ma anche a livello internazionale.

Conoscere e ripercorrere le tappe storiche della nascita dell'Ortopedia e della Traumatologia appare comunque fondamentale allo scopo di analizzare l'evoluzione della nostra branca e comprendere il percorso più idoneo per raggiungere oggi la *gender equality*.

Andando ad analizzare la storia internazionale e nazionale dell'Ortopedia e Traumatologia, ricordiamo che la nostra branca chirurgica, nata dalla Chirurgia Generale, ha visto la realizzazione delle prime cliniche ortopediche tra il 1863 (*Hospital for Special Surgeries*, New York) ed i primi del Novecento. In Italia, nel 1874 Gaetano Pini istituiva a Milano "La Scuola dei Rachitici" (che diventerà nel 1968 l'Istituto Ortopedico "Gaetano Pini"), nel 1887 veniva fondato da Pietro Panzeri "L'Archivio di Ortopedia" e nel 1891 nasceva la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT).

Risale invece al 28 giugno 1896 l'inaugurazione dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, avvenuta alla presenza del re Umberto I e della regina Margherita.

Negli stessi anni, e precisamente nel 1877, per la prima volta una donna conseguiva il titolo di Dottore in Medicina e Chirurgia in Italia (ricordiamo che nel 1678 si laureava, prima in assoluto in Italia e nel mondo, una donna, ovvero Elena Lucrezia Cornaro, dottoressa in Filosofia presso l'Università degli Studi di Padova); si tratta di Ernestine Puritz-Manassé (nota come Ernestina Paper, dopo aver acquisito il cognome del marito), donna-medico di origine russa, laureatasi presso l'Istituto di Studi Superiori Fiorentino. Purtroppo, la dottoressa Puritz praticò la professione medica solo privatamente,

Indirizzo per la corrispondenza:
D. Bizzoca
da.bizzoca@gmail.com

spesso anche a titolo gratuito, in quanto, nel XIX secolo, le donne-medico non avevano facile accesso negli ospedali pubblici (4).

Alla luce di quanto esposto, ne consegue che, tra i Padri Fondatori dell'Ortopedia italiana, non è possibile citare nessuna donna. E bisognerà attendere circa un secolo, arrivando alla fine del Novecento, per iniziare ad osservare un timido ma progressivo incremento delle quote rosa in tale ambito specialistico.

In tale contesto, appare chiaro che la storia delle donne in ortopedia in Italia risulta essere estremamente recente. Va tuttavia evidenziato che negli ultimi anni, a livello internazionale, si è sviluppato un interesse via via crescente verso la riduzione del *gender gap* in ambito ortopedico, per cui si sta progressivamente avviando un filone di ricerca che mira a identificare e rendere note le figure di alcune donne-medico che si sono distinte nella storia dell'ortopedia.

A conferma di ciò, notiamo con estremo piacere che Asel Dib et al. (3) hanno pubblicato pochi mesi fa su *The Journal of Bone and Joint Surgery* una revisione storica della letteratura ortopedica statunitense, con lo scopo di descrivere il profilo di sei donne pioniere in ambito ortopedico (Ruth Jackson, Marian Sloane, Jacquelin Perry, Mary Sherman, Liebe Diamond e Claudia Thomas) che hanno esercitato la professione medica dal 1928 ai giorni nostri.

Al fine di colmare il divario di genere in ambito ortopedico e traumatologico, rispondendo agli obiettivi di sostenibilità previsti dall'Agenda 2030, la SIOT nel 2020 è stata la prima società medico-chirurgica italiana ad aver istituito la Commissione Pari Opportunità e Medicina di Genere (CPO-MdG) allo scopo di promuovere la *gender equality* e la diffusione della cultura di genere in ambito ortopedico (5). Il Presidente SIOT Prof. Tranquilli Leali, in un'audizione sulla missione salute del PNRR che si è tenuta in Commissione Sanità al Senato l'8 marzo 2021, ha evidenziato che una delle sei proposte da prendere in considerazione nell'ambito del PNRR è il raggiungimento delle Pari Opportunità, in ambito sanitario (6, 7). La CPO-MdG, nel corso di questo biennio, ha lavorato in tal senso, svolgendo un ruolo importante nell'ambito dei Congressi Nazionali della Società e cercando di sensibilizzare l'intera comunità ortopedica italiana, grazie anche al coinvolgimento attivo di esponenti politici, di ortopedici italiani ed esteri, di specializzandi in ortopedia, diffondendo anche lo slogan simbolico "*let's close the gap*".

Parallelamente alla nascita della CPO-MdG in ambito SIOT, a livello internazionale è nata il 6 marzo 2021 l'associazione no-profit *Women in Orthopaedics Worldwide (WOW)*, la cui azione ha l'obiettivo di promuovere e sostenere la diversità nel mondo ortopedico, a beneficio di ambiente professionale migliore e più sicuro e di un aumento della qualità assistenziale dei pazienti (8). Attualmente l'associazione WOW è rappresentata in 23 Paesi, tra cui l'Italia, dove è nata nel 2021.

Le *call for action* introdotte dall'associazione WOW sono il *role model*, il *mentoring* e il *network* professionale, in una alleanza virtuosa di chirurghi e chirurghi impegnati per una prospettiva futura più equa, serena e produttiva.

Con queste premesse, la comunità ortopedica nazionale ed internazionale ha posto le basi per superare il *gender gap*, in modo tale da realizzare in un prossimo futuro un'ortopedia più equa, paritaria e sostenibile.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Errani C, Tsukamoto S, Kido A, et al. Women and men in orthopaedics. *SICOT J.* 2021; 7: 20. doi: 10.1051/sicotj/2021020. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33812468; PMCID: PMC8019566.
2. <https://www.miur.gov.it/web/guest/news>
3. Dib AG, Lowenstein NA, LaPorte DM, et al. The Pioneering Women of Orthopaedic Surgery: A Historical Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2022; 104 (15): e66. doi: 10.2106/JBJS.21.01232. Epub 2022 Mar 16. PMID: 35294413.
4. Gaballo G. Donne a scuola. L'istituzione femminile nell'Italia post-unitaria, in *Quaderno di storia contemporanea* 2016; 60: 115-20.
5. <https://siot.it/genere-di-ortopedia-opuscolo-cpomdg/>
6. <https://www.flipbookpdf.net/web/site/304d2e5f1f17687bd3122c77f43082eb1fbac2c0FBP21195623.pdf.html>
7. <https://siot.it/liste-attesa-e-covid-il-presidente-siot-in-commissione-sanita-al-senato/>
8. <https://wowortho.org/home>
9. <https://wowitalia.org/>

Rischio clinico e approccio di genere: ipotesi di ricostruzione e prospettive

Francesco Paolo Sisto

Sottosegretario di Stato al Ministero della giustizia

■ PREMESSE. L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE E BENESSERE

Il concetto di salute e benessere, lungi dal presentarsi come cristallizzato in categorie immutabili, è stato oggetto, nel tempo, di un graduale percorso evolutivo, a maturazione di un approccio pluridimensionale che lo connette alle dinamiche umane.

Fino al 1948, infatti, la definizione di “salute” viene semplicemente individuata, in negativo, con l’assenza di malattia.

Nel secondo dopo guerra, a seguito e per effetto anche degli eventi traumatici di cui il mondo è stato vittima, si passa dall’affermazione – quasi tautologica – “è sano chi non è ammalato”, ad una definizione più complessa e articolata.

Nello stesso anno, infatti, la World Health Organization (WHO) ridefinisce la salute come “*uno stato di completo benessere fisico, mentale, psicologico, emotivo e sociale*”.

Tale definizione diverrà il fondamento da cui si svilupperanno, negli anni successivi, varie correnti di pensiero che, ponendo sempre maggiore attenzione su aspetti non solo medici, porteranno ad una dimensione della valutazione della qualità della vita sempre più orientata al benessere e ad un maggior coinvolgimento dei cittadini in ambito sanitario.

Nel 1978, la Dichiarazione di Alma Ata – documento dell’OMS, sottoscritto da quasi tutti i paesi del mondo – imprime una svolta alle politiche sanitarie, introducendo l’assistenza sanitaria primaria; mentre, nel 1986, la Carta d’Ottawa, nel ribadire tale approccio globale, sottolinea il necessario perseguimento dell’obiettivo dell’equità nelle condizioni di salute.

In tale prospettiva – che ha finito per prevalere sul diverso modello concettuale c.d. individualista¹ – si è iniziato sempre più a ritenere che gli effettivi determinanti delle condizioni di salute andassero ricercati (oltre che ovviamente nei noti fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali), anche nel livello educativo, nella posizione lavorativa, nel reddito e nello status sociale dell’individuo (1).

E la valorizzazione di tali indici, mostrando in tutta la sua evidenza la stretta connessione tra disuguaglianze sociali e disuguaglianze di salute, fa

¹ Secondo questa impostazione, l’attenzione andrebbe posta, accentuando le responsabilità individuali rispetto alla malattia, soltanto sui fattori di rischio genetici, ambientali e comportamentali, come ad esempio gli stili di vita insalubri (alimentazione scorretta, sedentarietà, fumo, alcol).

emergere l'importanza di un serio approfondimento delle differenze tra i due sessi (biologiche e culturali): ciò su cui si innesta il concetto di medicina di genere.

■ APPROCCIO DI GENERE: ORIGINE DELLA SUA APPLICAZIONE IN CAMPO MEDICO

Nella seconda metà del secolo scorso, l'approccio di genere² inizia a porsi in chiave metodologica, a carattere trasversale, da utilizzare per leggere tutte le dinamiche umane.

Attraverso tale lente è possibile tenere conto, negli ambiti più disparati (salute, cooperazione internazionale, processi produttivi e politici), delle differenze tra uomini e donne, delle loro specifiche competenze e delle loro rispettive attitudini.

E bisogna ripartire da qui per individuare soluzioni normative che, riconoscendo il giusto peso specifico alle differenze di genere, possano agire per contrastare il fenomeno di marginalizzazione del ruolo della donna; e così conseguire quell'uguaglianza sostanziale, solennemente proclamata dall'art. 3 della nostra Costituzione, *condicio sine qua non*, per supportare efficacemente azioni di sviluppo sostenibile.

Uomini e donne, per quanto qui rileva, non sono uguali.

Non basta, dunque, riconoscere pari diritti a uomini e donne (uguaglianza formale) ma occorre un approccio multilivello che sia in grado di tenere in debita considerazione le differenze (biologiche, socio-culturali, economiche ed ambientali) che rispettivamente li caratterizzano, per garantire una parità di genere di sostanza e non di mera forma.

Gli uomini e le donne non sono uguali soprattutto in medicina.

Risulta, infatti, ampiamente dimostrato come essi si ammalino diversamente, con una diversa sintomatologia e con risposte alle terapie farmacologiche non sovrapponibili³ (2).

Ciononostante, le sperimentazioni sui farmaci sono state condotte quasi esclusivamente su soggetti di sesso maschile⁴.

2 Nel Glossario di Medicina di Genere, redatto dall'Osservatorio di istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, il genere viene infatti definito come ciò che “*si riferisce alle caratteristiche, definite socialmente, che distinguono il maschile dal femminile, vale a dire norme, ruoli, e relazioni tra individui definiti come uomini e donne*”.

3 Così, ad esempio, le donne si ammalano più degli uomini, consumano più farmaci e sono più facilmente soggette a reazioni avverse.

Possiedono un sistema immunitario che le rende più resistenti alle infezioni ma, al contempo, risultano maggiormente sensibili alle malattie autoimmuni.

Per converso, gli uomini hanno un'aspettativa di vita inferiore e mostrano una più scarsa propensione a ricorrere ai servizi socio-sanitari. Da un punto di vista dello stile di vita, invece, risultano maggiormente inclini al consumo di alcol, tabacco e ad una cattiva alimentazione.

Sotto altro profilo, il genere influenza anche la comorbidità. Le donne, infatti, presentano un numero di malattie maggiore rispetto agli uomini.

Tuttavia, nonostante le donne vivano più a lungo, l'aspettativa di vita sana è equivalente tra i due sessi, posto che nelle donne la qualità della vita spesso si presenta più bassa, per disabilità, malattie croniche e comorbidità.

4 Le ragioni di tale discriminazione nell'ambito della sperimentazione clinica vanno rintracciate nell'esigenza di escludere eventuali interferenze del trattamento sperimentale sulla fertilità, nonché nei maggior costi che la complessità della fisiologia femminile avrebbe comportato, in termini di test aggiuntivi, per la verifica dell'efficacia del trattamento nelle diverse fasi di vita della donna (pubertà, età fertile e menopausa).

Anche in ambito farmacologico, i relativi dosaggi vengono generalmente parametrati ad un modello standard (uomo del peso di 70 kg), sicché la donna è stata da sempre considerata praticamente come “un piccolo uomo”.

Tuttavia, le donne hanno peso e statura generalmente inferiori, maggiore percentuale di grasso e caratteristiche biologiche che ne influenzano la capacità di assorbimento e di eliminazione dei farmaci, con conseguente maggiore vulnerabilità agli eventi infausti, spesso a causa di somministrazioni inappropriate (3).

Il concetto di medicina di genere muove dall’idea che le differenze tra uomini e donne non siano legate soltanto alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva ma, come detto, anche a fattori diversi.

In particolare, le diversità nei generi si manifestano (4):

- nei comportamenti, negli stili di vita, nel vissuto individuale e nel diverso ruolo sociale;
- nello stato di salute, nell’incidenza delle patologie, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate;
- nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione, diagnosi, ricovero, medicina d’urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici;
- nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, ecc.

La medicina di genere è stata così definita, sulla base delle indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come “*lo studio delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definiti dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona*”.

Da tali differenze è giunta progressivamente a maturazione la consapevolezza della necessità di un profondo ripensamento del modello androcentrico del sistema-salute, ormai incompatibile tanto con lo stato delle conoscenze, quanto con la sensibilità di una rinnovata coscienza sociale emergente.

Così, anche grazie al fermento che, sul finire del secolo scorso, si inizia ad avvertire attorno alla necessità di una profonda rivisitazione della posizione e del ruolo della donna, si procede da un sistema a matrice unica, strutturato dagli uomini per gli uomini, si procede, pur a piccoli passi, verso l’approdo, nell’impianto giuridico-ordinamentale, di un approccio clinico sempre più *gender oriented*.

Infatti, negli anni ottanta, l’ONU stipula la “*Convenzione per l’eliminazione di ogni discriminazione sulle donne*”⁵.

Nel 1998, l’OMS inserisce la medicina di genere nell’*Equity Act*, al fine di promuovere il perseguimento del principio di equità non solo all’accesso alle cure, ma anche alla loro appropriatezza rispetto al singolo individuo, in quanto portatore di determinate specificità derivanti dall’appartenenza ad un genere con caratteristiche definite.

Nel 2005, la WHO istituisce la Commissione Europea sui Determinanti Sociali di Salute, al fine di approfondire l’impatto dei fattori sociali sulla salute e sul benessere degli individui. Si tratta di un’indagine incentrata su tutti i fattori non biologici in grado di incidere direttamente o indirettamente sullo stato di salute di uomini e donne. Il relativo report è del 2008 e da esso emerge che “*le persone che si trovano negli strati inferiori della piramide sociale abbiano un rischio almeno doppio di essere colpiti da malattie e*

5 Adottata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979 ed entrata in vigore internazionale il 3 settembre 1981.

morte prematura rispetto a chi si trova vicina al vertice". Dallo studio è emersa una crescita graduale della mortalità mano a mano che ci si sposti da gruppi di popolazioni benestanti a quelli più svantaggiati (effetto "gradiente sociale di salute") (1).

Emerge prepotentemente un problema di equità (5) nelle condizioni di salute in quanto determinate anche da fattori socio-economici, i cui effetti distorsivi devono essere rimossi dagli organi istituzionali attraverso politiche sociali mirate.

Nel 2009, l'OMS istituisce il dipartimento di Genere, Donne e Salute, dedicato all'approfondimento dei determinanti sociali delle disuguaglianze di genere, cui seguono numerosi interventi di altri organismi internazionali.

Anche sul piano interno, la consapevolezza della necessità di un approccio che sia sempre più *gender-specific* conduce - non senza rallentamenti - ai primi tentativi di far recepire tale prospettiva anche su un piano politico-istituzionale.

Nel 2011 viene istituito l'intergruppo parlamentare "Sostenitori della Medicina di Genere", la cui attività di stimolo propulsivo porta, nel marzo 2012, all'approvazione da parte della Camera dei Deputati, di una mozione unitaria sul tema, nella quale si impegna il Governo a porre in essere interventi concreti per la promozione ed il sostegno alla medicina di genere, quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche, con particolare riferimento alla ricerca (medica, scientifica e farmacologica), alla formazione (inserendo la medicina di genere nei corsi di laurea in medicina e chirurgia) e alla sperimentazione clinica (nel senso di coinvolgere in essa una percentuale statisticamente significativa di soggetti di genere femminile)⁶.

Negli anni successivi, vengono depositate diverse proposte di legge volte al riconoscimento della medicina di genere.

Fino ad arrivare all'approvazione, dopo un lungo iter parlamentare, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, recante "*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute*", il cui art. 3 - come è noto - prevede il "Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 30 maggio 2019, prevede attività di formazione di tutti gli operatori sanitari sulle evidenze della medicina genere-specifica, l'indicazione di pratiche sanitarie e di ricerca che tengano conto delle differenze tra i due sessi sia in termini di prevenzione che di diagnostica e, più in generale, la previsione della necessità di considerare le differenze tra donne e uomini nella presa in carico e nella cura di tutti i soggetti, al fine di garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il 22 settembre 2020, presso l'Istituto Superiore di Sanità, in applicazione dell'art. 3, comma 5, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, è stato istituito l'Osservatorio dedicato alla medicina di genere, cui sono affidate le attività di avvio, mantenimento e monitoraggio delle azioni previste dal Piano.

Parallelamente, sul piano regionale, si è dato avvio a vari progetti sperimentali ed innovativi, proprio al fine di favorire la diffusione di un approccio di genere nella stessa programmazione dei servizi sanitari con specifico riferimento alle singole realtà territoriali.

⁶ https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=8164.

■ VALORIZZARE LA STRADA PERCORSA PER COMPRENDERE LA STRADA DA PERCORRERE

Con l'approvazione della legge 11 gennaio 2018, n. 3, dunque, per la prima volta in Europa, viene garantito l'inserimento del "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca, nella formazione e nella divulgazione a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini.

L'approccio clinico deve, pertanto, tenere in considerazione la dimensione di genere in ogni momento della patologia; dalla prevenzione alla diagnosi, dalla gestione trattamentale ai percorsi di follow-up, occorre tener conto, non solo del sesso biologico, ma anche di parametri quali età, etnia, livello culturale, confessione religiosa, orientamento sessuale, condizioni sociali ed economiche.

E ciò perché, esattamente come un abito appositamente confezionato su misura, rafforzare la centralità del paziente richiede di offrire la miglior cura possibile attraverso una sempre maggiore personalizzazione del percorso diagnostico, terapeutico-trattamentale e prima ancora preventivo.

"L'erogazione di cure appropriate presuppone la presa in carico della persona malata, valutata oltre che sulle caratteristiche biologiche e cliniche della malattia, anche sulla base di tutti i fattori personali, culturali e sociali che ne caratterizzano il vissuto. Esplorando il vissuto della/del paziente è possibile cogliere gli aspetti che caratterizzano e definiscono il genere, dalla gestione della quotidianità, in relazione ai trattamenti terapeutici, fino all'impatto della malattia sul rapporto tra la persona e il contesto sociale" (4).

Metabolizzata la capacità di osservare gli eventi in chiave di genere, altra strada c'è ancora da fare per garantire, alla domanda di salute, una risposta ordinamentale che sia effettiva, adeguata, concreta e rispettosa di differenze e specificità.

Si è partiti da lontano.

Ma con occhio attento al costante divenire dei processi umani nel loro farsi storia, si può riguardare a ritroso la strada percorsa per giungere alla conquista dell'affermazione di genere in medicina.

Ed in tal modo, come un Giano Bifronte in una dimensione atemporale, ci si trova nella duplice (e privilegiata) condizione di chi può raccogliere i frutti di ciò che è stato seminato e, al contempo, di chi, in una sorta di circolarità naturale, ancora dovrà seminare, con senso di responsabilità, orgoglio e visione prospettica.

■ INDICAZIONI DI GENERE E RESPONSABILITÀ PENALE

Resta, fermo, il quesito fondamentale, capace di conferire alla medicina di genere un ruolo rilevante negli ambiti delle responsabilità in materia di sanità. È necessario chiedersi se le "indicazioni di genere" costituiscano patrimonio della conoscenza che, ove colpevolmente ignorate, configurino ipotesi riconducibili allo schema della responsabilità penale, come individuato dai parametri della Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017 n. 24).

A nostro avviso la risposta non può che essere affermativa e non soltanto per le iniziative assunte dalle organizzazioni internazionali, indicative dell'assoluto rilievo scientifico della medicina di genere, ma - per quello che ci riguarda - perché la legge 11 gennaio 2018 n. 3, come riferito, scrive una pagina indelebile che legittima, con l'approvazione del "Piano per l'applicazione e

la diffusione della medicina di genere” del 30 maggio 2019, l’inclusione ad ogni titolo dei rimproveri per mancato rispetto del genere nelle regole della responsabilità.

Il quesito successivo, strettamente consequenziale al precedente, riguarda le compatibilità/effetti di questa struttura sulle direttive della legge regolatrice, come modulata dalle SS.UU. Mariotti (sent. n. 8770/2018).

Tanto premesso, in stretta connessione è necessario valutare se la Gelli-Bianco, come riscritta dalla citata decisione delle SS.UU., sia compatibile con la responsabilità per un evento causato dal mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche di genere.

È dirimente verificare innanzitutto se la non applicazione dei canoni della medicina di genere abbia titolo a ricadere nel quadrante della negligenza, dell’imprudenza ovvero dell’imperizia, essendo tale risposta capace di “fare la differenza” (6).

In linea con quanto già osservato in ordine ai contenuti della legge 11 gennaio 2018 n. 3, non può negarsi la dignità della medicina di genere a costituire regola comportamentale per gli operatori della sanità.

Ciò posto, residua la necessità di determinare la tipologia di colpa ravvisabile nella specie, al fine di declinarla con i quattro principi di diritto scolpiti dalle note SS.UU. nel punto 11 della motivazione (6).

È evidente che escludere la negligenza e l’imprudenza da qualsiasi ipotesi di alleggerimento della colpa medica significa non solo riservare esclusivamente all’imperizia la capacità di ridurre l’area del penalmente rilevante, ma soprattutto generare assai facilmente ipotesi in cui episodi di imperizia possano trascinare in *malam partem* in negligenza.

Con buona pace dei principi di legalità e di tipicità.

■ CONCLUSIONI, IN PROSPETTIVA

Anche il problema qui affrontato dimostra quanto inadeguato si sia rivelato il sistema della responsabilità penale in sanità previsto dalla Gelli-Bianco: mancano le “istruzioni per l’uso”, le regole sicure che consentano all’operatore sanitario di orientarsi verso un adempimento mai colpevole o colpevolizzabile (7).

Senza omettere di segnalare l’estrema difficoltà, nei fatti, di tracciare una linea netta di confine tra la negligenza/imprudenza e l’imperizia, con conseguenze che, come segnalato, afferiscono alla stessa determinatezza della fattispecie incriminatrice (6-8).

Rivendicare l’autonomia della medicina di genere in tale contesto confuso, ai limiti della ortodossia costituzionale, potrebbe, addirittura, per quanto riguarda i profili della responsabilità, non essere proprio un vantaggio.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Longo E, De Castro P, Popoli P, et al. Benessere ed equità nella salute: un approccio di genere. *Rapporti ISTISAN* 21: 78-88.
2. Carè A. L'approccio di genere per la medicina del futuro. La normativa di genere in Italia. *The Italian Journal of Gender-Specific Medicine*. 2019; 3: 4-5.
3. Ministero della Salute. Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura. *Quaderni del Ministero della Salute*. 2016; 26: 1-88.
4. Ministero della Salute. Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. 2019; 1-59.
5. Pezzini B. Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute. *Corti Supreme e Salute*. 2022; 1: 241-255.
6. Bologna S. Lo statuto penale della colpa medica dopo la legge Gelli-Bianco: la Corte di cassazione prova a rimediare alla "imperizia" del legislatore. *Giustizia insieme*, consultabile all'indirizzo <https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-e-processo-penale-archivio/335-lo-statuto-penale-della-colpa-medica-dopo-la-legge-gelli-bianco-la-corte-di-cassazione-prova-a-rimediare-alla-imperizia-del-legislatore>.
7. Cupelli C. Lo statuto penale della colpa medica e le incerte novità della legge Gelli-Bianco. *Diritto Penale Contemporaneo*. 2017; 4: 210.
8. Cupelli C. Una proposta di riforma della responsabilità penale degli operatori sanitari (art. 590-sexies c.p.). *Sistema Penale*, 2022, consultabile all'indirizzo <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/cupelli-proposta-riforma-responsabilita-penale-operatori-sanitari>.

Antiphospholipid Syndrome

Angela Tincani¹, Giulia Fontana¹, Charles Mackworth-Young²

¹Reumatologia e Immunologia Clinica; ASST - Spedali Civili e Università degli Studi di Brescia;

²Imperial College, Charing Cross Hospital, London W6 8RF, UK

■ INTRODUCTION

The history of the Antiphospholipid Syndrome (APS) is a complex network of laboratory and clinical observations representing one of the best examples of so called “translational medicine”.

The full-blown definition of a new disease including thromboembolic events and/or pregnancy losses in the presence of antiphospholipid antibodies (aPL) was established the early 1980s. This important discovery became possible because of earlier work and led directly to numerous clinical and experimental observations. However, only after the 1980s did the medical community understand the pathogenic potential of aPL and awareness of APS as a systemic autoimmune disease became part of common practice. Interest in APS increased rapidly, chiefly due to the multidisciplinary involvement of physicians. Hematologists, rheumatologists, gynecologists and internal medicine specialists were active players from the early days, while others such as cardiologists, neurologists, dermatologists etc., became involved following clinical observations of widespread organ involvement. At the end of the last century APS was included in the textbooks of Medicine and Rheumatology and this was appropriate because, as was reported, “...there are two new diseases in the late 20th century: AIDS and APS” (1).

■ THE HISTORICAL FIRST CLINICAL CASE

Long before the invention of complement-fixing tests, *in vitro* clotting studies and immunoassays, patients were being described with features that we would now recognize as characteristic of antiphospholipid syndrome. One example is an extremely prominent English lady who died of a stroke in 1714 at the age of 49. She had had a long medical history. Most striking was her obstetric story. In 1684 her first pregnancy ended in a stillbirth. In the next two years two daughters were born, but they tragically died from smallpox in 1687. After three miscarriages she gave birth to a son who probably had hydrocephalus and subsequently died at the age of 11. After this, two children were born, both of whom lived for less than a day. There followed a succession of eight pregnancies, all of which miscarried. There were no further live births. Thus, out of a total of 17 pregnancies 11 resulted in miscarriage, with additionally one stillbirth and two neonatal deaths.

The patient had several other longstanding medical problems. They included colour changes in the peripheries which we would now describe as Raynaud’s phenomenon. She had widespread migratory joint pains; some of these were in large joints and may have related to obesity, but she also had

Corresponding Author
A. Tincani
angela.tincani@unibs.it

recurrent small joint pain. There was a facial rash which could be disfiguring. She may have had at least one grand mal fit. Towards the end of her life she suffered from “dropsy”, which may be interpreted as fluid retention.

We cannot of course know for certain what modern diagnostic labels would be given to Queen Anne’s ailments. There are many possibilities. However, one condition that could provide a unifying diagnosis for most if not all of her problems is systemic lupus erythematosus (SLE) with associated APS (2). SLE could have caused migratory joint pains and facial rash; and APS could have been responsible for her multiple miscarriages, as well as Raynaud’s phenomenon, seizure and stroke.

The patient was Anne Stuart, who was born in 1665, and became Queen of England, Scotland and Ireland in 1702. Her disastrous obstetric history was not just a personal tragedy but had a major dynastic consequence. Since she had no surviving children, and there was no close heir, the royal Stuart line came to an end at her death. The Crown passed to a cousin - George, Elector of Hanover - who came over from Germany to become King George I. It is from him that all subsequent members of the British Royal Family have descended. Clearly the diagnosis for Queen Anne’s condition must remain speculative. However, given the overall clinical picture, APS does appear to be a very strong candidate to explain the obstetric history. If Queen Anne did indeed have APS, it can be regarded as the principal cause for the Hanoverian succession and a major development in British history.



■ FROM 1900 TO 1980

It was in 1906 that Wassermann described the serological reaction for the diagnosis of syphilis (3). This used an alcoholic cell extract, rich in phospholipids. The substance responsible for the reaction was called “reagin”. Originally the reaction was a complement fixation test, subsequently modified as a flocculation test. This modification was later used to set up the Venereal Disease Research Laboratory test (VDRL), a rapid flocculation test which is still used diagnostically (4).

It was only several years later, in 1941, that the target antigen of reagin was characterized as a phospholipid derived from bovine heart and therefore called cardiolipin (5). With the use of the tests done on large populations such as soldiers during the Second World War, it became clear that not all subjects with positive results were affected by syphilis (6). As a consequence, tests more specific for syphilis were introduced such as the *Treponema Pallidum* Immobilization test (TPI) and the Fluorescent *Treponema Protein* Absorption test (FTA-ABS). The use of these specific tests focused attention on why some patients with different infective and non-infective diseases displayed a so called “biological false positive test for syphilis” (BFP-STs). In the 1950s BFP-STs was also described in patients with SLE (7).

Around the same time two SLE patients were reported who developed hemorrhages due to a peculiar anticoagulant activity characterized by a prolonged prothrombin-thrombin conversion (8). This anticoagulant was found in the blood of other patients and not always associated with bleeding problems. A few years later, it was observed that the presence of this anticoagulant was associated with BFP-STs (9) and that it could be absorbed by phospholipids (10).

Finally in the 1970s this anticoagulant activity was demonstrated to be due to an acquired immunoglobulin (IgG or IgM) partially inhibited by the addition of phospholipids or platelets and called “lupus anticoagulant” (LA) (11).

The clinical studies on SLE performed in the Mayo Clinic in the 1960s described the presence of peripheral arterial occlusion, Raynaud’s phenomenon, chronic leg ulcers, livedo reticularis, and recurrent thrombophlebitis often associated with circulating anticoagulants as part of the natural history of the disease (12, 13).

Although the first report linking circulating anticoagulants to recurrent pregnancy losses goes back to 1954 (14), only in the 1970s was LA clearly associated with fetal loss in women with placental pathology (vasculopathy, infarctions etc.). Interestingly these events were also reported in apparently healthy women (15, 16). Finally, in 1980, Soulier and Boffa described three otherwise healthy young women with circulating anti-thromboplastin anticoagulant who suffered mid-pregnancy miscarriages and thromboembolic episodes (17).

■ FROM 1980

Following on directly from the seminal work of Carreras and Vermylen, the association of LA with recurrent miscarriages, intrauterine fetal death and thrombosis was confirmed by several case reports in the early 1980s (18, 19).

However, the establishment of a new syndrome was primarily due to G.R.V. Hughes, who first described the multidisciplinary aspects of the disease linked to the presence not only of LA but also anticardiolipin antibodies (aCL) (20). He focused on the close relationship between connective tissue diseases and this new condition which was characterized by “thrombosis, abortions and cerebral disease” and often associated with a generally mild thrombocytopenia. The autoimmune nature of the syndrome was supported at this time by the observation that corticosteroid administered during pregnancy to women with recurrent miscarriages and LA could abolish LA activity and allow a successful outcome (21).

The description of an immunoassay for aCL by N. Harris was the real driver for the establishment of this new disease (22). The direct detection of aCL was performed by a completely different technique from the LA test - initially a radioimmunoassay, from which was soon developed an enzyme linked immunoassay (ELISA). This enabled the simultaneous testing of large numbers of samples, allowing physicians of all over the world to study their patient cohorts, make the diagnosis and start effective treatments. These were based on anticoagulant and/or antiaggregant drugs. In the same period, Harris also observed that the antibodies were not only targeting cardiolipin but were directed against the broad family of negatively-charged phospholipids. The name of the new disease was therefore soon changed from “anticardiolipin syndrome” to “antiphospholipid syndrome” (APS) (23).

At this stage most of the patients in whom APS had been described had SLE or a similar autoimmune condition. However, it soon became apparent that APS could exist by itself in a primary form. This was important in establishing the condition as an independent entity (24, 25).

In 1990, three groups simultaneously showed that in the majority of patients the target of aPL was not the phospholipid molecule itself but a protein present in normal plasma which binds negatively charged phospholipids

- beta2 glycoprotein I (b2GPI) (26-28). This finding allowed the development of a new test, the anti-b2GPI assay. The results were closely related to those of LA and aCL assays, although anti-b2GPI appeared to be more prevalent in patients with autoimmune diseases and less in infective conditions (where aCL assays were more frequently positive) (29).

The 1990s saw another important milestone in APS history - the first clear evidence that aPL are responsible for the disease. This came from animal models of APS - both spontaneous, in lupus prone mice (30), and induced, in healthy animals injected with purified aCL. This latter type of model was initially created in BALB/c mice by W. Branch in US (31). The concept was developed with some modifications in ICR outbred normal mice by Y. Shoenfeld (32) and this model proved to be the most widely used in the following years. All of the above models used pregnant animals to show that aPL can directly impair pregnancy outcome. By contrast, a model using an *in vivo* thrombosis technique was used by S. Pierangeli to demonstrate that aPL have a direct effect on thrombus formation (33). Subsequently, similar models were used to look for strongly pathogenic aPL: different polyclonal and monoclonal antibodies were studied including those directed to different domains on the b2GPI molecule. Some of these experiments were performed in the presence or absence of complement which confirmed its role in aPL-mediated damage (34).

Running parallel to the animal model experiments, a large body of *in vitro* work focused on the effects of aPL on cells. In a series of seminal papers P.L. Meroni and S. Pierangeli clearly showed the complex interplay between endothelial cells and aPL, and their important contribution to the vascular manifestations of APS (35). A few years later the same international group showed evidence that aPL could impair trophoblast function and therefore cause pregnancy loss (36).

In the 1990s another piece was added to the APS puzzle. R. Asherson described the catastrophic APS (CAPS) (37). This is a severe form of APS characterized by multiple organ failure occurring in few days with histopathological evidence of small vessels occlusions. The definition of CAPS allowed the identification of a group of very severely affected patients that need to be managed with aggressive therapeutic strategies.

Since 2000 a considerable amount of further work on APS has been done; and of course still more is needed. Among the many topics of current interest are: risk evaluation - including antibody profile and standardization; the evaluation and measurement of damage that can be of help to understand the long-term outcome for patients; and possible new treatments such as statins and immunosuppressive drugs. However, even if our research agendas are still full, most workers in the field would probably agree that the principal elements of this new disease were fully described in the final two decades of the last century.

International collaboration has been an important element in this story. From an early stage this was formalized through the institution of International Workshops. Starting in 1984 and repeated each two years, these were able to link the expertise of coagulation experts, gynecologists, rheumatologists, clinical immunologists and internists. They helped to define the true nature of the disease and enabled agreement on classification criteria. These were first published in 1999 (38), were subsequently modified in 2006 (39) and are currently undergoing revision (40). The International Workshops were not the only cooperative initiatives. Examples are the aPL European Forum, which described the first large APS cohort including 1000 patients (41), and APS AC-

TION, which includes an international registry connected to a biobank (42). Recently the European network of rare diseases has included APS as one of its topics.

■ ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME IN THE WORLD: A REVOLUTION IN FAVOR OF WOMEN

While many questions about the treatment and prediction of vascular events are still to be answered, the definition of APS caused a true revolution in women's health. Patients with a diagnosis of systemic autoimmune disease or with some clinical or serological autoimmune features had often reported a poor obstetric history that in many instances prevented them from having a happy family life. As physicians became aware of APS many of these patients were found to be aPL-positive, as were a number of women without any disease but suffering unexplained repeated pregnancy loss. Treatment with antiaggregant and anticoagulant drugs turned out to be remarkably effective in the majority of cases. This has really changed the life of many families all over the world; and, had it been available, it might also have changed the course of British history many years ago.

Acknowledgments

The authors are grateful to Prof. Graham Hughes not only for his inspired teaching and leadership but also for gathering a team of young and enthusiastic physicians, including AT and CM-Y. They also thank Prof. Nigel Harris for his scientific leadership and friendly collaboration within this group and lifelong.

■ BIBLIOGRAPHY

1. Khamashta MA. Hughes Syndrome: sticky blood. *Clin Exp Rheum.* 2009; 27: 1-2.
2. Emson HE. For the want of an heir: the obstetrical history of Queen Anne. *Brit Med J.* 1992; 304: 1365-1366.
3. Wasserman A, Neisser A, Bruck C. Eine serodiagnostische reaktion bei syphilis. *Dtsh. Med. Wochenschr.* 1906; 32: 745.
4. Asherson R, Cervera R, Piette JC, et al. The antiphospholipid Syndrome: History, Definition, Classification and Differential Diagnosis in *The Antiphospholipid Syndrome* 1996 CRC Press. 3-12.
5. Pagborn MC. A new serologically active phospholipid from beef heart. *Proc. Soc. Exp. Biol Med.* 1941; 44: 484-486.
6. Moore JE, Mohr CF. Biologically false positive serologic tests for syphilis; type, incidence, and cause. *J Am Med Assoc.* 1952; 150 (5): 467-473.
7. Moore JE, Lutz WB. The natural history of systemic lupus erythematosus: an approach to its study through chronic biologic false positive reactors. *J Chronic Dis.* 1955; 1 (3): 297-316.
8. Conley CL & Hartmann RC. A hemorrhagic disorder caused by circulation anticoagulant in patients with disseminate lupus erythematosus. *J Lab. Clin. Invest.* 1952; 31: 621-622.
9. Laurell AB, Nilson IM. Hypergamma-globulinemia, circulating anticoagulant, and biologic false positive Wassermann reaction; a study in two cases. *J Lab Clin Med.* 1957; 49 (5): 694-707.
10. Lee SL, Sanders MA. A disorder of blood coagulation in systemic lupus erythematosus. *J Clin Invest.* 1955; 34: 1814-1822.
11. Feinstein DI, Rapaport SI. Acquired inhibitors of blood coagulation. *Prog Hemost Thromb.* 1972; 1: 75-95.
12. Bowie EJ, Thompson JH Jr, Pascuzzi CA, et al. Thrombosis in systemic lupus erythematosus despite circulating anticoagulants. *J Lab Clin Med.* 1963; 62: 416-430.
13. Alarcon Segovia D, Osmundson J. Peripheral vascular syndromes associated with systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med.* 1965; 62: 907-919.

14. Beaumont JL. Syndrome hémorragique acquis du à un anticoagulant circulant; inhibition de la fonction thromboplastique des plaquettes; description d'un test spécifique [Acquired hemorrhagic syndrome caused by a circulating anticoagulant; inhibition of the thromboplastic function of the blood platelets; description of a specific test]. *Sang.* 1954; 25 (1): 1-15.
15. Nilsson IM, Astedt B, Hedner U, et al. Intrauterine death and circulating anticoagulant ("antithromboplastin"). *Acta Med Scand.* 1975; 197 (3): 153-159.
16. Krulik M, Tobelem G, Audebert AA, et al. Les anticoagulants circulants au cours du lupus érythémateux disséminé A propos de 3 observations [Circulating anticoagulants in disseminated lupus erythematosus. A propos of 3 cases]. *Ann Med Interne (Paris).* 1977; 128 (1): 57-62.
17. Soulier JP, Boffa MC. Avortements à répétition, thromboses et anticoagulant circulant antithromboplastine. *Nouv Presse Med.* 1980; 9: 859-864.
18. Carreras LO, Vermeylen J, Spitz B, et al. "Lupus" anticoagulant and inhibition of prostacyclin formation in patients with repeated abortion, intrauterine growth retardation and intrauterine death. *Br J Obstet Gynaecol.* 1981; 88 (9): 890-894.
19. Carreras LO, Defreyn G, Machin SJ, et al. Arterial thrombosis, intrauterine death and "lupus" anticoagulant: detection of immunoglobulin interfering with prostacyclin formation. *Lancet.* 1981; 1 (8214): 244-246.
20. Hughes GR. Thrombosis, abortion, cerebral disease, and the lupus anticoagulant. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1983; 287 (6399): 1088.
21. Lubbe WF, Butler WS, Palmer SJ, et al. Fetal survival after prednisone suppression of maternal lupus-anticoagulant. *Lancet.* 1983; 1 (8338): 1361-1363.
22. Harris EN, Gharavi AE, Boey ML, et al. Anticardiolipin antibodies: detection by radioimmunoassay and association with thrombosis in systemic lupus erythematosus. *Lancet.* 1983; 2 (8361): 1211-1214.
23. Harris EN, Gharavi AE, Hughes GR. Anti-phospholipid antibodies. *Clin Rheum Dis.* 1985; 11 (3): 591-609.
24. Mackworth-Young CG, Loizou S and Walport MJ. Primary antiphospholipid syndrome: features of patients with raised anticardiolipin antibodies but with no other disorder. *Ann. Rheum. Dis.* 1989; 48: 362-367.
25. Alarcon-Segovia D, Sanchez-Guerrero. J Primary antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol.* 1989, 16: 482-488.
26. Galli M, Comfurius P, Maassen C, et al. Anticardiolipin antibodies (ACA) directed not to cardiolipin but to a plasma protein cofactor. *Lancet.* 1990; 335 (8705): 1544-1547.
27. McNeil HP, Simpson RJ, Chesterman CN, et al. Antiphospholipid antibodies are directed against a complex antigen that includes a lipid-binding inhibitor of coagulation: b2-glycoprotein I (apolipoprotein H). *Proc Natl Acad Sci USA.* 1990; 87: 4120-4124.
28. Matsuura E, Igarashi Y, Fujimoto M, et al. Anticardiolipin cofactor(s) and differential diagnosis of autoimmune disease. *Lancet.* 1990; 336: 177-178.
29. Arvieux J, Roussel B, Jacob MC, et al. Measurement of anti-phospholipid antibodies by ELISA using beta 2-glycoprotein I as an antigen. *J Immunol Methods.* 1991; 143 (2): 223-229.
30. Gharavi AE, Mellors RC, Elkon KB. IgG anti-cardiolipin antibodies in murine lupus. *Clin Exp Immunol.* 1989; 78 (2): 233-238.
31. Branch DW, Dudley DJ, Mitchell MD, et al. Immunoglobulin G fractions from patients with antiphospholipid antibodies cause fetal death in BALB/c mice: a model for autoimmune fetal loss. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163 (1 Pt 1): 210-216.
32. Blank M, Cohen J, Toder V, et al. Induction of anti-phospholipid syndrome in naive mice with mouse lupus monoclonal and human polyclonal anti-cardiolipin antibodies. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1991; 88 (8): 3069-3073.
33. Pierangeli SS, Harris EN. Antiphospholipid antibodies in an in vivo thrombosis model in mice. *Lupus.* 1994; 3 (4): 247-251.
34. Holers VM, Girardi G, Mo L, et al. Complement C3 activation is required for antiphospholipid antibody-induced fetal loss. *J Exp Med.* 2002; 195: 211-220.
35. Meroni PL, del Papa N, Gambini D, et al. Antiphospholipid antibodies and endothelial cells. *Lupus.* 1994; 3 (4): 267-269.
36. Di Simone N, Meroni PL, de Papa N, et al. Antiphospholipid antibodies affect trophoblast gonadotropin secretion and invasiveness by binding directly and through adhered beta2-glycoprotein I. *Arthritis Rheum.* 2000; 43 (1): 140-150.

37. Asherson RA, J Rheumatol. 1992; 19: 508-512.
38. Wilson WA, Gharavi AE, Koike T, et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome: report of an international workshop. Arthritis Rheum. 1999; 42: 1309-1311.
39. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). J Thromb Haemost. 2006; 4: 295-306.
40. Barbhaiya M, Zuily S, Ahmadzadeh Y, et al. New APS Classification Criteria Collaborators. Development of a New International Antiphospholipid Syndrome Classification Criteria Phase I/II Report: Generation and Reduction of Candidate Criteria. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021; 73 (10): 1490-1501.
41. Cervera R, Piette JC, Font J, et al. AntiPhospholipid Syndrome. Clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. Arthritis Rheum. 2002; 46: 1019-1027.
42. Erkan D, Lockshin MD. APS ACTION members. APS ACTION-AntiPhospholipid Syndrome Alliance For Clinical Trials and International Networking. Lupus. 2012; 21 (7): 695-698.

Appunti sulla gotta di Matilde di Canossa

Alberto Pérez Negrete, Leonardo Punzi, Piero Marson,
Andrea Cozza

Istituto di Storia della Reumatologia, Venezia

■ MATILDE, DONNA NEL MEDIOEVO

Matilde di Canossa (Mantova?, ca. seconda metà 1045/prima metà 1046 - Bondeno di Roncore, 24 luglio 1115) è uno dei personaggi più noti e studiati di tutta la storia italiana. Figlia di Bonifacio, signore di Canossa e marchese di Toscana, e di Beatrice di Lorena, «Matilda» cresce in un contesto turbolento marcato di lotte politico-religiose tra diversi imperatori e papi (le cosiddette “lotte per le investiture”). Anche nel contesto familiare, l’inizio del suo percorso vitale è molto movimentato: suo padre viene assassinato (1052); i fratelli muoiono in oscure circostanze; la madre, dopo aver sposato Goffredo il Barbutto, duca della Bassa Lotaringia, viene sequestrata assieme alla stessa Matilde dall’imperatore Enrico III - che non era d’accordo con l’unione - e vengono liberate solamente nell’ottobre del 1056; infine, la futura contessa deve assecondare un primo matrimonio con il suo fratellastro Goffredo il Gobbo (prima del 1069), che abbandona nel 1072 a causa del disagio coniugale (1, 2).

Nel Medioevo la vita delle donne aristocratiche era caratterizzata da angosce e sofferenze, e il matrimonio non faceva altro che complicare la già difficile esistenza femminile. La vita di Matilde di Canossa non fa eccezione. Bisogna sottolineare che il matrimonio in epoca medievale è un contratto (e non un sacramento) le cui clausole devono essere stabilite a seconda della congiuntura delle famiglie firmanti. In questo contesto, purtroppo, le donne vengono usate come pedine da gioco, per stabilire alleanze e unire grandi patrimoni. In forte contrasto con il mondo attuale, la salvezza delle donne in Età medievale risiede nella vita religiosa, vale a dire nella loro adesione a un convento. In questo luogo, le donne hanno la sicurezza di non essere maltrattate; di mangiare tutti i giorni; di poter vivere più a lungo. Difatti, vivere in un convento dava la possibilità non solo di eludere delle situazioni rischiose per la vita, come il parto, ma anche di studiare e sviluppare i talenti (3, 4).

■ MATILDE E PAPA GREGORIO VII

Un punto di svolta nella vita di Matilde è l’elezione di Gregorio VII al soglio papale (22 aprile 1073). La contessa dedica tutta la sua vita alla causa del nuovo pontefice supportando la riforma gregoriana della Chiesa Latina. Questa riorganizzazione religiosa si basa su due punti: primo, che Roma e il suo vescovo hanno un ruolo preminente su tutti i vescovi della chiesa di occidente; secondo, che il clero e i laici si devono separare. Misura, quest’ultima, che si traduce nel divieto ai religiosi di potersi sposare (come accadeva fino a quel momento) e nella rimozione dell’obbligo per i religiosi di essere nominati

da un laico, come per esempio un imperatore. L'operato di Matilde è particolarmente rilevante a partire dal 18 aprile 1076, data in cui la madre Beatrice muore. Di conseguenza, essa eredita tutti i titoli materni e il controllo di una fetta molto importante di territorio che comprende parte della Lombardia fino a Viterbo.

Il conflitto più celebre in cui Matilde partecipa è lo scontro tra Gregorio VII e l'imperatore Enrico IV. In questo episodio il monarca tedesco si oppone alla riforma religiosa proposta dal pontefice e, in particolare, al *Dictatus papae* del 1075 in cui si afferma che il potere temporale (ad esempio, quello dei potentati) è inferiore a quello spirituale (quello del papa). Contestualmente, Enrico e il suo impero vengono scomunicati e desacralizzati. In seguito, le pressioni dei dirigenti e dei vescovi del territorio sotto il dominio dell'imperatore favoriscono un incontro, fissato ad Augusta (Augsburgo) il 2 febbraio 1077 in cui i due interessati si riconcilino. La rappacificazione però, supervisionata da Matilde (seconda cugina di Enrico) e l'abate Ugo di Cluny, si celebra infine presso il Castello di Canossa il 28 gennaio 1077 dove il papa, in viaggio verso la città stabilita, era ospite. Nello stesso giorno, Enrico si sottomette al potere pontificio mettendo così fine ad un episodio che rimane ancora nel vocabolario quotidiano nel modo di dire "andare a Canossa", come simbolo di assoggettamento per chiedere perdono (1).

L'aiuto e i favori di Matilde verso Gregorio VII sono anche materiali, ovvero donazioni. Sempre a Canossa, alla fine della sua vita, la contessa concede alla Chiesa le notissime abbazie di famiglia di S. Claudio di Frassinoro (Modena) e di S. Benedetto Polirone (San Benedetto Po, Mantova). È proprio nella chiesa di S. Benedetto Polirone che, dopo la morte, il corpo della «signora»



Figura 1

Gian Lorenzo Bernini,
La contessa Matilde di Canossa,
1633-34, bronzo.

viene depositato. Successivamente, nel 1632-33 l'abate Andreasi vende i resti di Matilde a papa Urbano VIII, il quale incarica Gian Lorenzo Bernini di costruire un nuovo tumulo funerario da ubicare presso San Pietro (5) (Figura 1).

■ MATILDE E LA GOTTA NELLE FONTI

La domanda che sorge spontanea è su che basi si può affermare che Matilde fu affetta di gotta. A tale interrogativo risponde una delle principali fonti per la conoscenza della vita della contessa: la biografia intitolata *De principibus Canusinis* oppure *Vita Mathildis*, concepita tra gli anni 1111-1115 e scritta da Donizone, monaco benedettino del monastero di S. Apollonio di Canossa (6). Il religioso, tra i versi 1454 e 1459 della narrazione, mentre descrive le funzioni religiose natalizie del 1114 tenute dall'abate di Cluny Ponzio nel monastero di S. Benedetto in Polirone, riporta la seguente informazione:

«Nocturnam, Magnus licet algor stringeret artus,
Devote gracilis surgit tamen ipsa Mathildis,
Auribus intentis capiendo verba canentis.
Extensos cantus non deseruit sibi gratos;
Frigore percussa, doluit nimis ilico gutta,
Vixque die mansit patris ad missam venerandi.

[Benché il freddo stringesse le membra,
e la stessa Matilde, debole, ma molto devota,
volle alzarsi a sentir le parole che lui cantava,
e ascoltò tutti quanti i lunghissimi, amati canti.
Dal freddo colpita, tosto avvertì un forte dolore di gotta,
E fattosi dì, a fatica assistette alla messa del venerabile padre.]» (7).

Questo episodio gottoso, scarsamente descritto da Donizone, trova un riscontro solo parziale nei vari testi pubblicati in Età Moderna che esaminano la figura di Matilde (8). Silvano Razzi nel 1587 annota nel *La vita, ouero azioni della contessa Matelda*, che:

«dopo essere ella stata [Matilde] alquanto cagionevole, venuto il giorno, nel quale si celebra il glorioso Natale di Nostro Signore, l'anno mille, e cento quattordici, e dell'età di lei il settantesimo; per haver voluto vegghiare tutta quella notte, non sentendo il disagio, in orazioni, e meditazioni, *cadde in alquanto piu grave infermità, ma non però tale, che ella non ne guarisse in pochi giorni.* Ma finalmente havendo voluto digiunare tutta la quaresima seguente, secondo che era solita di fare, non ostante, che ella ne fusse scongiata suo confessoro, *si mise in letto per ultimo, non meno che inferma, stracca, & afflitta nel corpo, e nell'animo,* per le indicibili fatiche durate tutta la vita sua in trattando tante guerre, & importantissime azioni» (9).

Da parte sua, Domenico Mellini - allo stesso modo che il Razzi - segnala nel *Trattato dell'origine, fatti, costumi e lodi di Matilda...* (Mantova, 1589) che la contessa era interessata di «molte fatiche del corpo e pensieri dell'animo affaticata, stanca, e debole»; sofferenze che aggiunte al freddo e al disagio generale patito durante le cerimonie liturgiche obbligarono Matilde a «cedere alla malattia, che lentamente l'assalse, e nel letto la ridusse à stare del continuo» (10). Negli ultimi anni del Cinquecento, Benedetto Lucchini, focalizzandosi nella stretta religiosità e devozione della «signora di Canossa», concorda con i due biografi precedenti indicando che la grave indisposizione

della contessa, accentuata dal digiuno quaresimale dell'anno 1115, le provocò una «grave infermità» non meglio precisata dall'autore (11).

Il silenzio sulla malattia di Matilde si estende ai primi anni del Seicento. Ad esempio, Scipione Ammirato nell'opera *Dell'istorie fiorentine* (Firenze, 1600) accenna solamente che la contessa «infermatasi nel fine dell'anno 1114 & nel male continuata per lo spazio di sette mesi, si morì verso il fine della primavera dell'anno 1115» (12). L'affezione podagrosa è per prima volta accennata da Francesco Maria Fiorentini nelle *Memorie della Gran Contessa Matilda* (Lucca, 1642). Secondo il Fiorentini, «nel disagio dell'assistere agli offizj di quella notte [Natale] più del solito gelata, senti Matilda ancora più manifesti e principj della ricaduta, che furono i preludj della sua morte. *S'inasprì la podagra*, & appena poté assistere alla Messa del giorno», dopodiché fu costretta a letto (13). Alcuni anni dopo, Benedetto Bacchini nell'*Istoria del monastero di S. Benedetto in Polirone* (Modena, 1696) oltre a riferire la podagra, afferma che «che uno de' morbi principali, che la riducevano [Matilde] all'ultime angustie, era una cattiva affezione d'intestini» (14). Quest'ultimo morbo però, che l'autore dell'*Istoria* desume da un verso di Donizone («interea languor cum non cessaret ad aluo»), non trova riscontri documentari. Alcuni studiosi di fine Novecento considerano che la proposta di Bacchini si fonda su un malinteso lessicale della parola «aluo», utilizzata da Donizone non con il significato di “addome” ma di “corpo” in generale (15).

Nel Settecento si hanno almeno tre riferimenti che informano che Matilde era malata di podagra. In primo luogo, Antonio Rota nelle *Notizie Istoriche* dedicate a S. Anselmo, protettore di Mantova, ripete pedissequamente i dati riferiti da tutti gli autori precedenti, inclusa la teoria di Bacchini sull'affezione intestinale (16). In secondo luogo, Carlo Antonio Erra nelle *Memorie storico-critiche della gran contessa Matilda*, aggiunge che a causa della debolezza che impediva alla signora di alzarsi dal letto durante la Quaresima dell'anno 1115, per suggerimento dei vescovi di Mantova, Reggio e l'abate di S. Benedetto, la contessa sostituì il digiuno «colla limosina [...] dando invece ogni giorno il vitto a certo numero di poveri» (17). Infine, Ippolito Camici nella sua *Serie de' duchi e marchesi di Toscana* non fa che riportare quanto detto finora (18).

■ LA LETTERATURA RECENTE E CONCLUSIONI

Negli anni Settanta del secolo scorso, la salute di Matilde e la sua malattia sono stati oggetto di due saggi pubblicati da Pericle di Pietro e Pier Andrea Maccarini. Il primo afferma che Matilde era sicuramente affetta da gotta - «malattia forse meglio conosciuta allora, almeno dal punto di vista clinico, che oggi» (!) - ma che difficilmente il suddetto morbo le avrebbe potuto causare la morte. Per questo motivo, di Pietro non esclude che Matilde abbia sofferto, in un primo momento, «un episodio vascolare [...] spastico» mutato con l'aggravarsi della sua situazione salutare «ad un fatto vascolare di natura organica» (15).

Invece, nel secondo contributo, Maccarini (cardiologo) pensa che il peggioramento della contessa nella stagione invernale unitamente alle abitudini alimentari dell'epoca (consumo eccessivo di carne) evidenzino «chiaramente [...] una diffusa artropatia uricemica». In più, il cardiologo ipotizza che la malattia, abbastanza grave da portare Matilde alla morte in sei-sette mesi, fosse accompagnata da una «cardiopatía verosimilmente degenerativa». Gotta e cardiopatía che, in conclusione, sono «indice di un dismetabolismo che spesso interessa con particolare attinenza il sistema circolatorio» (19).

Approfondire con ricerche archivistiche e in fonti stampate lo stato di salute delle donne nella storia è basilare per poter avere una migliore comprensione della evoluzione delle malattie reumatologiche nel genere femminile. Inoltre, nei casi in cui si siano conservati le salme dei personaggi studiati, la paleopatologia è una disciplina che può precisare e apportare nuovi dati sui morbi di cui informano cronache storiche e biografie accreditate, com'è il caso delle celebri famiglie Montefeltro e de' Medici (20-22).

■ BIBLIOGRAFIA

1. Per approfondire la figura di Matilde si propongono, Ghirardini LL. Storia critica di Matilde di Canossa. Problemi e misteri della più grande donna della storia d'Italia, Reggio Emilia, 1989; Golinelli P. Matilde e i Canossa nel cuore del Medioevo, Milano, 1991; Fumagalli V. Matilde di Canossa. Potenza e solitudine di una donna del Medioevo, Bologna, 1996; Matilde di Canossa nelle culture europee del secondo Millennio. Dalla storia al mito (a cura di P. Golinelli), Bologna, 1999; Golinelli P. Matilde di Canossa. Dizionario Biografico degli Italiani. 72 (2008). on line.
2. Per una panoramica esauriente del contesto storico-artistico di Matilde si veda, Matilde di Canossa, il papato, l'impero: storia, arte, cultura alle origini del romanico (a cura di Renata Salvarani e Liana Castelfranchi), Cinisello Balsamo, 2008; Matilde e il tesoro dei Canossa, tra castelli, monasteri e città (a cura di Arturo Calzona). Cinisello Balsamo. 2008.
3. Skinner P. Le donne nell'Italia medievale: secoli VI-XIII. Roma. 2005.
4. Frugoni C. Donne medievali. Sole, indomite, avventurose. Bologna. 2021.
5. Sulla iconografia di Matilde nei secoli si veda, Golinelli P. I mille volti di Matilde: immagini di un mito nei secoli. Milano. 2003.
6. Donizone. Vita di Matilde di Canossa (a cura di Paolo Golinelli). Milano. 2008; 232-233. Tutti i corsivi sono nostri.
7. su Donizone si veda, Golinelli P. Donizone. Dizionario Biografico degli Italiani. 41 (1992), on line.
8. Paoli MP. La donna e il melograno. Biografie di Matilde di Canossa (secoli XVI-XVII). Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée, 113, 1 (2001). Alle origini della biografia femminile: dal modello alla storia. Actes du colloque organisé par le Dipartimento di storia dell'Università degli studi di Firenze, l'École française de Rome et le Comune di Firenze «Progetto donna». 173-215.
9. Razzi S. La vita, ovvero Azioni della Contessa Matilda. Firenze. 1587; 65-66.
10. Per le due citazioni, Mellini D. Trattato dell'origine, fatti, costumi e lodi di Matilda la Gran Contessa d'Italia, con un albero cronologico di detta Contessa in fine. Firenze. 1589; 102.
11. Lucchini B. Cronica della vera origine et attioni della Illustrissima et famosissima Contessa Matilde e dei suoi antecessori e discendenti, in cui si comprendono ancora le cose notabili et degne di memoria succedute di tempo in tempo infino ad ora... Mantova. 1592; 40-41.
12. Ammirato S. Dell'Historie fiorentine... libri venti dal principio della città infino all'anno MCCCCXXXIII nel quale Cosimo de' Medici il vecchio fu restituito alla patri... Firenze. 1600; 41.
13. Fiorentini FM. Memorie di Matilda, la Gran Contessa, propugnacolo della Chiesa con le particolari notizie della sua vita e con l'antica serie degli antenati da F. M. Fiorentini restituita alla patria lucchese. Lucca. 1642; 318-319.
14. Bacchini B. Dell'istoria del monastero di s. Benedetto di Polirone nello stato di Mantoua. Libri cinque composti da d. Benedetto Bacchini monaco di s. Benedetto... da lui dedicati al ... cardinal Celestino Sfondrati... Modena. 1696; 231.
15. Di Pietro P. Leggendo Donizone: malattia e morte di Matilde di Canossa. Studi matildici: atti e memorie del secondo Convegno di studi matildici (a cura di Giordano Bertuzzi). Modena. 1971; 137-142.
16. Rota A. Notizie Istoriche di S. Anselmo Vescovo di Lucca, e Protettore di Mantova raccolte dal P. Andrea Rota della Compagnia di Gesù coll'aggiun-

- ta di cose del Santo inedite. Verona. 1733; 308.
17. Erra C.A. Memorie storico-critiche della gran contessa Matilda raccolte da Carlantonio Erra milanese della congregazione della Madre di Dio. Roma. 1768; 144-145.
 18. Camici I. Serie de' duchi e marchesi di Toscana di I.C.A.A. Dedicati all'illustrissimo signore Andrea Pazzino de' Pazzi patrizio fiorentino. Firenze. 1780; 13.
 19. Maccarini PA. Aspetti della religiosità di Matilde di Canossa. Reggio medievale: atti e memorie del Convegno di studi matildici (a cura di Gino Badini). Reggio Emilia. 1979, 63-4.
 20. Fornaciari A. L'esplorazione della tomba di Federico II da Montefeltro: notizie preliminari. *Archeologia Postmedievale*. 2000; 4: 211-218. Fornaciari A, Giuffra V, Armocida E, et al. Gout in Duke Federico of Montefeltro (1422-1482): a new pearl of the Italian Renaissance. *Clin Exp Rheumatol*. 2018; 36 (1): 15-201.
 21. Checa A. A revisitacion of Federico da Montefeltro gout: an additional piece of paleopathological evidence in fine art. *Clin Exp Rheumatol*. 2021; 39 (5): 1145.
 22. Fornaciari G, Giuffra V, Giusiani S, et al. The 'gout' of the Medici, Grand Dukes of Florence: a palaeopathological study. *Rheumatology (Oxford)*. 2009; 48 (4): 375-377.

Artiste con Artrite

Monica Chia

Coordinatrice editoriale delle pubblicazioni online e cartacee di *Hemove Onlus*



Figura 1

Artemisia Gentileschi, *Autoritratto come allegoria della Pittura*, 1638-39, olio su tela, Kensington Palace, Londra.

L'invisibilità delle donne nella storia dell'arte occidentale è un dato tristemente noto di cui è facile accorgersi entrando in un qualunque museo e contando i nomi femminili degli autori presenti, raramente si supererà il 5%! (1).

Se di loro si sono conservate poche tracce, le donne artiste però sono sempre esistite come attesta in modo autorevole Plinio il Vecchio che narra di alcune famose pittrici greche e, riprendendo Erodoto, attribuisce la nascita stessa dell'ars pittorica ad una giovane corinzia che, addolorata per la partenza dell'amato, ne ritrasse il volto ricalcando l'ombra proiettata sul muro dalla luce di una lampada (2). Nascoste per secoli tra le mura domestiche o dei conventi, nel Medioevo le donne vengono ammesse alle cosiddette "arti minori" (miniatura, ricamo, tessitura) e solo a partire dal XVI secolo alcune cominciano a rivestire ruoli da protagoniste. Fra le prime, Artemisia Gentileschi (1593-1653) che nel celebre autoritratto (Figura 1) rivendica quel "diritto universale all'arte" il cui riconoscimento è ancora un obiettivo da raggiungere nonostante gli innegabili passi in avanti compiuti verso la parità di genere.

Tornando all'attualità, nel catalogo della Biennale Arte 2022, la curatrice Cecilia Alemanni sottolinea come, per la prima volta nei 127 anni della sua storia, la Mostra veneziana includa una maggioranza di artiste donne, una scelta che riflette il panorama artistico internazionale ma anche un deliberato ridimensionamento della centralità del ruolo maschile nella storia dell'arte e della cultura contemporanea. Ciò che prima mancava non era la qualità ma l'informazione adeguata sul contributo di centinaia di artiste rimaste sottotraccia o non riconosciute appieno nella loro grandezza (3).

Qui prendiamo in considerazione tre di queste donne, molto diverse tra loro per temperamento e modalità espressive ma accomunate dall'aver segnato le tendenze artistiche del Novecento e anche dall'aver sofferto di malattie reumatologiche invalidanti, conservando e trasmettendo, tuttavia, una grande passione per il proprio lavoro e per la vita.

Indirizzo per la corrispondenza:

M. Chia
monica.chia@virgilio.it

CAROL RAMA

(17 aprile 1918 - 25 settembre 2015)

Il fulcro del Padiglione Centrale della LIX Biennale d'arte è una presentazione di varie artiste attive dagli anni '30 vicine alle atmosfere del Surrealismo ma la cui ricerca su una nuova idea di corpo guida ancora le generazioni attuali. Spesso emarginate dalla narrazione dominante, condividono il rifiuto della visione patriarcale di genere e identità, ed esercitano il controllo sui loro corpi con una complessità e un'ironia assente nel lavoro dei colleghi uomini (3).

Fra queste Carol Rama che, nella sua lunghissima carriera si è distinta per il linguaggio artistico dissacrante, contestatario e fortemente erotico. Scomparsa nel 2015 all'età di 97 anni, nasce in una famiglia della media borghesia torinese e inizia a dipingere da autodidatta fin dall'adolescenza. Fra gli anni '30 e '40 realizza una produzione di acquerelli decisamente anticonformisti che utilizza come strumento di guarigione dalle sofferenze causate da episodi esistenziali angoscianti: «ognuno di noi ha una malattia tropicale dentro di sé che cerca di rimediare. Io rimedio con la pittura» (4). Il suicidio del padre, la guerra e il ricovero della madre in una clinica psichiatrica vengono trasformati da Rama in immagini potenti che individuano nel corpo femminile la sede privilegiata del dramma emotivo che accompagna la precarietà dell'esistenza umana, come in *Appassionata* (Figura 2) che raffigura la crisi d'identità delle pazienti con cui la madre condivide le giornate in manicomio; i loro corpi, anche se legati sui letti o su sedie a rotelle non possono essere veramente controllati ed esprimono una insopprimibile carica sessuale. Libertà inaccettabile nel clima conservatore dell'epoca, tanto che la sua prima mostra personale (1945) viene chiusa per oltraggio al pudore. Dopo un'esperienza astrattista negli anni '50, Rama inaugura la serie dei collage/bricolage tattili in cui composizioni di materiali disparati come siringhe, piccoli occhi in vetro o camere d'aria in gomma sono incollati sulle tele oppure fatte pendere da ganci metallici; fino agli ultimi lavori dove appaiono corpi, dentiere, lingue, organi genitali, figure di animali e scarpe abitate da falli.

Tra gli amici molti intellettuali come Edoardo Sanguineti, Corrado Levi, Man Ray, Andy Warhol e soprattutto Felice Casorati con la moglie Daphne Maugham, i primi a riconoscerne il genio e a sostenerla nella sua difficile carriera di pittrice (4).

Ha sempre vissuto e lavorato a Torino in una casa-studio nella quale ogni oggetto ha assunto valori simbolici fino a fare dell'abitazione una grande opera d'arte totale, una rappresentazione della sua stessa anima. Dal 2019, è visitabile come museo in via Napione a Torino (5).

Il pubblico comincia a conoscere Rama solo abbastanza recentemente, quando Lea Vergine la inserisce tra le grandi artiste del Novecento nella mo-



Figura 2

Carol Rama,
Appassionata, 1941,
acquarello su carta,
collezione privata.

stra intitolata *L'altra metà dell'avanguardia 1910-1940. Pittrici e scultrici nei movimenti delle avanguardie storiche* (Palazzo Reale, Milano, 1980) (6). Poi, nel 1993 La Biennale di Venezia le dedica una sala personale (7) e la consacra definitivamente nel 2003 conferendole il Leone d'oro alla carriera.

Fino alla fine, le sue opere esprimono un desiderio acceso verso l'arte e la vita malgrado il dolore provocato dall'artrite di cui ha sofferto per almeno trent'anni. La passione per il suo lavoro è l'antidoto alla rassegnazione e all'angoscia: «del lavoro ho un bisogno estremo, nonostante i miei 86 anni, nonostante l'artrite che mi deforma le mani. E riesco ancora a lavorare ogni giorno almeno due o tre ore [...]. Il lavoro, la pittura, per me, è sempre stata una cosa che mi permetteva di sentirmi meno infelice [...] dipingo per guarirmi» (8).

Carol Rama è riuscita a fare della diversità, della malattia mentale e fisica una risorsa a cui attingere e dell'arte una straordinaria terapia.

NIKI DE SAINT PHALLE (29 ottobre 1930 - 21 maggio 2002)



Figura 3
Niki de Saint Phalle,
Gwendolyn, 1966/1990,
resina di poliestere
verniciata su base
in metallo,
Niki Charitable
Art Fondation.

«L'oblio mi proteggeva da una verità insopportabile» scrive Niki de Saint Phalle nella lettera-libro indirizzata alla figlia in cui confessa l'orrore dell'abuso sessuale subito da suo padre quando era una bambina di appena undici anni, e aggiunge che molte donne ferite da traumi come il suo, si sono salvate grazie alla sublimazione dell'arte (9). Solo la pittura l'ha tenuta lontana dal suicidio riuscendo a trasformare, per usare le sue efficacissime parole «il male in benedizione e la disgrazia in oro» (9). I danni profondi subiti nell'infanzia, la successiva grave depressione per la quale verrà 'curata' con decine di elettroshock secondo la dottrina violenta della psichiatria dell'epoca, il dolore fisico dell'artrite reumatoide, non avrebbero potuto essere affrontati senza il valore terapeutico della sua arte. Soprattutto la scultura, a cui approderà nel corso della propria maturazione artistica, è espressione della forza di vivere e dell'ostinazione a non cedere ai momenti di sconforto.

Catherine Marie-Agnès Fal de Saint Phalle detta Niki, nasce nel 1930 da una famiglia aristocratica e conservatrice in Francia, per poi trasferirsi da piccola negli Stati Uniti mantenendo però sempre strettissimi rapporti con la terra d'origine e in seguito con l'Italia, divenuta sua seconda casa. Insofferente all'ambiente asfissiante e autoritario della famiglia, a 18 anni scappa con un coetaneo che diventerà il suo primo marito e da qui inizia la sua strada di ricerca artistica che è incentrata sull'esigenza di una 'libertà totale' come valore fondante. Niki persegue l'autonomia non solo rispetto alla realtà sociale e culturale a dominanza maschile bianca della sua educazione, ma anche contro le limitazioni imposte dai committenti tanto che cercherà sempre di autofinanziare i suoi progetti più ambiziosi (10).

L'assoluta attualità dell'opera di questa donna intelligente e bellissima è testimoniata anche dall'esposizione di una sua scultura nella sede dell'Arennale della Biennale d'Arte 2022 (Figura 3). Imponente con oltre i suoi 2,5

metri di altezza, Gwendolyn è una delle prime *Nanas* di Niki, nella quale una gravidanza è orgogliosamente annunciata dal grande bersaglio dipinto sull'addome. Le *Nanas* (in francese colloquiale "pollastrelle") sono figure femminili gigantesche e dai colori sgargianti che troviamo ancora saltellare in piazze e fontane cittadine (*Fontana Stravinskij*, Parigi, 1983) e nel *Giardino dei Tarocchi* (Capalbio, provincia di Grosseto, Toscana) realizzato su un terreno concesso dalla famiglia Caracciolo.

I corpi delle sue donne appaiono sempre ampi e prorompenti, con seni e glutei accentuati da pitture coloratissime, contenitori di gioia e cura che possono diventare una vera e propria casa in cui dimorare. Come nella *Hon-en Katedral* (Modern Museet, Stoccolma, 1966), frutto della collaborazione con il secondo marito Jean Tinguely, enorme scultura in vetroresina nella quale i visitatori potevano entrare attraverso l'apertura posta fra le gambe, uno scandalo persino nell'avanzatissima Svezia.

Quella di Niki è una produzione incessante e molto variegata, prima i *Tirs* realizzati sparando con una carabina per far esplodere sacchetti di pittura sulla tela, poi le *Nanas*, i progetti architettonici, i parchi giochi, i video e film ma anche profumi e gioielli che le hanno consentito di raggiungere un pubblico più vasto (11).

Per un ventennio fino alla sua morte avvenuta nel 2002, dedica ogni pensiero ed energia alla realizzazione del grande progetto della sua vita, un giardino di 22 sculture costruito sulla base di sue interpretazioni dei simboli dei tarocchi, ispirato al Park Guell di Gaudì visitato a Barcellona molti anni prima (1955). È questa un'impresa titanica che le consentirà di esaudire il suo antico desiderio di *abitare all'interno di una scultura*, «uno spazio a curve ondulate senza nessun angolo che mi spaventi o attacchi» (10) che prenderà la forma dell'Imperatrice. Una Dea Madre protettiva, dotata di cucina, bagno, salotto e camera da letto dalla quale Niki lavora al completamento del suo capolavoro e, al tempo stesso, affronta il dolore dell'artrite reumatoide. Inizialmente, l'artista cerca di combattere la malattia senza farmaci, tramite rimedi alternativi e consulti di guaritori che ovviamente non migliorano la situazione; quasi non riesce più a camminare, le mani non rispondono, la notte si sveglia urlando dal dolore e capisce che deve cedere e accettare delle vere cure mediche in ospedale.

Il *Giardino dei Tarocchi* è ancora lì, sul versante meridionale della collina di Garavicchio, accessibile ai visitatori attraverso l'ingresso ideato dall'architetto Mario Botta come una soglia da varcare per entrare in una pausa magica nettamente divisa dalla realtà di tutti i giorni, la magia dell'arte.

MAUD LEWIS

(7 marzo 1903 - 30 luglio 1970)

La terza artista che ricordiamo è, infine, Maud Dowley Lewis, certamente meno nota a livello internazionale delle precedenti, ma altrettanto 'resiliente' per usare un'espressione di moda ma che descrive perfettamente una figura che ha rappresentato un vero trionfo dell'anima sulle avversità della vita. Fragilissima nel corpo, però dotata di una forza mentale eccezionale, i suoi dipinti ci affasciano con la loro allegria offrendo una prospettiva semplice, ma per niente banale, su un mondo coloratissimo e luminoso, ricreato osservando i paesaggi quotidiani dalla finestra di casa dove una grave forma di artrite reumatoide giovanile l'aveva costretta. Nei suoi lavori naïf, di piccole



Figura 4
Maud Lewis,
Three black cats,
1955, olio su cartone,
collezione privata.

Gallery di Halifax, capoluogo della provincia, è visibile un'installazione molto particolare che fu per 32 anni la sua minuscola abitazione tutta in legno, meravigliosamente decorata sia all'esterno che internamente con pitture sgargianti che trasmettono pura gioia di vivere. L'artista dovette convivere fin dalla più tenera età con un dolore costante: l'artrite le deformava le dita, le incurvava le spalle, il mento schiacciato contro il petto, l'andatura claudicante; era più piccola dei suoi coetanei e, vittima di bullismo a causa del suo aspetto fisico, abbandona gli studi a soli 14 anni. Ma, inaspettatamente è riuscita ad essere una bambina felice, accudita con amore dalla madre che la avvia all'arte insegnandole a suonare il pianoforte e a dipingere cartoline natalizie da vendere ai vicini (12).

Negli anni '30 l'esistenza di Maud prende però una piega drammatica. Sappiamo che partorisce una figlia data subito in adozione in circostanze poco chiare e che non conoscerà mai; rimane orfana di entrambi i genitori e il fratello, come spesso accadeva all'epoca, ottiene tutta l'eredità di famiglia lasciandola senza alcun mezzo di sostentamento. Malata, sola e povera, l'indomabile Maud reagisce rispondendo all'annuncio di un pescivendolo in cerca di una domestica e, malgrado la sua evidente disabilità, riesce ad ottenere il lavoro. Quest'uomo, solitario ed introverso, diventa anche suo marito e il primo a intrinse il talento artistico favorendone in ogni modo l'attività di pittrice.

Lewis lavorerà per anni nell'oscurità, trasformando la casetta nel suo studio traboccante di foglie, boccioli, uccelli e farfalle; dipinge ogni superficie disponibile, persino la stufa, il lavabo e le pentole vendendo le sue opere ai turisti di passaggio per non più di cinque dollari. Il passaparola attira un numero crescente di curiosi fino a che, nel 1965, la televisione canadese le dedica un documentario e la stampa comincia ad interessarsi di lei. Sarà la Casa Bianca di Nixon, che le commissiona due dipinti, ad aprirle la strada del riconoscimento internazionale e a consacrarla un'icona dell'arte canadese contemporanea. Dopo la morte, avvenuta nel 1970 per le conseguenze di un'infezione polmonare aggravata dall'artrite, dalle sigarette e dall'esposizione alle vernici, le sono stati dedicati vari tributi. Fra questi un lungometraggio presentato al Toronto Film Festival nel 2016, *Maudie, una vita a colori* diretto da Aisling Walsh e interpretato da Sally Hawking che rende omaggio ad una donna che è riuscita a comunicare la potenza terapeutica dell'arte e a dimostrare che è possibile sorridere al mondo anche nelle circostanze più dure.

dimensioni proprio a causa della scarsa mobilità delle braccia, compaiono persone sorridenti su carrozze vivaci, buoi che scuotono felici i loro campanacci, gli alberi sono un tripudio di fiori, i bambini pattinano spensierati e i gatti, i soggetti preferiti, hanno gli occhi spalancati su campi di tulipani (Figura 4).

Maud nasce nel 1901 in un paesino della Nuova Scozia in Canada da dove si muove pochissimo, passando l'intera esistenza nel raggio di un'ora di macchina dal suo luogo d'origine. Da alcuni anni, presso l'Art

■ BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.guerrillagirls.com> (consultato il 5/09/2022).
2. Plinio il Vecchio. Storia naturale. XXXV.
3. The milk of dreams (a cura di Cecilia Alemanni), LIX Esposizione internazionale d'arte. Venezia. 2022.
4. Mundici MC, Ghiotti B. Carol Rama il magazzino dell'anima. Milano. 2014.
5. <https://archiviocarolrama.org>
6. Vergine L. L'altra metà dell'avanguardia, 1910-1940: pittrici e scultrici nei movimenti delle avanguardie storiche. Milano. 2005 [1980].
7. Punti cardinali dell'arte (a cura di Achille Bonito Oliva), XLV Esposizione internazionale d'arte. Venezia. 1993.
8. Intervista rilasciata a Vera Schiamazzi, la Repubblica 06/03/2004 - <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2004/03/06/ma-non-chiamatemi-artista-al-femminile.html>
9. Saint Phalle N. Mon secret. Paris. 1994. cfr. Ongaro M. Psicovita di Niki de Saint Phalle. Cesena. 2015.
10. Ongaro M. Psicovita di Niki de Saint Phalle. Cesena. 2015.
11. Jean Tinguely: una magia più forte della morte (a cura Di Pontus Hulten). Milano. 1987.
12. Woolaver L, Brooks B. The Illuminated Life of Maud Lewis. Halifax NS. 1996.

Lavinia Fontana

Chiara Castellani

UOC Reumatologia - Dipartimento di Scienze Cliniche Internistiche,
Anestesiologiche e Cardiovascolari, Sapienza Università di Roma

*“Gran stupor delle genti e di natura,
Lavinia Fontana alta pittrice
unica al mondo come la Fenice
[...] è nel ritrar si rara e diligente
che non ha pari in queste parti o in quelle
tal ch’ormai risonar s’ode il suo nome
per tutto dove il sol spiega le chiome”*

Giulio Cesare Croce, 1590 (1)

Lavinia Fontana fu battezzata il 24 agosto 1552 a Bologna, figlia di Prospero Fontana e di Antonia de Bonardis, appartenente a una famiglia di stampatori originari di Parma (2, 3). Prospero Fontana (Bologna, 1512-1597) era un pittore affermato: aveva lavorato, oltre che a Bologna, a Roma, a Città di Castello, a Firenze e a Fontainebleau (4). La bottega di Prospero era frequentata da numerosi artisti e dai suoi allievi, tra i quali figuravano anche Ludovico e Agostino Carracci (5). Lavinia crebbe, pertanto, in un ambiente stimolante, circondata dall’arte ed educata alla musica e alle lettere (2). Non è noto quando esattamente abbia iniziato a dipingere: il Vasari nella sua opera del 1568 descrive gli esordi della pittrice di Ravenna Barbara Longhi, tuttavia, non cita Lavinia Fontana, pur essendo a conoscenza dell’attività del padre (6). La sua prima opera nota, firmata “*Lavinia Prosperi Fontanae filia virgo faciebat MDLXXV*”, è un ritratto di bambino, a cui fecero seguito principalmente soggetti religiosi, che iniziarono a farla conoscere a Bologna (5).

Raggiunti i 25 anni di età, si rese necessario trovarle un marito. Caroline Murphy ipotizza che probabilmente per alcuni committenti il nubilato di Lavinia giocasse a sfavore della sua stessa reputazione di pittrice, potendo rappresentare un motivo per non affidarle dei lavori e, inoltre, rendere difficoltosi gli affari economici derivanti dalla sua carriera artistica, condotti all’epoca sempre da uomini. Inoltre, Prospero aveva ormai circa 65 anni e non si sarebbe potuto occupare per sempre di sua figlia, né avrebbe voluto che lei si allontanasse da Bologna, ponendo fine alla sua carriera (5). L’imolese Vincenzo Ghini, professore di matematica dell’Università di Bologna e figlio di Luca Ghini, botanico, propose a Prospero la conoscenza della famiglia Zappi (5). Severo Zappi apparteneva a un ramo minore di una nobile famiglia di Imola ed era coinvolto nella vita politica della città. Egli vedeva di buon occhio l’opportunità di unire la sua famiglia a quella di Fontana a causa della fama di Prospero e del crescente successo di Lavinia, pur non essendo lei di nobili origini. Orazio Samacchini, anch’egli pittore bolognese e probabilmente uno dei maestri di Lavinia (5), scrisse a Severo che, se Lavinia fosse vissuta a lungo,

avrebbe tratto gran guadagno dalla sua pittura, insistendo sulla convenienza di questa unione (2). Così, nel febbraio del 1577, Severo Zappi chiese la mano di Lavinia Fontana per il suo secondogenito Giovan Paolo, aspirante pittore. La proposta venne accettata da Prospero. Alcune lettere testimoniano l'entusiasmo di Severo nei confronti di Lavinia: “[...] *mi satisfa assai [...] potrà comparire fra l’altre e sopra tutto dotata di molte virtù*” (2). Dal canto suo, Lavinia scrisse immediatamente a sua suocera per presentarsi (“[...] *pregandola mi voglia accettare per quella hubbidente e amorevole figliuola quale io li sero*”) (5). A questo periodo, risale l’“Autoritratto alla spinetta con la fantesca”, probabilmente uno dei due dipinti che Severo riportò a Imola per mostrare le fattezze della futura nuora, ipotesi suggerita anche dalle ridotte dimensioni del dipinto (circa 25x27 cm) (5). Nell’autoritratto (Figura 1), eseguito allo specchio, come scrive la stessa pittrice nella firma della tela, Lavinia appare seduta allo strumento musicale, guarda dritto chi osserva il quadro, è ben vestita. Una donna dietro di lei regge uno spartito. Sullo sfondo, davanti alla finestra, ha rappresentato un cavalletto, simbolo della sua attività di pittrice. Ne risulta un ritratto di una donna artista che si dipinge mentre è intenta a creare arte, in questo caso la musica, senza mai dimenticare la pittura, che appare in piena luce sullo sfondo.



Figura 1

Autoritratto alla spinetta con la fantesca, 1577, Accademia Nazionale di S. Luca, Roma.

Una donna dietro di lei regge uno spartito. Sullo sfondo, davanti alla finestra, ha rappresentato un cavalletto, simbolo della sua attività di pittrice. Ne risulta un ritratto di una donna artista che si dipinge mentre è intenta a creare arte, in questo caso la musica, senza mai dimenticare la pittura, che appare in piena luce sullo sfondo.

I due consuoceri sottoscrissero immediatamente l'accordo matrimoniale: Lavinia e Giovan Paolo sarebbero dovuti rimanere a Bologna nella casa di Prospero e sua moglie almeno fino alla morte di Prospero, in seguito alla quale i due sposi si sarebbero dovuti occupare di Antonia, se fosse stata ancora in vita (2). Il matrimonio fu celebrato nel giugno del 1577 e diede avvio a un connubio non solo personale, ma anche artistico: Giovan Paolo fu collaboratore di Lavinia sia in veste di “agente”, con il ruolo di cercare committenze, che come pittore. Diverse fonti (2, 7) indicano che Zappi contribuì a realizzare gli abiti dei soggetti ritratti da Lavinia.

Da questa unione nacquero undici figli, di cui solamente tre raggiunsero l'età adulta (2). In seguito al matrimonio, Lavinia iniziò a firmarsi “Lavinia Fontana de Zappis”, come si può notare nel suo secondo autoritratto, “Autoritratto nello studio” del 1579, oggi conservato nella Galleria degli Uffizi, Firenze.

Nel 1583 Lavinia Fontana realizzò la pala d'altare per la cappella del palazzo comunale di Imola, tra le prime pale d'altare dipinte da una donna, incarico probabilmente trovato dal suocero, confermando la pittura sacra come un punto cardine della sua vita artistica (5). Infatti, la bottega di Prospero era frequentata da diversi personaggi illustri della vita religiosa di Bologna, tra i quali Gabriele Paleotti, divenuto vescovo di Bologna nel 1566. Questi conobbe Lavinia già dagli inizi della sua attività di pittrice e ne apprezzò le qualità di artista. Nel 1593 le commissionò la pala d'altare della cappella della chiesa di San Pietro a Bologna, “L'Assunzione della Vergine”. Francesco Galliani, abitante di Bologna che raccontò la sua vita in un diario alla fine del XVI secolo, descrisse la meraviglia generata nelle persone al momento dell'apertura della

cappella e sottolinea “[...] da vari eccellenti pittori v’è dipinta in più quadri la Vita e Laudi di Nostra Signora, et il Quadro [...] dove è dipinta di sua mano la Magnifica et Virtuosissima et bella Signora Lavinia Fontana” (5).

Parallelamente, crebbe la richiesta di ritratti da parte di accademici e ricche famiglie. L’attenzione per i particolari di Lavinia in questo si rivelò fondamentale. Iniziarono per lei numerose committenze da parte di scienziati e facoltose famiglie bolognesi, tanto da riconoscerla “nel ritrar si rara e diligente” (1). Si ritiene che nel corso della sua vita realizzò circa un centinaio di ritratti (2). Al tempo, vi erano dei collezionisti di ritratti di “uomini illustri”, tra cui il prelado Alonso Chacòn, in contatto epistolare con Lavinia Fontana e suo collegamento con la corte di Filippo II di Spagna, a cui invierà, nel 1589, una pala d’altare raffigurante la Sacra Famiglia (3), e Fulvio Orsini, che possedeva già lavori di un’altra celebre donna pittrice, la cremonese Sofonisba Anguissola (5).

Girolamo Mercuriale fu un celebre medico e professore di medicina dell’Università di Bologna e poi di Padova, autore di diversi testi cardine della storia della medicina, come il “*De arte gymnastica*”, testo sulle diverse forme di ginnastica utilizzate in campo medico, “*De morbis cutaneis*”, “*De morbis puerorum*”, “*De morbis muliebribus*” e capitoli sull’importanza della balneoterapia. Anch’egli, figura eminente della cultura del tempo, medico di Ferdinando I de’ Medici e dell’imperatore Massimiliano II, si fece ritrarre dalla pittrice bolognese, definendola, in una sua lettera, “*Pittrice Eccellente*” (5).

Come già accennato, non solo gli accademici si rivolgevano a Lavinia, ma soprattutto le famiglie nobili e ricche. Il Malvasia sottolinea come tutte le dame volessero Lavinia presso di loro ed erano disposte a pagare ingenti somme di denaro pur di avere un ritratto realizzato da lei (7). Uno dei più celebri è quello della famiglia bolognese dei Gozzadini, legati a Lavinia anche sul piano personale: infatti, alcuni membri della famiglia tennero a battesimo Severo, uno dei figli della pittrice, deceduto a soli tre anni (5). A questo proposito, occorre precisare che la fama di Lavinia si estrinsecava anche nei legami che intratteneva con esponenti di spicco dell’epoca, basti pensare che il padrino di un altro dei suoi figli fu Camillo Borghese, futuro Papa Paolo V (5).

Lavinia Fontana fu celebre anche per i ritratti di bambini. Tra questi, figura quello di Antonietta Gonzalez (o Gonsalvus). La bambina, come suo padre Pietro e alcuni dei suoi fratelli, era affetta da ipertricosi. La sua famiglia fu descritta da Ulisse Aldrovandi, celebre naturalista, nel suo “*Monstrorum historia*”, raccolta di condizioni mediche allora reputate particolari (8). Antonietta nel dipinto tiene in mano un foglio con alcune iscrizioni, indossa un vestito dalla stoffa elaborata e guarda lo spettatore con un’espressione fiera, ma allo stesso tempo dolce e nulla la differenzia dagli altri bambini ritratti da Lavinia.

Un altro ritratto di bambina ricorda la triste storia di Antonia Ghini. Antonia era la figlia di Vincenzo Ghini e sua moglie Scilla. Scilla e Lavinia avevano condiviso l’esperienza della gravidanza nel 1581, quando la pittrice diede alla luce Laura, deceduta a poche ore di vita, e Scilla Antonia. Purtroppo, Antonia perì nel dicembre del 1583 all’età di due anni a causa del vaiolo. Pochi giorni dopo, Lavinia realizzò il suo ritratto: la bambina appare in piedi, con un vestito scuro, con in mano un agrume, poggiato sopra l’iscrizione che racconta la sua breve vita (5).

Nel 1597, Prospero Fontana morì. Nel 1598-99 Lavinia dipinse la “*Visione di San Giacinto*” per la chiesa di S. Sabina a Roma, sull’Aventino (5). Il successo di questo dipinto fu straordinario, tanto da aprire le porte dell’Urbe alla pittrice, che qui si trasferì probabilmente nel 1600 durante il pontificato di Clemente VIII (9) con il marito, la madre Antonia e i quattro figli superstiti.

Nei primi anni di vita a Roma, proseguì anche nella sua attività di ritrattista, desiderata dalle famiglie più influenti della città, tra le quali i Boncompagni, i Borghese e i Barberini (2).

Nel 1603 le fu commissionata una pala d'altare raffigurante la lapidazione di S. Stefano per la Basilica di S. Paolo fuori le mura, distrutta in un incendio nel 1823 (2). Tuttavia, quest'opera non sembrò accogliere il favore del pubblico (9) e iniziò per l'artista un periodo non positivo di cui non disponiamo di molte testimonianze. Nel 1605 perse la figlia adolescente Laudomia e due anni dopo la madre (2).

Dalle lettere che ci sono giunte, emerge come iniziò a rimandare l'esecuzione delle committenze, a volte rifiutandole (5). Carlo Ferrante, appassionato di belle arti e letterato di Cremona, ebbe una corrispondenza con Lavinia. Ad un sollecito, lei rispondeva così, il 7 febbraio 1609 *“Dopo lo spazio di quattro mesi compiti è capitata finalmente la di V. S., [...] o pare, come mi giova credere, prende un volontario errore per mettermelo quasi acuto sprone al fianco, che mi solleciti alla corrispondenza, ed in questa parte accettandolo, non solo non glie ne do mentita, che non porta l'usanza il sentire altrui per lodi eccessive, ma gliene rendo grazie per ora in parole, con pensiero di farlo con gli effetti [...] se però mi sarà concesso dalle molte occupazioni che tengo ora per padroni, cui non mi lice far disdetta, e per la qualità dell'opera desiderata, la quale avendo a venire al cospetto di persona di sì purgato giudizio, come è V. S., penerà molto ad uscire dalle mie rozze mani [...]”* (10).

Il descrivere le proprie mani come “rozze”, unita al misterioso rimandare delle committenze da parte di un'artista che aveva sempre lavorato in modo instancabile durante tutta la vita, coniugando la vita domestica e quella lavorativa, ha portato a teorizzare che potesse esserci un impedimento funzionale nella realizzazione dei quadri. Pertanto, è stato ipotizzato che l'artista potesse essere affetta da una forma di artrite (5). Indizi su questa ipotetica malattia non si riscontrano prima del trasferimento a Roma: del resto, non sarebbe stato compatibile con la strenua attività pittorica che conduceva l'artista. Nella storia artistica bolognese immediatamente successiva a quella di Lavinia Fontana, troviamo infatti Giovanni Andrea Sirani, allievo di Guido Reni, successivamente divenuto egli stesso maestro (11). Sirani era affetto da una forma poliarticolare di gotta che aveva colpito le articolazioni sia degli arti superiori che inferiori (podagra e chiragra), costringendolo spesso a letto (12). La situazione clinica non era più compatibile con l'attività di pittore e lo costrinse, nel 1662, all'età di circa 50 anni, ad abbandonare la pittura, come è testimoniato anche dal Malvasia (12), lasciando la gestione della sua bottega alla figlia Elisabetta, altra donna pittrice e figura chiave dell'arte bolognese del XVII secolo (11). Tornando a Lavinia Fontana, come precedentemente illustrato, il soggiorno romano non fu una parentesi positiva della sua vita, specialmente sul piano personale. Si potrebbe ipotizzare che un'eventuale forma di artrite potesse essere stata scatenata dagli eventi stressanti che hanno caratterizzato questo periodo della sua vita, legame eziologico che viene oggi supportato da evidenze scientifiche (13).

Tuttavia, nonostante i tragici eventi, Lavinia Fontana ha dipinto, nel 1613, il suo ultimo capolavoro, la “Minerva in atto di abbigliarsi”, uno straordinario nudo femminile realizzato da una donna, ritenuto il testamento artistico della pittrice (14). Infatti, Lavinia Fontana morì l'11 agosto 1614 a Roma, sepolta nella Chiesa di Santa Maria sopra Minerva. La sepoltura risulta attualmente perduta (2). Non è chiaro se l'artista avesse avuto degli allievi a Roma, ma ha sicuramente lasciato un'impronta indelebile sul suo presente e un'eredità artistica inestimabile.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Croce GC. La Gloria delle Donne di Giulio Cesare Croce. Bologna. 1590.
2. Galli R. Lavinia Fontana, pittrice (1552-1614). Imola. 1940.
3. De Mieri S, Fontana L. a Piano di Sorrento, Scienze e Lettere. Roma. 2015.
4. Malvasia CC. Felsina. Pittrice. 1678; 1: 216.
5. Murphy C, Fontana L. A Painter and Her Patrons in Sixteenth-Century Bologna. 2003.
6. Vasari G. Le Vite de più eccellenti pittori, scultori et architettori. 1568.
7. Malvasia CC. Felsina pittrice. Vite de' pittori bolognesi. 1678; 1: 219-220.
8. Martino E. Endocrinology and art. Portrait of Antonietta Gonzales Lavinia Fontana de Zappis (1552-1614). J Endocrinol Invest. 2010; 33: 511.
9. Baglione G. Le vite de' pittori, scultori et architetti. 1642; 143-144.
10. Bottari GG. Raccolta di lettere sulla pittura, scultura ed architettura scritte da' più celebri personaggi dei secoli XV, XVI, e XVI. 1822; 293-294.
11. Bohn B. The construction of artistic reputation in Seicento Bologna: Guido Reni and the Sirani. Renaissance Studies. 2011; 4: 511-537.
12. Malvasia CC. Felsina pittrice. Vite de' pittori bolognesi. 1678; 2: 280.
13. Germain V, Scherlinger M, Barnetche T, et al. Role of stress in the development of rheumatoid arthritis: a case-control study. Rheumatology (Oxford). 2021; 60: 629-637.
14. Fortunati V, Fontana L. 1552-1614. Milano. 1994.

Gotta e *materia medica*: trattativa, ricerca sperimentale e rimedi brevettati nell'Italia di prima età moderna

Sabrina Minuzzi

Dipartimento Studi Umanistici, Università Ca' Foscari di Venezia
Marie Skłodowska-Curie Fellow (Global), articolo realizzato nell'ambito
della ricerca MAT-MED in Transit. The Transforming Knowledge of Healing Plants,
finanziata dall'European Research Council, H2020 (2018), G.A. 844886.

Nel I sec. d.C. il medico e naturalista Dioscoride, nativo della Cilicia in Asia Minore, raccolse il corpus delle conoscenze allora note relative alle proprietà medicinali dei cosiddetti *semplici* costituenti i tre regni naturali - vegetale, animale e minerale. Realizzò un'importante compilazione (Περὶ ὕλης ἰατρικῆς), che tradotta in latino col titolo di *Materia medica* costituì la base della farmacopea dell'Occidente moderno. Dal tardo Quattrocento con l'avvento della stampa a caratteri mobili e nel corso del Cinquecento si compì il recupero filologico di quel testo, piuttosto corrotto dalla tradizione manoscritta, in particolare - ma non solo - relativamente all'identificazione delle piante, che restò per molti decenni la questione più urgente da risolvere. Uno fra i più importanti interpreti e commentatori di Dioscoride fu il medico Pietro Andrea Mattioli (1501-1578), i cui *Commentarii in libros sex Pedacii Dioscoridis Anazarbei de Materia medica*, scritti inizialmente in italiano per gli speciali che si occupavano di manipolare i medicamenti (1548), furono quasi subito illustrati e tradotti in latino (1554) per garantire loro la circolazione in altri paesi europei, dove poi, negli anni successivi, ebbero traduzioni anche nelle lingue nazionali (1, 2). Nel frattempo anche altri paesi - la Germania in primis, culla della stampa - assemblarono libri di *materia medica* utilizzando anche prima dell'Italia le lingue volgari e dell'illustrazione silografica dei semplici (per lo più piante e qualche animale e minerale), così che il numero di persone coinvolte nella lettura, interpretazione e aggiornamento della *materia medica* nota e di quella che allora iniziava a giungere dal Nuovo Mondo e dall'Estremo Oriente si ampliò sempre più (3). Medici, speciali ma anche artigiani e persone di tutt'altra professione si avvicinarono allo studio della *materia medica*: appassionati indagatori delle proprietà terapeutiche delle piante locali ed esotiche produssero una messe di osservazioni, raccolte di rimedi e sperimentazioni che si andò affiancando alla produzione a stampa.

Nonostante tale dovizia di fonti giunte sino a noi, manoscritte e a stampa, non vi è ad oggi uno studio storico che ricostruisca anche per sommi capi l'evoluzione delle strategie terapeutiche messe in atto per il trattamento di una malattia come gotta o podagra, chiragra e dolori artrici in generale. Esistono rari articoli che affrontano lo studio di un manoscritto dedicato a quelle patologie (es. 4), o magari di un'opera a stampa antica e recentemente riedita.

Indirizzo per la corrispondenza:
Sabrina Minuzzi
sabrina.minuzzi@unive.it

Saggi ed edizioni critiche realizzate anche da eccellenti filologi o da altrettanto abili storici, ma nessuno studio organico che si avvalga di una pluralità di fonti messe a confronto.

Una prima ricognizione interessante viene invece dagli studi farmacologici, che riconoscono negli erbari a stampa dei secoli XVI-XVIII un punto di partenza importante per selezionare piante sulle quali indirizzare gli studi attuali di biochimica e farmacologia (5). Tuttavia non sono gli erbari a stampa le sole fonti dalle quali bisognerebbe attingere tali informazioni. Per una ricerca che voglia mappare efficacemente la *materia medica* utilizzata in passato per curare gotta e affini sarebbe necessario uno sforzo congiunto di storici e ricercatori medico-scientifici (farmaceutici, etnobotanici ecc.). In questo modo si arricchirebbe il versante storico, mettendolo in grado di tenere conto anche dell'interpretazione delle terapie praticate dagli attori che in genere si indagano sotto il profilo socio-economico, e dall'altra permetterebbe agli scienziati di avere un quadro più esaustivo delle sostanze vegetali utilizzate in passato per eventuali ricadute sulla ricerca biomedica nel presente.

Una futura ricerca sulla gotta e sulle pratiche terapeutiche relative della prima età moderna dovrebbe fare lo spoglio di un ventaglio di fonti, che, distinte in categorie piuttosto inclusive, sono: trattatistica e testi di *materia medica*, raccolte di segreti (o rimedi medicinali), documenti d'archivio.

La trattatistica va dai testi universitari fondati sulle *auctoritates* mediche classiche, arabe e medievali (6), alle raccolte di *Consilia* ad uso professionale - genere italiano per eccellenza (7, 8), in cui la gotta, come altre patologie, è trattata discutendo casi di cura realmente occorsi nell'esperienza professionale dei loro autori. Insieme agli erbari a stampa con circolazione europea, fondamentale è l'edizione illustrata della *Materia medica* dioscoridea cui si è fatto cenno, continuamente aggiornata da Pietro Andrea Mattioli fino alla morte. Negli indici iniziali sono elencati ben 71 fra semplici e sostanze naturali che, manipolati in genere con metodi galenici (decotti, empiastri, infusioni etc.), giovano *Alla podagra ouero gotta*.

Altre fonti a stampa meritevoli di considerazione sono le farmacopee ufficiali regolarmente pubblicate nei vari stati italiani dal 1498 (9), anche se forniscono una fotografia parziale delle pratiche farmaceutiche effettivamente attuate: spesso conservative, tendevano ad ostracizzare la manipolazione chimica e le novità in campo farmaceutico (10). Vi sono infine singoli trattati per così dire monografici, che nel corso dei decenni si aprono alla lingua volgare e si rivolgono ad un pubblico ben più vasto dei soli addetti ai lavori. Una spia della circolazione ampia cui miravano questi ultimi è data anche dal formato, spesso un 8° perfettamente tascabile. Ad esempio *Il Libro delle quattro infermità cortigiane, che sono catarro, gotta, artetica, sciatica* di Luis Lobera de Ávila (Venezia 1558), traduzione dell'edizione castigliana del 1544 proposta nel più sontuoso formato in folio; oppure *Il rimedio delle podagre* di Andrés Laguna (1499-1560) pubblicato a Venezia nel 1552: 24 carte in 8° che traducono il *De articulari morbo commentarius* dedicato alla cura della malattia di papa Giulio III (Roma 1551). E ancora il *Discorso... nel quale si tratta della gotta del medico Panfilo Fiorimbene da Fossombrone* (Venezia 1553) un opuscolo di sole 8 carte in 8°; il *Trattato curioso della gotta, e sue specie del medico siciliano Matteo Soriano* (Venezia 1630, 1635) al servizio di casa Medici; fino a Seicento inoltrato con l'agile *Informatione della podagra, e sua cura* (Roma 1672) sempre in comodo formato 8°. Questi naturalmente sono solo accenni, una ricognizione esaustiva sulla trattatistica di questo tipo attende ancora di essere fatta.

Un correttivo importante alla tendenza conservatrice dei testi ufficiali è fornita dalle fonti del secondo gruppo, a cominciare dalle raccolte di segreti (ricette) medicinali assai diffuse a livello europeo fino a buona parte del Seicento, dalle quali si possono agilmente estrapolare i rimedi per gotta/podagra/reumatismi. Le raccolte a stampa sono state indagate negli ultimi decenni come genere in sé (11, 12) ma mai nei contenuti delle singole ricette, mentre fra le raccolte manoscritte tranne poche eccezioni sono state studiate con ottimi risultati soprattutto quelle compilate da figure femminili (13-15), anche se nessuno storico è mai sceso fino al dettaglio degli ingredienti delle ricette. I testi di tali raccolte, solo saltuariamente assemblate da professionisti della medicina, riservano sorprese anche ad una prima verifica superficiale. Bastino qui un paio di esempi. Il poligrafo Girolamo Ruscelli che si cela dietro il successo editoriale europeo dei *Secreti del reverendo donno Alessio piemontese* (16) dedica undici rimedi alla cura della podagra, alcuni ad uso esterno altri ad uso interno; in diversi di essi fra gli ingredienti ricorre la peonia e in uno il laudano. La ricerca scientifica corrente (PubMed) conferma che la peonia contiene un composto in grado di abbassare gli acidi urici nel sangue, mentre è risaputo l'effetto analgesico-sedativo del laudano ricavato dal *Papaver somniferum* L. Una seconda sorpresa riserva un anonimo *Libro di segreti d'arti diverse* conservato in Biblioteca Nazionale Marciana (Ms. It. III, 10 (=5003), c. 21v), che propone un rimedio per gotta a base di puleggio (menta), centaurea minore e 'matre selva' (caprifoglio): ricerche recenti accessibili in PubMed confermano che la *Mentha spicata* L. e la *Lonicera Japonica* Thunb. (caprifoliacea) contengono importanti inibitori alla produzione di acidi urici. Mentre per la centaurea minore (*Centaurea cyanus* L.) non risultano ancora studi che evidenziano proprietà antireumatiche. C'è da sottolineare come le compilazioni manoscritte, talvolta accompagnate anche da disegni di piante con le relative proprietà terapeutiche (o tossiche) in un interessante assemblaggio di erbario-ricettario, sono arricchite di osservazioni del compilatore attinte dall'esperienza personale e risultano perciò più vive e vicine all'esperienza pratica rispetto alle fonti a stampa.

Un terzo ed ultimo gruppo di fonti dovrebbe essere vagliato accuratamente per entrare nella parte più viva delle sperimentazioni di medicamenti di prima età moderna: documenti d'archivio. Dalla metà del Cinquecento a Venezia come in gran parte degli uffici di Sanità degli stati italiani era possibile ad esempio chiedere il permesso e talvolta il privilegio (ossia l'esclusiva) per manipolare rimedi medicinali di propria invenzione, ottenendo un vero e proprio brevetto *ante litteram*. Tolti i ciarlatani con le loro ricette banali o frutto di contraffazione di segreti medicinali di successo (17), e che da un certo punto in poi seguiranno un iter autorizzativo diverso, sono proprio le 'particolari persone', come le definiva allora la legislazione, a presentare le formule più innovative e di ricerca (10). E fra questi si distinguono gli speciali, per l'ottima preparazione di base e soprattutto per l'intraprendenza nella sperimentazione nel tempo libero dalla professione - visto che le farmacopee ufficiali li vincolavano alla tradizione. Faccio il solo esempio di Ghirardo Ghirardi speciale al Limone a Salò, che nel novembre del 1623 chiese e, dopo il parere favorevole del Collegio medico, ottenne dal Senato veneziano un privilegio ventennale per il suo «estratto o quintessenza di mechiocano» (ASV, *Senato Terra*, filza 266). «Con longhe vigilie et indefesse fatiche» Ghirardo era riuscito a produrre un estratto della radice di mechiocano (*Convolvulus mechoacan* Vitman, sinonimo di *Ipomoea Jalapa* (L.) Pursch) che unito ad altre sostanze non specificate si era rivelato un ottimo rimedio per dolori colici, artrici e podagra

in casi ritenuti disperati, come garantiscono le testimonianze di vari medici allegate al fascicolo. Innanzitutto notiamo che si tratta di un prodotto di manipolazione chimica, a fronte dei metodi galenici imperanti nelle farmacopee ufficiali che piuttosto metodicamente osteggiavano le pratiche chimiche; inoltre, un fatto ancora più significativo è la scelta della radice di mechocano come ingrediente principale. Il *Convolvulus mechoacan* era una pianta importata dal Messico da vari decenni che, oltre a trovare poco spazio nelle farmacopee ufficiali e nella trattatistica medica coeve, era utilizzata solo per curare la sifilide (18), mentre lo speziale Ghirardi l'aveva trovata efficace per patologie diverse. Non è dato sapere se effettivamente il *Convolvulus mechoacan* possieda principi attivi utili nelle terapie antireumatiche (al momento non risultano studi in PubMed), ma è evidente come la documentazione d'archivio ci restituisca un frammento di passato che nessuna fonte a stampa potrebbe darci.

Documenti d'archivio, manoscritti, lettere (epistole) e documenti affini sono in grado di raccontarci una storia diversa da quella basata solamente sullo studio dei testi ufficiali o di certa trattatistica edita, che inevitabilmente riflettono una farmacopea inchiodata alla ripetizione di pratiche ereditate dal passato e poco penetrabile alle novità che venivano dalle esplorazioni verso Occidente e in estremo Oriente (18, 19); ma una valutazione più attenta delle fonti è in (20). La salsapariglia ad esempio (*Smilax officinalis* o *Smilax siphilitica*), che nella produzione a stampa è raccomandata anch'essa per la cura della sifilide, è l'ingrediente principale di un rimedio per la podagra in una raccolta manoscritta di segreti medicinali di metà Seicento (London, Wellcome Library, Ms. 345, c. 33v). Il tutto con un'interessante convergenza fra impieghi della prima età moderna e medicine tradizionali di altri paesi.

Riferisco un ultimo esempio che illustra la vivacità e varietà di pratiche farmaceutiche che si evince da uno scambio epistolare. Nel 1575 il medico Melchiorre Guilandino suggerì al nobile amico Alvise Mocenigo sofferente di gotta di procurarsi un rimedio a base di polvere di aro (*Arum L.*) essiccato, che a suo dire cresceva in abbondanza sull'isola di S. Giorgio Maggiore ed era manipolato dai locali benedettini (Milano, Biblioteca Ambrosiana, Cod. G 273, n. 69). Non ci sono studi moderni che confermino o smentiscano l'uso antico dell'*Arum*, pianta mediamente tossica all'ingestione. Solo un paio di ricerche recentissime pubblicate in PubMed rivelano che gli estratti di foglie di *Arum* sono una fonte importante di agenti antiossidanti e antimicrobici e possono sostituire in modo adeguato i conservanti alimentari artificiali e chimici. Ma nulla si sa riguardo a gotta, dolori articolari o simili: molte analisi biochimiche delle piante devono ancora essere intraprese, e anche quando sono stati fatti studi *in vitro* e/o *in vivo*, mancano le sperimentazioni cliniche.

In conclusione direi che sarebbero auspicabili ricerche storiche e medico-farmacologiche in collaborazione e a beneficio di entrambe le discipline. L'impiego passato della *materia medica*, magari confortato da diverse medicine tradizionali, è un terreno di indagine tutto da percorrere e capace di stimolare piste di indagine medico-farmaceutiche di estrema attualità.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Pesenti T. Il «Dioscoride» di Pier Andrea Mattioli e l'editoria botanica. In *Trattati di prospettiva, architettura militare, idraulica e altre discipline*. Vicenza: Neri Pozza. 1985: 61-103.
2. Ferri S. Pietro Andrea Mattioli: Siena 1501 - Trento 1578. Ponte S. Giovanni (PG). Quattroemme. 1997.
3. Minuzzi S. 15th Century Practical Medicine in Print. *Nuncius*. 2021; 36/2: 199-263: 221-232.
4. Navarro Salazar MT. Diagnosi e prognosi della gotta in un ms. volgare del Quattrocento. *Reumatismo*. 2005; 57 (2): 130-3.
5. Adams M, Berset C, Kessler M, Hamburger M. Medicinal herbs for the treatment of rheumatic disorders-a survey of European herbals from the 16th and 17th century. *J Ethnopharmacol*. 2009; 121 (3): 343-59.
6. Maclean I. Logic, signs and nature in the Renaissance: the case of learned medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 2002.
7. Casagrande C, Crisciani C, Vecchio S. *Consilium*. Teorie e pratiche del consigliare nella cultura medievale. Firenze: SISMEL-Edizioni del Galluzzo. 2004.
8. Agrimi J, Crisciani C. *Les Consilia médicauz*. Turnout: Brepols. 1994.
9. Corradi A, Giordano A. Le prime farmacopee italiane ed in particolare dei ricettari fiorentini. Milano: Asclepio. 1992.
10. Minuzzi S. Sul filo dei segreti: farmacopea, libri e pratiche terapeutiche a Venezia in età moderna. Milano: UNICOPLI, 2016: 45-90 (farmacopee ufficiali); 107-184 (i casi studio).
11. Eamon W, Repetti, R. La scienza e i segreti della natura: i libri di segreti nella cultura medievale e moderna. Genova: ECIG. 1999.
12. Eamon W. Il professore di segreti: mistero, medicina e alchimia nell'Italia del Rinascimento. Roma: Carocci. 2014.
13. Leong E, Rankin, A (eds.). *Secrets and knowledge in medicine and science: 1500-1800*. Farnham: Ashgate. 2011.
14. Leong E. *Recipes and everyday knowledge: medicine, science, and the household in early modern England*. Chicago: The University of Chicago Press. 2018.
15. Strocchia ST. *Forgotten healers: women and the pursuit of health in late Renaissance Italy*. Cambridge (MA): Harvard University Press. 2019.
16. Procaccioli P, Marini P. (a cura di). *Girolamo Ruscelli: dall'Accademia alla corte alla tipografia: atti del convegno internazionale di studi (Viterbo, 6-8 ottobre 2011)*. Manziana Vecchiarelli, 2012.
17. Gentilcore D. *Medical charlatanism in early modern Italy*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
18. Estes JW. The European reception of the first drugs from the New World. *Pharm Hist*. 1995; 37(1): 3-23.
19. Rotelli F. Exotic Plants in Italian Pharmacopoeia (16th -17th Centuries), *Medicina nei secoli*. *Journal of history of medicine and medical humanities*. 2018; 30/3 827-80.
20. Huguet-Termes T. New World materia medica in Spanish renaissance medicine: from scholarly reception to practical impact. *Med Hist*. 2001; 45/3: 359-76.

La gotta di Johann Adolf Hasse, il “Caro Sassone” a Venezia

Piero Marson, Alberto Pérez Negrete, Andrea Cozza

Istituto di Storia della Reumatologia, Venezia



Figura 1

Johann Adolf Hasse
(1699-1783).

Tra i musicisti più noti del XVIII secolo è da annoverare Johann Adolf Hasse (Bergedorf 1699 - Venezia 1783) (Figura 1), attivo per oltre sei decenni in ogni campo della musica, in particolare quella operistica, presso le più importanti corti europee (Dresda, Vienna, Napoli, Berlino, Bayreuth, Monaco, Parigi), mantenendo rapporti proficui e duraturi con il circuito commerciale dei principali teatri e con una delle istituzioni di maggiore prestigio nella produzione di musica sacra, ovvero l’Ospedale degli Incurabili a Venezia (1). Quando il musicologo inglese Charles Burney (1726-1814) gli fece visita a Vienna nel 1772, dopo che Hasse aveva chiuso la sua carriera operistica, il giudizio sul compositore originario della Sassonia - per questo motivo è stato appunto definito “il Caro Sassone” (2) - ma a tutti gli effetti musicista “europeo” fu il seguente (3):

*“Il signor Hasse è così universalmente conosciuto sul continente per il suo talento, che non mi è ancora accaduto di parlare di lui con un esperto di musica che non lo consideri il più spontaneo, il più elegante, il più **esperto** compositore di musica vocale, ed anche il più fecondo compositore vivente.”*

Tra le fonti biografiche più rilevanti relative alla figura di Hasse, è conservato presso la Biblioteca del Museo Correr di Venezia un epistolario di oltre 200 lettere scritte nel periodo 1760-1783 dal musicista - e viceversa - a Giammaria Ortes (1713-1790), singolare figura d’intellettuale veneziano, monaco camaldolese poi uscito dall’ordine (pur restando sacerdote), dagli estesi interessi, che dall’economia si spingevano sino al versante musicale (4), possibile anticipatore delle dottrine di Thomas Robert Malthus (1766-1834) (5) e pure apprezzato da Karl Marx (1818-1883) il quale nel libro primo de *Il Capitale* ne scrisse in termini elogiativi, qualificando Ortes fra “i grandi scrittori di economia del secolo XVIII” (6).

Nell’epistolario, che è stato pubblicato nel 1998 (7), ma del quale è stato possibile consultare l’originale, oltre a preziose informazioni sulla vita musicale di Venezia e di Vienna - in alcune lettere si fa riferimento alla presenza del giovane Mozart in Vienna nel 1769 e alla sua permanenza in Venezia negli ultimi giorni del Carnevale del 1771 - si tratta prevalentemente di questioni patrimoniali (Hasse di fatto curava gli interessi economici di Ortes nella capitale austriaca). Non mancano tuttavia riferimenti ad eventi personali, relativi ad Hasse ed alla sua famiglia - la moglie Faustina Bordoni (1697-1781) era una

Indirizzo per la corrispondenza:
P. Marson
piero.marson@aopd.veneto.it

celebre soprano italiana, considerata uno dei più straordinari fenomeni vocali del XVIII secolo - ed alla salute del musicista, con numerosi riferimenti alla sua gotta: durante gli attacchi acuti del male, il musicista non riusciva neppure a reggere la penna per il dolore alle mani, per cui in quelle occasioni in sua vece scriveva la figlia Cristina, sotto dettatura paterna.

Qui di seguito si riportano, secondo cronologia, i molti passi in cui nell'epistolario si fa riferimento, da parte di Hasse, alla podagra, e le considerazioni su questo stato da parte di Ortes.

Vienna	Hasse	7 dicembre 1765	<i>Io particolarmente non sono tuttavia libero dall'incomodo ch'ebbi per istrada, che credo proceda da un poco di podagra, la quale non finisce ancor di manifestarsi.</i>
Venezia	Ortes	21 dicembre 1765	<i>Più mi spiacerebbe che esso incomodo fosse quel suo più doloroso e più abituale di gotta, nel qual caso non resterebbe che consolarsi con la sicurezza di avere a che fare con un nemico conosciuto, e col quale per esserne men molestato sta forse meglio non tenere tregua assai lunga.</i>
Vienna	Hasse	26 aprile 1766	<i>Perdoni se la mia podagra mi ha fatto per tanto tempo mancar al mio dovere. Ora dunque che me ne trovo in convalescenza rispondo all'ultima sua de' 5 marzo... Abbiamo qui una novità che rallegra assai il pubblico. Ell'avrà ancor un'idea si questo famoso Prater; passeggio in cui non era ammessa che la nobiltà (...). Ora la M. di questo graziosissimo nuovo imperadore ha dato il detto Prater intieramente in preda al pubblico (...). La mia gotta m'ha fin'ora impedito di andarvi, ma subito che potrò procurerò d'esserne spettatore anch'io.</i>
Vienna	Hasse	10 maggio 1766	<i>La mia gotta si va placando, ma mi trovo ancora in convalescenza, e molto attenuato di forze.</i>
Vienna	Hasse	4 ottobre 1766	<i>Un nuovo attacco di podagra, che per qualche tempo m'ha tenuto in letto, è la causa per cui rispondo più tardi del dover all'ultima sua di sett. bre...</i>
Vienna	Hasse	15 aprile 1767	<i>Eccomi in convalescenza, dopo di essere dalla mia podagra quasi per il corso di due mesi stato inchiodato in letto (...). Finisco perché la mia mano è ancora tremante.</i>
Vienna	Hasse	1 luglio 1767	<i>Scusi se per un nuovo attacco di podagra, che d'alcune settimane in qua m'ha tenuto incomodato, rispondo più tardi del dovere all'ultima sua d'6 scaduto.</i>
Vienna	Hasse	16 aprile 1768	<i>Finisco perché un principio di gotta mi ha gettato in letto. Spero però che sarà di poca durata...</i>
Vienna	Hasse	13 agosto 1768	<i>Ho ricevuto le ultime sue due lettere, alle quali avrei risposto più presto, se quasi da un mese in qua io non mi trovassi un letto colla podagra: questa è stata assai vigorosa, scompagnata però da' soliti dolori colici, siché ne ringrazio Iddio, e son contentissimo, tanto più che n'era stato libero per il corso di 14 mesi. Ora mi trovo in convalescenza, e come la mano destra è la prima a guarire...</i>
Vienna	Hasse	27 agosto 1768	<i>La mia podagra è stata breve ma fiera. E ne son rimasto tanto fiacco che appena mi reggo in piedi; e quel che più mi dispiace si è, che m'ha stroppiato due dita della mano sinistra in tal maniera, che difficilm.te potò più servirmene sul cimbalo.</i>
Vienna	Hasse Cristina	21 gennaio 1769	<i>Ritrovandosi mio Padre a letto con una violenta podagra, e non potendo per ciò risponderle di propria mano, mi comette di fare le sue veci...</i>

Venezia	Ortes	4 febbraio 1769	<i>... rispondo prima di tutto di aver sentito con estremo rincrescimento un nuovo incomodo di gotta sopraggiunto al suo Sig.r Padre, però voglio credere abbia ad esser breve e leggero, come la maggior parte di simili attacchi. Ciò però non mi rende men sollecito per la sua ricupera di salute, della quale starò in attenzione.</i>
Vienna	Hasse	18 febbraio 1769	<i>Mi trovo in convalescenza, ed in forza bastante per accompagnar con 4 righe l'annessa cambiata obbligazione di 2500 fiorini (...). La prego de' nostri complimenti a' Sig.ri Brasi, a' quali scriverò quanto prima, sperando che la lunga mia podagra potrà servir di scusa, se in quest'anno non ho fatto ancor il mio dover con loro.</i>
Venezia	Ortes	4 marzo 1769	<i>Mi rallegrai più del solito a quest'ultima sua lettera, comprendendo dal primo vederla scritta di sua mano il suo miglioramento dall'ultima gotta, che mi fu poi confermato dalla lettera stessa, del che mi consolo ben seco sperando che al presente se ne sia rimessa del tutto.</i>
Vienna	Hasse Cristina	17 giugno 1769	<i>Mi do l'onore di scriverLe queste poche righe, per fare le scuse di mio Padre il quale tuttavia si trova incomodato dalla podagra, che dal principio dell'anno in fino al presente non lo ha quasi mai lasciato in riposo. (...) Mio Padre ha dovuto fare una piccola composizione per le future nozze (...) innanzi che gli sopraggiungesse il rinovato attacco di gotta, e quantunque la mano sia ancora inferma.</i>
Venezia	Ortes	8 luglio 1769	<i>... nel dispiacere che la solita sua podagra lo disturbi alquanto, mi consolero almeno che gli lasci la libertà di poter pur comporre per sua gloria e per soddisfazione universale.</i>
Vienna	Hasse	16 agosto 1769	<i>Eccomi final.te guarito quanto basta per maneggiar la penna (...). Lo avrei fatto più presto, se da tanto tempo una ostinata gotta non mi avesse impedito. Otto mesi di podagra per verità è un poco troppo. Io temo che la persecuzione nasca da questo clima, ch'è quasi sempre freddo. Li mesi di aprile, maggio, giugno, e luglio ci hanno per lo più fatto provare un continuato inverno, e il caldo vero da estate non ha cominciato che nel corr.te agosto, in cui sto meglio assai; onde, argomentando io da ciò, che per me ci voglia un clima più benigno, e che possa farmi traspirare, mi sprofondo sempre più nel pensiero di riverder la cara Italia.</i>
Vienna	Hasse	3 marzo 1770	<i>Quando non son puntuale nel rispondere alle car.me sue, ella può esser sicura che niente oltre che la sola podagra può impedirmi a far il mio dover. Tal'è dunque la presente mia situazione, che già da un mese in qua mi trovo inchiodato in letto, non avendo libera che la sola man destra, colla quale scrivo come posso...</i>
Venezia	Ortes	17 marzo 1770	<i>Sento con dispiacere il nuovo suo solito incomodo di gotta, ma mi consolo almeno che a quest'anno ne sia stata attaccata nel finir dell'inverno; mentre così v'â da sperare che abbia a liberarsene tanto più presto colla stagione migliore che già s'avanza.</i>
Vienna	Hasse	5 maggio 1770	<i>Son stufo di annoiarla col dettaglio delle mie podagre; ma se voglio esser veridico, devo pur dirle, che mi trovo nell'istessa situazione di prima, cioè quasi sempre ancor in letto, e con un solo braccio che opera. Ella mi dirà che ci vuole pazienza. Infatti mi sono sposato con essa, giaché assolutamente non vi è altro rimedio; ma come mi pare di trovare visibilmente che la ruvidezza di questo clima accresce sempre e prolunga le mie gotte...</i>

Venezia	Ortes	9 maggio 1770	<i>La sua immagine di essersi sposato colla podagra, affine di persuadersi di tollerarla con rassegnazione, mi è piaciuta moltissimo. (...) Ad ogni modo è ancor vero che una podagra ancor dolorosa può valer meglio di una moglie gelosa, querula e insistente che talvolta riduce un uomo alla disperazione, cosa che non ô hai inteso a dire della podagra.</i>
Vienna	Hasse	3 novembre 1770	<i>Accuso la car.ma sua de' 13 ott.bre, e rispondo brevem.te, non per causa di podagra, ma per motivo di un feroce catarro, che da qualche giorno m'obbliga anche di star in letto. Ell'ha ragione: la mia salute non vale un fico, ma ci vuol pazienza.</i>
Vienna	Hasse	16 febbraio 1771	<i>Ho avuto otto in nove mesi di salute; ma dal gennaio in poi mi trovo pieno di podagra, in letto, ed inchiodato come va.</i>
Venezia	Ortes	2 marzo 1771	<i>Sento col più sensibile rincrescimento il nuovo suo attacco di gotta, del quale prego il Sig.r Iddio che presto e felicemente se ne liberi...</i>
Vienna	Hasse	23 marzo 1771	<i>Oh quanto mal a proposito è venuta questa volta la mia podagra! Ma convien prendere con dovuta rassegnazione qualunque cosa Dio ci manda, e sempre per il nostro meglio.</i>
Venezia	Ortes	13 aprile 1771	<i>Sento con molto mio rincrescimento la continuazione della sua gotta in primo luogo per ch'ella ne resti così lungamente afflitta...</i>
Bologna	Ortes	25 giugno 1771	<i>... le ultime che n'ebbi erano della sua salute rimessa dall'ultima gotta, ma non però in modo da conservarsene del tutto.</i>
Vienna	Hasse	17 luglio 1771	<i>Quella musica ha anche qui molto incontrato, ma io no l'ho mai sentita, stante che in tempo che fu prodotta, mi trovai sempre colla gotta. (...) quest'ultima podagra è stata sì maligna, che m'ha stroppiato assai le mani, particolarmente la manca...</i>
Venezia	Ortes	3 agosto 1771	<i>La sua opera sia pur certa che in Milano avrà tutto l'incontro benché fatta in tempo di gotta, e la sua gotta ch'è un'infermità del suo corpo non attaccherà mai la sua musica che è una produzione del suo spirito.</i>
Milano	Hasse	5 ottobre 1771	<i>Rispondo all'ultima car.ma sua che ricevei ancor a Vienna, ove prima di partir ebbi un altro attacco di gotta, che durò una buona ventina di giorni. Mi consigliai col medico, e come questo era di parer, che nella buona stagione del mese di agosto si poteva rischiar qualcosa, mi feci dal letto portar in carrozza, ed ebbi la fortuna di guarire per istrada...</i>
Vienna	Hasse	14 dicembre 1771	<i>La mia gotta, grazie a Dio, non è questa volta sì fiera, mentre già va diminuendo, e spero perciò poter dimani incominciar ad alzarmi un poco da letto.</i>
Vienna	Hasse	28 marzo 1772	<i>Io, grazie a Dio, mi trovo senza podagra, cammino molto e sto bene.</i>
Vienna	Hasse	2 maggio 1772	<i>Io, grazie a Dio, sto meglio di quello che ordinariam.te non lo merita un podagroso. L'inverno, a riserva di qualche colica, m'ha trattato assai bene, ed io pure l'ascrivo in gran parte alla fragranza dell'aria d'Italia, che m'avrà imbalsamate le viscere.</i>

La malattia di Hasse fu decisamente invalidante, se Ortes ebbe a scrivere alla cantante Leonilda Burgioni detta la Mantovanina, il 9 giugno 1775:

“Ma al presente parlandovi con sincerità posso dirvi che il Sig.r Hasse non solo non insegna, ma non applica nemmeno più alla professione, e dacché è tornato a Venezia appena mette mano sul cembalo, per il quale è da aggiungersi che la podagra gli ha lasciato 4 sole, o 5 dita di dieci voleva averne come il resto degli uomini.”



Figura 2
Tomba di Johann
Adolf Hasse,
Chiesa di San
Marcuola, Venezia.

Alcuni riferimenti alla podagra di Hasse sono contenuti anche nell’epistolario di Pietro Metastasio (1698-1782) (8), librettista prediletto dei suoi *Drammi per Musica* (fra i quali l’ultimo, *Il Ruggiero*, rappresentato a Milano il 16 ottobre 1771, e composto dall’autore “*in tempo di gotta*”). Già il 15 maggio 1751, Metastasio scriveva a Hasse, a quel tempo a Dresda, annotando:

“Uscito da questo ginepreto, passò per questa Corte la signora Costa e Torelli, e questa mi diede tali nuove della vostra gotta ch’io non ardi di scrivervi se prima non era meglio informato del vostro miglioramento.”

Più avanti, il 3 febbraio 1772, in una lettera indirizzata a Francesco Grisi (1709-1782), celebre soprano, il letterato scriveva da Vienna, a proposito di Hasse:

“Egli abita fuori città ben lontano da me, ed il lungo tragitto non è confacevole né alla sua podagra né ai dolorosi reumatismi ai quali son io sottoposto.”

Altro sullo stato di salute del compositore non è noto, se non il fatto che - racconta Burney (3) - intorno al 1756 Hasse perse la voce, per la quale era molto apprezzato, rimanendovene quasi privo per diversi anni. Fra le possibili cause di tale disturbo, è da sottolineare che, seppure in rarissimi casi, la gotta può colpire anche l’apparato vocale (9).

Hasse morì a Venezia, il 16 dicembre 1783, e su un necrologio citato in un testo biografico del 1906 (10), si legge:

“Dopo giorni 16 di male obbligato al letto con podagra, finì di vivere oggi alle ore 20 a motivo d’inflammatione di petto.”

Il Caro Sassone fu sepolto, in una tomba a terra condivisa con la moglie Faustina, nella chiesa dedicata ai Santi Ermagora e Fortunato, più nota come San Marcuola (Figura 2), a pochi passi dalla sua abitazione veneziana.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Mellace R. Johann Adolf Hasse. Palermo. L’Epos Società Editrice. 2004.
2. Urbani de Gheltof GM. La “Nuova Sirena” e il “Caro Sassone”. Note biografiche. Venezia, Tip. Success. M. Fontana. 1890.
3. Burney C. Viaggio musicale in Germania e nei Paesi Bassi. (a cura di Fubini E). Torino. EDT Musica. 1986.
4. AA.VV. Giammaria Ortes (1713-1790). Irascibile e geniale economista del Settecento. Fondazione Gianfranco Dioguardi, I Quaderni di Varia Cultura (06). Modugno (Bari). Tipografia Arti Grafiche Favia. 2014.
5. Livi Bacci M. Ortes precursore di Malthus o Malthus epigono di Ortes? *SIDeS* “Popolazione e storia”. 2019; 1: 9-18.
6. Marx K. Il Capitale. Libro Primo: Il Processo di Produzione del Capitale. Milano, Peruzzo Editore. 1979.
7. Pancino L. Johann Adolf Hasse e Giammaria Ortes. Lettere (1760-1783). Turnhout (Belgium). Brepols. 1998.
8. Metastasio P. Tutte le Opere, a cura di B. Brunelli. Milano, Mondadori. 1943-1954.
9. Habermann W, Kiesler K, Eherer A, et al. Laryngeal manifestation of gout: a case report of a subglottic gout tophus. *Auris Nasus Larynx*. 2001; 28: 265-7.
10. Mennicke C. Hasse und die Brüder Graun als Symphoniker. Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1906.

Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes e la gotta

Ernesto Damiani

Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Padova

■ INTRODUZIONE

Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930) è celebre per essere l'autore del personaggio letterario di Sherlock Holmes. Non è però altrettanto noto che lo scrittore scozzese fosse un medico di decennale esperienza, e quanto abbondante e varia sia la materia medica presente sia nelle storie di Sherlock Holmes, sia nella collaterale e vastissima produzione letteraria di altro genere. Oltre a ciò, Conan Doyle ebbe una propria produzione scientifica, pubblicando su *The Lancet* e il *British Medical Journal*.

Per quanto riguarda le malattie reumatologiche, Conan Doyle si interessò particolarmente alla gotta. Ciò non sorprende affatto, poiché la gotta era una malattia molto comune nell'Inghilterra del diciannovesimo secolo. Nel corso della sua attività professionale, Conan Doyle ebbe occasione di curare diversi pazienti affetti da gotta. In particolare, nel 1884 aveva descritto il caso di una giovane donna gottosa, il cui padre e nonno erano stati affetti da manifestazioni gottose, dunque un vero albero genealogico probabilmente dovuto a un difetto ereditario (1). Conan Doyle trattò la giovane con colchicina, che resta tutt'oggi il farmaco di scelta per la terapia della crisi dolorosa di gotta. Il tema della gotta fu trattato più volte da Conan Doyle anche nella sua produzione letteraria. Ciò offre l'opportunità di discutere l'eziologia, la patogenesi e la terapia della gotta nel contesto storico-medico dell'epoca e dal punto di vista particolare di un medico scrittore. Lo scopo di questo lavoro, quindi, è indagare la relazione tra la gotta e Conan Doyle. A tal fine sono stati studiati sia il contesto medico dell'epoca che il contesto autobiografico di Conan Doyle.

■ RISULTATI E DISCUSSIONE

La gotta compare nel racconto di Sherlock Holmes «L'avventura del tre quarti scomparso» (*The adventure of the missing three quarter*), pubblicato nel 1904 (2). Il racconto ruota attorno alla misteriosa scomparsa di Godfrey Staunton, un giocatore di rugby del Trinity College di Cambridge svanito prima di un importante incontro della sua squadra. Holmes e Watson scopriranno che il giovane si è spontaneamente allontanato per assistere la giovane moglie, moribonda di tubercolosi. Staunton si è sposato segretamente, in quanto il matrimonio era osteggiato dallo zio del giovane, il nobile Lord Mount-James, malato di gotta. Nonostante sia uno degli uomini più ricchi d'Inghilterra, Lord Mount-James ci è presentato come «un vecchio di quasi ottant'anni - malato di gotta, molto avaro, vestito con un misero abito nero, dall'aspetto trasandato»,

Indirizzo per la corrispondenza:
E. Damiani
ernesto.damiani@unipd.it

che viaggia sull'autobus per risparmiare, e soprattutto riluttante a spendere «nemmeno un centesimo» per ritrovare il nipote.

Lo spunto letterario del rugby è autobiografico. Infatti, nella sua vita Conan Doyle ha praticato molti sport tra cui il rugby, che amava particolarmente come è facile intuire da queste parole: «Penso che il rugby sia il miglior calcio collettivo. Forza, coraggio, velocità e risorse sono grandi qualità da includere in un unico gioco. Ho sempre desiderato che fosse successo di più nella mia vita» (3).

Nel descrivere il paziente gottoso come appartenente alla classe abbiente, Conan Doyle riproponeva l'antico concetto che l'eziologia della gotta fosse fortemente influenzata dallo stile di vita, in particolare dalla dieta ricca di carne. Nel diciannovesimo secolo «era una convinzione universale che la sovralimentazione, e soprattutto l'ingestione di una quantità eccessiva di albuminoidi [i.e. proteine], sia fortemente provocante la malattia. Lo stesso parere è stato espresso in merito al persistente eccesso di indulgenza per le bevande alcoliche» (4). Per questo motivo, la gotta era differenziata in due varietà popolarmente conosciute come la «gotta dei ricchi» e la «gotta dei poveri». Il primo tipo di gotta era ritenuto causato all'accumulo di urati derivanti da «un'eccessiva produzione dall'ingestione di molto cibo azotato («gotta dell'uomo ricco»)», mentre il secondo tipo derivava «da una diminuita eliminazione dovuta ad alterazioni renali, tali quelle dovute all'influenza del piombo sui reni («gotta del povero»)» (5). Un particolare tipo di «gotta dei poveri» era infatti quella indotta da avvelenamento da piombo (*gotta saturnina*), spesso una malattia professionale, come specificava il neurologo e internista tedesco Adolf von Strümpell (1853-1925): «è ormai accertato che le persone che hanno a che fare con il piombo, come i tipografi e gli imbianchini, sono soggette a vera e propria gotta con depositi di acido urico nelle articolazioni» (4). La *gotta saturnina* era la conseguenza dell'insufficienza renale da avvelenamento cronico da piombo (6). È stato suggerito che le epidemie di gotta che si ebbero in Inghilterra nel diciottesimo e diciannovesimo secolo possano essere state la conseguenza dell'approvazione nel 1659 del *Navigation Act*, un atto parlamentare che aumentò l'importazione dei vini spagnoli e portoghesi particolarmente ricchi in piombo (7).

Il concetto di «gotta del ricco» era diffuso fin dall'antichità. Ippocrate fa riferimento alla *podagra*, il termine anticamente usato per la gotta, in molti dei suoi aforismi (8). In tre di loro¹, Ippocrate collegava la malattia a uno stile di vita improntato alla dissolutezza e ai piaceri sessuali. Nell'Aforisma 28, Ippocrate affermava: «Gli eunuchi non prendono la gotta, né diventano calvi». Galeno commentava che questo era vero ai tempi di Ippocrate ma non più ai suoi tempi, perché anche gli eunuchi sviluppavano la podagra, a causa della loro indolenza ed effeminatezza.

Questo concetto era ribadito da Galeno anche nel commento all'Aforisma 29: «Una donna non prende la gotta, a meno che le sue mestruazioni non siano fermate». Il medico e traduttore scozzese Francis Adams (1796-1861) commentò: «Galeno afferma che, nella sua epoca, le donne per eccesso di lusso

1 I tre aforismi sono nella Sezione VI, e sono il numero 28, 29 e 30, corrispondenti alle pagine pp. 40-45 della edizione di Kuhn KG; Hippocratis Aphorismos Commentarii I-VIII, in Claudii Galeni opera omnia. 1829; Lipsiae: prostat in officina libraria car. cnoblochii, vol. XVIII, pars I. Per l'edizione italiana degli Aforismi, vedi Savino C. (ed.); Galeni In Hippocratis Aphorismos VI commentaria/Galeno, Commento agli Aforismi di Ippocrate Libro VI - 2020; Berlin/Boston: De Gruyter. 127-129.

erano diventate soggette alla gotta». Riguardo al ruolo della dissolutezza nel provocare la gotta delle donne, von Strümpell ricordava anche che «Seneca racconta che al tempo della decadenza dell'impero romano le donne praticavano un tale eccesso da essere soggette alla gotta come gli uomini» (4)². È vero che, in tempi più recenti, è stato ipotizzato che l'effetto deleterio del vino presso l'aristocrazia romana fosse dovuto non solo al suo uso abbondante ma soprattutto alla presenza di elevate quantità di piombo proveniente dai recipienti utilizzati per la preparazione dei cibi, soprattutto il vino. Infine, nell'Aforisma 30 Ippocrate collegò la gotta agli stravizi sessuali: «Un giovane non prende la gotta finché non si abbandona al coito». Alla luce di tutto ciò, non sorprende che il medico inglese William Rowley (1743-1806) abbia riassunto l'eziologia della gotta in un famoso aforisma: «*Bacchus pater, Venus mater, et Ira obstetrix Arthridis*» (9)³.

Nel diciottesimo secolo, in Inghilterra, l'immagine tradizionale della gotta del ricco era saldamente in piedi. Tipicamente, il malato di gotta era un anziano nobile parruccone, con il piede fasciato appoggiato su uno sgabello a causa del dolore. Questa rappresentazione caricaturale era propria delle illustrazioni satiriche di artisti inglesi come William Hogarth (1697-1764). Conan Doyle conosceva molto bene questi lavori, dal momento che il nonno paterno, John Doyle (1797-1869), era egli stesso un disegnatore politico e caricaturista, che spesso aveva rappresentato pazienti gottosi nei suoi disegni politici. Conan Doyle era pienamente consapevole del potenziale umoristico di tale stereotipata immagine. Infatti, durante un banchetto per il Centenario della Royal Medical & Chirurgical Society nel 1905, lo scrittore scozzese scherzò sul paziente gottoso dicendo: «Noi [scrittori] non voliamo agli estremi nei nostri sforzi letterari. L'unico esempio di cui conosco il contrario è la gotta, che in tutte le nostre pagine si verifica solo nell'alluce. Per qualche ragione è solitamente trattata come una malattia semi-comica, il che dimostra che il romanziere non ne ha sofferto lui stesso. Il gottoso, il *gourmand* irascibile, è uno dei nostri necessari burattini» (10).

Da un punto di vista strettamente medico, la notazione più interessante riguarda le mani di Lord Mount-James, le cui nocche erano deformate da tofi gottosi. Nel racconto Cyril Overton, l'allenatore della squadra di rugby di Cambridge, riporta a Holmes la diceria che l'anziano nobile usasse come le nocche gottose come gessetto per preparare la punta della stecca da biliardo (2)⁴. In effetti, essendo composti di cristalli di acido urico, i tofi hanno un aspetto gessoso. Il riferimento ai tofi come «pietre di gesso» è costante in tutta la letteratura medica del diciannovesimo secolo (11).

La battuta sulle nocche di Lord Mount-James non era un'invenzione originale di Conan Doyle, ma veniva da un vero *case report* pubblicato nel 1784 sulla rivista inglese *Medical Communications* (12). L'autore Henry Watson, curiosamente omonimo di John Watson, il collega medico di Sherlock Holmes,

2 La citazione è tratta dalle *Epistulae morales ad Lucilium*, 95, 20-21. Vedi anche Gazzarri T; Gender-based Differential Morbidity and Moral Teaching in Seneca's *Epistulae morales*. In Wildeberg J, Colish ML (eds.), *Seneca Philosophus*. 2014; Berlin/Boston: De Gruyter. 212-213.

3 La citazione è spesso riportata, ad esempio da Gazzarri 2014; 212-213, nota 3, senza che tuttavia sia chiaramente attribuita a qualche autore in particolare. However, it is not clear to whom they attributed it. Rowley's name is often mistyped in Bowley, see for example Peters. 1836.

4 «They say he could chalk his billiard-cue with your knuckles».

era un chirurgo al *Westminster Hospital* e relazionava sull'autopsia dello sfortunato Mr. Whig-Middleton, morto di gotta all'età di cinquant'anni. Il dottor Watson scriveva che «anche le articolazioni delle dita erano gonfie e nodose, ogni nodo essendo a un pezzo di gesso; e mi è stato detto che quando giocava a carte usava spesso segnare la partita con le nocche». L'uso delle nocche come gesso su tavoli o cruscotti non era impossibile, perché la cuticola alla fine cede e la materia terrosa di cui sono formati i tofi rimane esposta.

Il referto dell'autopsia effettuata dal dottor Henry Watson fu ripubblicato nel 1805 da James Parkinson (1755-1824) (13)⁵, che lo riteneva particolarmente importante, e ancora nel 1811 dal chirurgo inglese John Ring (1752-1821), che ne fece riferimento «come uno degli esempi più notevoli di concrezioni artritiche» (14) e poi infine nel 1844 da Sir Thomas Watson nelle sue famose *Lectures on the principle and practice of physic* (15). Da allora, la memoria del caso di Henry Watson andò perduta, talché nell'edizione del 1898 del suo libro di testo, il medico americano Alfred Lebbeus Loomis (1831-1895) scriveva erroneamente: «c'è una vecchia barzelletta su un uomo gottoso che riesce a segnare una stecca da biliardo con le nocche» (16).

Conan Doyle trattò ancora estensivamente dell'eziologia, diagnosi differenziale e terapia della gotta in «The narrative of John Smith», un romanzo mai stato stampato durante la sua vita e pubblicato in italiano da Il Saggiatore nel 2016 con il titolo di «Romanzo fantasma».

■ BIBLIOGRAFIA

1. Conan Doyle A. The remote effects of gout. *The Lancet*. 1884; 2: 978-9.
2. Conan Doyle A. L'avventura del giocatore scomparso. in Conan Doyle A; Tutto Sherlock Holmes. Roma: Newton. 1991; 791-806.
3. Conan Doyle A. Memories and adventures, III. Recollections of a student. London: Hodder and Stoughton. 1924; 269.
4. von Strümpell A. A text-book of medicine for students and practitioners. New York: Appleton and Company. 1887; 929.
5. Buck, AH. Reference handbook of the Medical Sciences. New York: William Wood & Company. 1886; III, 372.
6. Benjelloun M, Tarrass F, Hachim K, Medkouri G, Benghamen MG, Ramdani B. Chronic lead poisoning: A «forgotten» cause of renal disease. *Saudi Journal of Kidney Disease and Transplantation*. 2007; 18: 83-6.
7. Appelboom T. Art and history: a large research avenue for rheumatologists. *Rheumatology*. 43 2004; (6): 803-5.
8. Adams F. The genuine works of Hippocrates. London: The Sydenham Society. 1849; II: 756-7.
9. Rowley W. A treatise on the gout. in *The Rational Practice of Physic*. London: printed for the author. 1793; II. 415.
10. Conan Doyle A; Centenary banquet: Held at the Hotel Cecil, Monday, May 22nd, 1905. *Medico-Chirurgical Transactions*. 1905; 88, clix.
11. Fothergill JM. Gout in its protean aspects. Michigan, Detroit: George S. Davis publisher. 1883; 28.
12. Watson H. An account of a gouty body dissected. *Medical Communications*. Volume the first. London: printed for Joseph Johnson. 1784; 86-94.
13. Parkinson J. Observations on the nature and cure of gout. London: H.D. Symonds, Murray, Arch and Cox. 1805; 5-9.
14. Ring J. A Treatise on the gout. London: printed for J. Callow. 1811; 146.
15. Watson T. *Lectures on the principles and practice of Physic*. Philadelphia: Lea and Blanchard. 1848; 14.
16. Loomis AL. A System of practical medicine. Philadelphia: Lea Bors. & Company. 1898; 4.

5 James Parkinson è meglio noto per avere descritto nel 1817 la discinesia oggi nota come *Parkinsonismo*.

La Reumatologia Sociale. Approccio alle affezioni reumatologiche in Italia e nel Veneto fra Otto e Novecento

Andrea Cozza, Alberto Perez Negrete, Piero Marson,
Leonardo Punzi

Istituto di Storia della Reumatologia, Venezia

La Medicina Sociale, con il suo sguardo sulle interconnessioni tra salute, economia, politica e società e su come queste discipline si influenzino le une con le altre, vide una sua germinale affermazione nell'Ottocento con l'affermazione della civiltà industriale. Il successo definitivo della Medicina Sociale si realizzò a partire dall'inizio del Novecento, periodo in cui essa si attestò come vera e propria branca della Medicina. Il rationale della sua azione era quello di offrire, o perlomeno tentare di offrire, approcci e soluzioni terapeutico-sanitarie ad ampi strati della popolazione, focalizzandosi soprattutto sull'identificazione delle cause predisponenti" (1). La Medicina Sociale, come affermato da Giuseppe Tropeano: *"mira a reprimere le affezioni di ordine collettivo, precisando i fattori sociali, consigliando i rimedi sociali. Mira a creare la coscienza igienica, a promulgare le leggi sociali, favorendone l'applicazione e a sollecitare, infine, la istituzione del medico-sociale, in tutti gli ambienti, le classi, gli enti, le industrie, le amministrazioni ecc."* (1).

Nell'Italia unita della seconda metà dell'Ottocento le problematiche di carattere sanitario erano molte, dalla necessità di un nuovo assetto sanitario alla lotta contro le malattie infettive, le quali rappresentavano una delle maggiori criticità del Paese. A ben guardare, tuttavia, le problematiche sanitarie, indagate anche attraverso discipline "nuove" quali la Demografia Medica, la Statistica Medica e l'Epidemiologia, interessavano tutta una molteplicità di aspetti quali le malattie dei lavoratori o dell'emigrazione e, non ultime, quelle che rientravano nel grande ambito dei reumatismi sia acuti che cronici. Facendo riferimento ai dati presentati dal Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio - Direzione Generale per la Statistica, la popolazione italiana al 31 dicembre 1887 era composta da 29.592.146 individui, ed i decessi in quell'anno furono 828.992. Il reumatismo articolare acuto nel 1887 fu la causa di 0,4 decessi su 10.000 abitanti nel Regno d'Italia (per confronto, quelli per diarrea furono nel medesimo anno 31,4 su 10.000 abitanti). Ancora, il reumatismo articolare acuto presentava frequenza maggiore in Piemonte, Liguria, Lombardia Emilia, Toscana, Marche ed Umbria, e minore in Veneto, Lazio, nel Napoletano e nell'Italia insulare. La mortalità per reumatismo articolare acuto risultava maggiore nelle donne che negli uomini. I dati ospedalieri del Veneto per l'anno 1887, relativamente all'ampia categoria del reumatismo, indicano:

- reumatismo articolare acuto, poliartrite reumatica: maschi 171 casi e 2 decessi; femmine 87 casi e 12 decessi;

Indirizzo per la corrispondenza:
A. Cozza
andrea.cozza87@gmail.com

- reumatismo muscolare, reumalgia, lombaggine, torcicollo, miosite: maschi 178 casi e 3 decessi; femmine 48 casi e 5 decessi;
- reumatismo cronico: maschi 28 casi e 8 decessi; femmine 42 casi e 12 decessi (2).

La questione del reumatismo sociale divenne sempre di maggior importanza sia a livello nazionale che internazionale: nel 1926 venne infatti costituita la Lega Internazionale della Lotta contro il Reumatismo (per lo più da intendersi come cardiopatia reumatica) (3). Di qui, i confini della Reumatologia Sociale vennero notevolmente ampliati, fino ad una rilevante diffusione a partire dagli Anni Settanta, anche grazie al contributo ed all'impegno di alcuni reumatologi italiani, in particolare Alessandro Ciocci (4) e Roberto Marcolongo, per molti anni Presidente della LIMAR (Lega Italiana contro le Malattie Reumatiche). La Reumatologia divenne, di fatto, risposta irrinunciabile ad alcune delle necessità sanitarie dell'Italia contemporanea.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Tropeano G. Avviamento alla Medicina sociale. Milano. Opera Medica Wassermann. Anno XI, n. 41, 1921.
2. Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio Direzione Generale per la Statistica. Cause di morte, Statistica analitica per l'anno 1889 e notizie sommarie per l'anno 1890 Movimento degli infermi negli ospedali (1887), nei manicomi e negli ospizi di maternità (1889). Roma. Tipografia Elzeviriana. 1891.
3. Tropeano D. Primi fondamenti di Medicina Sociale. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale. 1952.
4. Ciocci A. Reumatologia Sociale. Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale. 1979.

Storia della terapia delle artriti croniche

Florenzo Iannone

Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti d'Organo, Sezione di Reumatologia
Università degli Studi di Bari

La storia delle artriti risale alla notte dei tempi con l'origine della stessa umanità e, in assenza di conoscenze scientifiche, i rimedi terapeutici per millenni si sono basati su principi esoterici e sulla teurgia piuttosto che sulla *philosophia naturalis*. Ippocrate è stato il primo vero studioso della medicina, di cui si dispongono prove documentali, applicando i principi dell'osservazione sistematica delle malattie. Le malattie reumatologiche di cui abbiamo maggiori testimonianze sono quelle più facilmente identificabili dalla paleontologia (spondilite anchilosante), dall'arte pittorica (artrite delle mani e gotta), e dai testi tramandati dai medici dell'antichità (gotta). Infatti, la gotta per la sua acuzie e colpendo le persone agiate ed opulente (1, 2) era con più frequenza osservata dai medici e spesso documentata dai pittori che ritraevano principi e regnanti (3).

La paleontologia ha consentito di identificare elementi caratteristici della spondilite anchilosante (SA) nelle mummie dei faraoni dell'antico Egitto (4, 5). Lo studio RX del rachide lombare e della pelvi di Amenhotep II ha rilevato segni inequivocabili della malattia per la presenza di ossificazione dei legamenti paraspinali e delle articolazioni sacroiliache (4). Analogamente, la xeroradiografia del rachide lombare di Ramses II ha mostrato segni evidenti di fini sindesmofiti vertebrali con iniziali aspetti a "canna di bambù" (4). La SA, per anni definita come spondilite reumatoide, ha assunto una propria identità solo nel 1893, quando un illustre neurologo russo Vladimir Bekhterev identificò la SA come una malattia infiammatoria autonoma, da cui il nome eponimo di malattia Bekhterev (6). Negli stessi anni inizia la prima terapia patogenetica a base di aspirina che si rileva inefficace e si ripiega pertanto su farmaci oppioidi per lenire il dolore (7). Successivamente nel 1939 si intuisce che la chinesiterapia può essere di giovamento sotto forma di esercizi respiratori (8). In verità, già Ippocrate nel suo "Trattato sulle articolazioni" descrive e raccomanda ai medici di utilizzare il massaggio e le manovre di mobilizzazione nelle patologie del rachide. Nel 1949, finalmente, arriva il fenilbutazone, primo e potente FANS che si mostra efficace nel ridurre l'infiammazione e nel rallentare probabilmente la progressione della malattia (7). Verrà ritirato dal mercato per i suoi effetti tossici, ma è stato il viatico ai nuovi FANS e successivamente COXIB, efficaci e dotati di minori effetti collaterali.

La storia dell'artrite reumatoide (AR) è meno documentata e sicuramente sovrastata da quella della gotta. Le uniche "diagnosi" di AR sono state attri-

Indirizzo per la corrispondenza:
F. Iannone
florenzo.iannone@uniba.it

buite ai famosi pittori, Van Gogh, Botticelli, che hanno ritratto le mani di soggetti probabilmente affetti da AR (3). Anche la storia farmacologica dell'AR è relativamente recente e bisogna attendere Jacques Forestier che nel 1929 riporta la crisoterapia come trattamento efficace e patogenetico di fondo (9). In realtà, chi ha utilizzato i Sali d'oro, presenti sul mercato sino ai primi anni '90, ha esercitato un atto di fede nel credere nella loro efficacia, quasi sempre gravati da tossicità cutanea e renale (aurotiomalato) o, se tollerati, assolutamente inefficaci (auranofin). Negli anni '40 la reumatologa svedese Svartz (10), ipotizzando una genesi batterica della AR ad opera dello *Streptococcus agalactiae*, propone l'uso della sulfasalazina che nei primi studi controllati verso placebo appare inefficace (11). Solo successivamente negli anni '70, uno studio inglese dimostra l'efficacia della sulfasalazina su una coorte di pazienti più ampia (12). La storia farmacologica dell'AR, e dei pazienti affetti, cambia drasticamente negli anni '50 grazie a Kendall, un chimico, Reichstein, un biochimico, e Hench, un reumatologo, insigniti del premio Nobel nel 1950, che scoprono, isolano ed usano il cortisone nella AR (13). Hench et al. somministrano cortisone acetato a 23 pazienti con AR con risultati sorprendenti ed immediati (14).

Quella della gotta è indubbiamente la storia più affascinante commista di dottrine filosofiche, teologia, mitologia, scienze naturali ed arti pittoriche. Descritta con rigore scientifico da Ippocrate (400 ac) e poi da Celso (30 dc) nel suo trattato (*De Medicina*, Libro II, capitolo VII): *“I problemi alle articolazioni sono più frequenti e di più lunga durata nelle mani e nei piedi, quali sono soliti esservi nella podagra e nella chiragra. Raramente questi problemi interessano gli eunuchi, i ragazzi prima che abbiano avuto un coito con una donna, o le donne, con l'eccezione di quelle cui il ciclo mestruale sia soppresso (...) alcune persone hanno conseguito la sicurezza per il resto della vita (di non contrarre la gotta) moderando per un anno intero il vino, l'idromele e l'attività sessuale”* (15). Da considerare di fatto delle vere indicazioni terapeutiche. Altri famosi medici, dal Persiano Avicenna (1300) al Salentino De Ferraris, detto il *Galateo* (1440) daranno importanti contributi allo studio ed alla conoscenza della gotta. La narrazione della gotta si alterna fra speculazioni scientifiche, quali la teoria dei quattro umori in equilibrio (sangue, flegma, bile e atrabile), secondo la quale la *discrasia* degli umori, con il prevalere della flegma, potesse predisporre allo sviluppo della gotta, ed aneddoti allegorici, quali l'apologo della Podagra e dell'Aracne, già narrato dal Petrarca e ripreso dal Galateo. Al Galateo, comunque, si deve il primo trattato scientifico sulla gotta, *De Podagra*, (16) e la descrizione analitica dei rimedi generali che mirano alla cura olistica del corpo e quelli specifici, tra cui la colchicina.

Nell'ultimo ventennio, lo studio e la ricerca delle artriti croniche hanno consentito di individuare i processi patogenetici prevalenti, in particolare in AR e AS, e di sintetizzare farmaci particolarmente efficaci. Il miraggio della remissione clinica sta diventando realtà, ma questa non è storia, è la cronaca dei nostri giorni.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Bywaters EGL. Gout in the time and person of George IV: a case history. *Ann Rheum Dis.* 1962; 21: 325-38.
2. Fornaciari G, Giuffra V. Rheumatic diseases at the court of the Medici of Florence: the so-called “gout” of the Medici. *Reumatismo.* 2009; 61: 229-37.
3. Chatzidionysiou K. Rheumatic disease and artistic creativity. *Mediterr J Rheumatol.* 2018; 30: 103-9.

4. Feldtkeller E, Lemmel EM, Russell AR. *Rheumatol Int.* 2003; 23: 1-5.
5. Saleem SN, Hawass Z. Ankylosing spondylitis or diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in Royal Egyptian mummies of 18th-20th Dynasties? CT and archaeology studies. *Arth Rheumatol.* 2014; 66: 3311-6.
6. Sierra NM, Brandon AN, Rohin S, et al. A brief human history of ankylosing spondylitis: A scoping review of pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Surgical Neurology International.* 2022; 13: 297-305.
7. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al. Ankylosing spondylitis: An overview. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61: 8-18.
8. Bywaters EGL. Symposium on the spondylarthritides historical aspects of ankylosing spondylitis. *Rheumatology.* 1979; 18: 197-203.
9. Pasero G, Marson P. A short history of anti-rheumatic therapy - VI. Rheumatoid arthritis drugs. *Reumatismo.* 2011; 63: 111-23.
10. Svartz N. The treatment of rheumatic poly- arthritis with acid azo compounds. *Rheumatism.* 1948; 4: 56-60.
11. Sinclair RJG, Duthie JJR. Salazopyrin in the treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1949; 8: 226-31.
12. McConkey B, Amos S, Butler EP, et al. Salazopyrin in rheumatoid arthritis. *Agent Actions.* 1978; 8: 438-41.
13. Pasero G, Marson P. A short history of anti-rheumatic therapy. IV. Corticosteroids. *Reumatismo.* 2010; 62: 292-9.
14. Hench PS, Kendall EC, Slocumb CH, et al. Effects of cortisone acetate and pituitary ACTH on rheumatoid arthritis, rheumatic fever and certain other conditions. *Arch Intern Med.* 1950; 85: 545-66.
15. Pasero G, Marson P. Some historical remarks on microcrystalline arthritis (gout and chondrocalcinosis). *Reumatismo.* 2011; 63: 199-206.
16. De Ferraris A. *De Podagra.* Edizione Grifo (Cavallino). 2016.

