

Dal mal sottile alla tubercolosi resistente

Un secolo di sanatori in Valtellina

a cura di

Davide Del Curto

Grafiche Rusconi

In copertina

Vista sulla valle dalle verande di cura del III padiglione del
Villaggio Morelli di Sondalo
fotografia di Giacomo Menini

IV di copertina

Il Villaggio Morelli dal Monte Storile, primavera 1940
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
stampa fotografica su supporto ligneo
dim. 130 x 180 cm

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta
o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo
elettronico, meccanico o altro senza l'autorizzazione scritta
dei proprietari dei diritti e dell'editore.
L'editore è a disposizione degli eventuali detentori di diritti
che non sia stato possibile rintracciare.

© 2012 Grafiche Rusconi, Bellano

Una mostra promossa da



Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna



POLITECNICO DI MILANO



DIPARTIMENTO DI
ARCHITETTURA E
PIANIFICAZIONE

Con il contributo di



Provincia di Sondrio



ProValtellina
Fondazione della Comunità Locale



Con il patrocinio di



Comune di Sondalo



COMUNITÀ MONTANA
Alta Valtellina



Associazione culturale
Terracelesti

Dal mal sottile alla tubercolosi resistente Un secolo di sanatori in Valtellina

Monza, Università degli Studi di Milano Bicocca
12 novembre - 23 novembre 2012

Mostra a cura di

Davide Del Curto
Michele A. Riva

Progetto dell'allestimento

Davide Del Curto
Giacomo Menini

Con la collaborazione di

Maria Barchi, Ileana Castelli,
Federica Cogliati, Luca Valisi

Assistenza tecnica

Nicoletta Camerota, Bruno Gianola

Un ringraziamento particolare a

Alfonsina Buscemi, Monica Fumagalli, Andrea Stella

Catalogo a cura di

Davide Del Curto

Testi di

Riccardo Bertoletti
Luisa Bonesio
Davide Del Curto
Saverio De Lorenzo
Stefania Di Mauro
Lorenza Fumagalli
Edoardo Manzoni
Giacomo Menini
Michele A. Riva

Fotografie

Adriano Pecchio

Post-produzione

Luca Valisi

Impaginazione e stampa

Grafiche Rusconi

Hanno collaborato

Vittoria Antenucci, Annalisa Bardelli, Alessandra Bruno,
Adelina Della Bosca, Massimo Gallina, Giovanna Leusciatti,
Daniele Mazzoleni, Martino Mocchi, Carmela Ongaro,
Ornella Persegoni, Marino Pozzi, Dario Rossi, Rita Zubiani

L'ex Villaggio Sanatoriale di Sondalo è oggi Presidio dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna che, costituita nell'aprile 2003, accorpa in se tutta la rete ospedaliera valtellinese.

Il Presidio Eugenio Morelli, o che dir si voglia il "Villaggio Morelli", è per le caratteristiche del suo complesso architettonico il presidio più imponente, collocato sulle pendici del rigoglioso Monte Sortenna. Sondalo richiama alla mente la storia e la realtà dei sanatori valtellinesi e lombardi costituendo il complesso sanatoriale più grande di tutta Europa: ad oggi tale struttura, con i suoi 9 padiglioni di cui solo 5 attivi, vede un'attività sanitaria di rilievo attraverso le strutture specialistiche e ad alta specializzazione ivi collocate, con i suoi reparti, i dipendenti medici, gli infermieri, il laboratorio analisi, la strumentazione diagnostica di precisione, l'emergenza-urgenza e l'elisuperficie, è sicuramente una realtà di riferimento in campo sanitario per gli altri Presidi, l'intera valle e la regione.

Il Morelli inoltre è nato come villaggio autonomo dotato di professionalità tecniche ed artigiane che hanno permesso la vita in piena autonomia del villaggio stesso, professionalità che sono tutt'ora mantenute ed esportate agli altri Presidi.

Ma cosa porta una struttura come l'odierno Morelli ad occuparsi di un'attività laterale rispetto ai compiti istituzionali ed aziendali, come la conservazione e la valorizzazione del proprio patrimonio scientifico, architettonico, ed archivistico?

Sicuramente una serie di benevoli accadimenti quali l'incontro con associazioni culturali e atenei che ne hanno riconosciuto e valorizzato la significativa struttura e che, memori del fatto che la storia passata è radice e fulcro di quella futura, ne hanno animato la vita con eventi culturali, conferenze, pubblicazioni e visite guidate in loco.

In effetti il Morelli costituisce un esempio immediato e palpabile di realtà che contiene in sé la duplice anima di struttura solerte e attiva nella gestione quotidiana delle necessità sanitarie e, nel contempo, teatro sensibile di una storia da ricordare e da valorizzare.

L'intento è proprio quello di permettere lo sviluppo congiunto di queste due anime profonde, differenti ma non per questo contrastanti, nella convinzione che da troppo tempo ci siamo allontanati dalla nostra storia recente e anche lontana, diminuendo la nostra capacità di migliorare, giorno dopo giorno.

Questo catalogo, quale compendio alla mostra "Dal mal sottile alla tubercolosi resistente. Un secolo di sanatori in Valtellina" vuole essere una sintesi della straordinarietà della sanità valtellinese.

Il direttore Generale dell'Azienda
Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna
Luigi Gianola

Sommario

11	Testi
13	Il Villaggio Sanatoriale di Sondalo. Una (ri)scoperta <i>Luisa Bonesio</i>
17	Un gigante tra le montagne. La costruzione del Villaggio Morelli fra tipizzazione e contesto <i>Giacomo Menini</i>
25	Un secolo di sanatori in Valtellina. Memoria e patrimonio di un'ingombrante eredità <i>Davide Del Curto</i>
33	I <i>Cavalcati dalle streghe</i> e le loro reali sofferenze <i>Lorenza Fumagalli</i>
39	Lana, letto, latte. Assistenza infermieristica e tubercolosi <i>Edoardo Manzoni, Stefania Di Mauro</i>
45	Le cure sanatoriali. Ascesa e declino di un modello assistenziale <i>Michele Augusto Riva</i>
51	La tubercolosi oggi <i>Saverio De Lorenzo</i>
55	L'attività dell'Ospedale Eugenio Morelli <i>Riccardo Bertoletti</i>
57	Cronistoria della tubercolosi
63	Catalogo
121	Gli autori



Testi

Il Villaggio Sanitoriale di Sondalo. Una (ri)scoperta

Luisa Bonesio

Il mio interesse conoscitivo nei confronti delle valenze architettoniche e paesaggistiche dell'ex Sanatorio "Eugenio Morelli" di Sondalo risale a una decina d'anni fa, ma ha conosciuto una drastica accelerazione nel 2009, quando, grazie a una serie di circostanze fortunate, è iniziata una collaborazione tra l'Associazione Culturale Terraceleste e il Comune di Sondalo su azioni di conoscenza e di sensibilizzazione circa l'importanza architettonica del complesso, che rischiava di subire trasformazioni incompatibili con la sua qualità monumentale. Successivamente è stato avviato un coinvolgimento delle competenze presenti nel Politecnico di Milano allo scopo di affrontare con opportuna consapevolezza teorica e operativa le tematiche architettoniche e conservative. Sul "Morelli" - che pure è stato il più grande sanatorio d'Europa - non esistevano organici studi architettonici o paesaggistici, solo alcuni articoli di studiosi, soprattutto esteri, relativi ad aspetti progettuali e compositivi o alla mancata valorizzazione dell'imponente complesso a fronte di esperienze analoghe in Francia, Svizzera, Germania, Stati Uniti. Perciò si è affermata subito l'idea di un convegno internazionale che mettesse a fuoco le caratteristiche di questa grande opera e la collocasse nel contesto - italiano ed

europeo - delle esperienze architettoniche e sanatoriali coeve. Il convegno internazionale, reso possibile anche dal sostegno di enti locali, banche e ordini professionali, dal titolo "Villaggio Morelli: identità paesaggistica e patrimonio monumentale", si è svolto nell'ottobre 2010 e ha visto la partecipazione dei maggiori esperti in materia; il volume degli Atti è stato pubblicato nel giugno 2011 dall'editore Diabasis a cura di Luisa Bonesio e Davide Del Curto e successivamente presentato in varie manifestazioni pubbliche. Il libro, frutto di un rilevante impegno redazionale ed editoriale, è finora il risultato scientifico più importante e ambisce ad essere il primo di ulteriori indispensabili indagini.

In sinergia, sono state realizzate altre iniziative: la mostra fotografica sugli aspetti estetici e paesaggistici del "Morelli", con foto di Luisa Bonesio e Caterina Resta, proposta anche successivamente in vari centri della provincia di Sondrio (2010, 2011, 2012); numerose conferenze pubbliche di presentazione del progetto scientifico; visite guidate per gruppi che ne facessero richiesta, oltre che per singoli studiosi. L'idea della visita guidata da esperti di architettura o di botanica (per il parco), apparsa all'inizio una scommessa a fronte di decenni di cecità

collettiva, da subito si è rivelata strategica e ha riscosso molto favore, tanto presso i turisti quanto presso gli abitanti e i dipendenti stessi o ex dipendenti dell'Ospedale. Il successo iniziale ha poi condotto a proporre istituzionalmente ogni anno, d'intesa con il Comune di Sondalo e l'Azienda Ospedaliera, un'ampia serie stagionale di visite guidate da diverse figure di studiosi (architetti, esperti di paesaggio, botanici, storici dell'arte, ingegneri, esperti di ambienti sonori ecc.), nella convinzione che a una percezione accorta e consapevole si può giungere attraverso la sensibilizzazione e la conoscenza, in cui le "guide" e gli abitanti/visitatori entrano in una dinamica di scambio di esperienze e di sguardi diversi.

Nel 2011 è stata realizzata, a cura dell'Associazione Culturale Terraceleste, una cartellonistica che segnala e illustra, riferendoli a una mappa su cui sono tracciati i principali itinerari delle visite che anche singoli possono compiere, i punti salienti e le opere più significative (edifici, viadotti, giardini, rotonde ecc.); inoltre, in occasione delle visite, vengono distribuiti pieghevoli che contengono notizie essenziali e la mappa del complesso.

Un ulteriore tassello di questa impresa complessa, è rappresentato dall'obiettivo strategico dell'emersione e della valorizzazione di risorse umane e culturali locali, con l'individuazione, il coinvolgimento e la formazione di giovani esperti come guide delle visite e di alcuni studiosi in grado di proseguire nel tempo l'approfondimento e l'ampliamento del quadro d'indagine e del progetto di valorizzazione. Oggi altri giovani ricercatori del Politecnico si occupano di questi aspetti e seguono anche un certo numero di laureandi in architettura che hanno scelto di lavorare sul "Morelli" e di collaborare nel riordino dell'interessantissimo archivio progettuale custodito nell'Ufficio Tecnico, nel quadro della fattiva e propositiva collaborazione da parte dell'Azienda Ospedaliera, che sostiene con

entusiasmo e partecipazione le iniziative di conoscenza e sensibilizzazione, coinvolgendo i dipendenti in una ri-appropriazione orgogliosa della loro struttura. Grazie a questo sostegno è stato possibile pensare di cominciare a restaurare l'elegante edificio della Portineria centrale, per adibirlo a punto di accoglienza e documentazione per i visitatori e gli studiosi, oltre che a primo nucleo di un polo museale destinato ad ospitare le testimonianze documentarie, fotografiche, progettuali e medicali del paesaggio sanatoriale sondalino (Pineta di Sortenna, Abetina, Vallesana, Villaggio Sanatoriale), ma anche all'utilizzo per esposizioni temporanee. Si tratterebbe di un segno tangibile e simbolicamente molto rilevante di come il "Morelli", diventato consapevole di ciò che è, si dispone per accogliere i visitatori e favorire la sua conoscenza e valorizzazione.

La mostra che viene realizzata in collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano Bicocca si inserisce in questo sfaccettato percorso, in un'indispensabile interlocuzione con il mondo delle scienze mediche, e costituisce il primo passo in direzione di aperture e confronti conoscitivi e progettuali con campi del sapere e progettualità del mondo metropolitano e universitario.

Riferimenti bibliografici

LUISA BONESIO, *I sanatori della Valtellina: tra dimenticanza e nuove prospettive della valorizzazione*, www.geofilosofia.it

LUISA BONESIO, *Il 'Villaggio' di Sondalo*, in «Notiziario della Banca Popolare di Sondrio», n. 95, agosto 2004, pp. 88-95, <http://nonsolobanca.popso.it/notiziario>

LUISA BONESIO, *Il Villaggio Morelli a Sondalo*, in *Il bello che cura. L'architettura dei dispensari antitubercolari e dei sanatori in Italia tra le due guerre*, Supplemento a "CE.S.A.R." 2/3, 2008, pp. 40-51

LUISA BONESIO, *Il Villaggio Sanatoriale di Sondalo come invenzione di un paesaggio culturale*, «Notiziario della Banca Popolare di Sondrio», n. 114, dicembre 2011, <http://nonsolobanca.popso.it/FixedPages/IT/SchedaNotiziario.php/L/IT/ID/BPSN249>

LUISA BONESIO, DAVIDE DEL CURTO (a cura di), *Il Villaggio Morelli. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale*, Diabasis, Reggio Emilia 2011

DAVIDE DEL CURTO, *Il sanatorio alpino: architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*, Aracne, Roma, 2010

GIACOMO MENINI, *Costruire in cielo. Architettura nelle Alpi italiane fra tradizione e modernità*, Tesi di dottorato in composizione architettonica, XXIII Ciclo, Politecnico di Milano, 2012, pp. 453-467

STEFANO ROSSATTINI, *Un villaggio straordinario. Villaggio Morelli, il più grande sanatorio d'Europa. Idea e ideali fra medicina, storia e natura*, Litostampa Istituto Grafico, Bergamo 2002

Un gigante tra le montagne. La costruzione del Villaggio Morelli fra tipizzazione e contesto

Giacomo Menini

La ricerca del sito ideale

L'influenza salutare del clima di montagna era stata riconosciuta, nel corso dell'Ottocento, come uno dei rimedi fondamentali per la cura della tubercolosi. La scelta di Sondalo per la costruzione del Villaggio sanatoriale Eugenio Morelli venne senza dubbio dettata dal clima della zona, particolarmente adatto alle esigenze terapeutiche delle persone affette dalla malattia. All'inizio del Novecento, questa località dell'Alta Valtellina aveva visto la costruzione del primo sanatorio italiano - quello di Pineta di Sortenna, voluto dal medico sondalino Ausonio Zubiani - seguito nell'arco di pochi decenni dai sanatori di Abetina e Vallesana¹.

L'orografia della conca di Sondalo mette in particolare risalto la vocazione "terapeutica" del sito. La valle dell'Adda, che piega a Teglio verso nord-est, riprende momentaneamente a Sondalo la direzione est-ovest - caratteristica della bassa Valtellina - per tornare a un deciso orientamento verso nord solo dopo Mondadizza e Serravalle, in direzione di Bormio. A Sondalo troviamo dunque un ampio teatro naturale con una cavea completamente esposta al sole. L'alveo dell'Adda è qui sufficientemente profondo e ripido, il che impedisce la formazione di que-

gli acquitrini che caratterizzavano, prima delle bonifiche ottocentesche, la bassa Valtellina. Ne deriva un'aria che, con l'aiuto dei venti che percorrono la valle, risulta secca anche nei mesi invernali. L'altezza di circa mille metri sul livello del mare, inoltre, fa sì che l'irraggiamento solare sia abbastanza potente e, al contempo, che le temperature invernali non siano troppo rigide.

Eugenio Morelli, che era originario di Teglio, conosceva certamente Sondalo e i suoi sanatori. Nominato nel 1927 Alto Consulente Medico della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali², ebbe un ruolo non indifferente nella localizzazione del sito per un grande sanatorio, dopo che la costruzione di una rete nazionale di ospedali sanatoriali di pianura aveva già preso avvio. Nel 1929, forse per confortare l'intuizione di Morelli, fu promossa un'accurata indagine sulle condizioni climatiche e meteorologiche³ della conca di Sondalo. Le indagini confermarono le eccezionali qualità del luogo: secchezza dell'aria, piovosità moderata, inverni non eccessivamente rigidi, radiazioni solari intense, ventilazione abbondante.

Ma un altro e non secondario elemento che consigliò la scelta di Sondalo fu senza dubbio l'acquiescenza della popolazione locale. La costruzione di un sanatorio non

era all'epoca vista di buon occhio, e le paure legate al possibile contagio erano sempre dietro l'angolo. Anche i sondalini avevano mostrato qualche resistenza alla costruzione del primo sanatorio di Pineta nel 1903; ma superato il primo impatto, avevano imparato a convivere con le strutture che sorgevano sul versante di Sortenna, ricavandone anzi benefici per l'economia locale. Quando, all'inizio degli anni Trenta, iniziò a diffondersi la notizia della costruzione di un altro grande sanatorio, essi accolsero probabilmente questa eventualità come una possibilità di crescita per la comunità più che un malanno pronto ad abbattersi sulle loro teste.

Tipizzazione e adattamento al contesto montano

La costruzione di un grande villaggio sanatoriale doveva porsi a compimento della battaglia antitubercolare intrapresa dal Regime nel 1927, che aveva previsto la realizzazione di 20.000 posti letto nell'arco di dieci anni. Dopo l'avvio dei piani per gli ospedali sanatoriali in pianura, rimaneva la necessità di un sanatorio di montagna che potesse sfruttare gli effetti benefici del clima alpino.

I progetti per Sondalo presero avvio nel 1930, quando la CNAS dispose l'acquisto di 35 ettari di terreno sul versante di Sortenna. Furono seguiti direttamente dall'ufficio tecnico dell'ente, denominato Ufficio Costruzioni Sanatoriali. Quest'ufficio aveva già predisposto, con la consulenza di Morelli, i progetti per gli ospedali di pianura, basati sulla ripetizione di alcune tipologie. Il sanatorio-tipo era costruito attorno al modulo base della camera di degenza, a quattro o sei letti, con collegamento diretto alla veranda di cura⁴. Questo metodo di progettazione modulare ricalcava in gran parte quelli propagati dal Movimento Moderno, che immaginavano grandi quartieri partendo dalla cellula elementare dell'*Existenzminimum*. Il padiglione

tipo della CNAS aggregava linearmente più camere di degenza lungo la galleria-veranda, costituendo la manica principale dell'edificio. I servizi erano invece collocati in un corpo trasversale, conferendo all'edificio una caratteristica pianta a "T". I singoli padiglioni potevano a loro volta essere aggregati per costituire un complesso più ampio, come nell'Istituto Forlanini di Roma.

Ma questi progetti per sanatori-tipo, pensati per la pianura, dovettero subire non poche variazioni per potersi adattare all'orografia tormentata della montagna. Un edificio costruito sul versante non può avere una profondità del corpo di fabbrica eccessiva, ma deve avere un preminente sviluppo lineare, in modo da iscriversi naturalmente nelle curve di livello del terreno. Costruendo sul pendio, vengono inoltre a generarsi dei piani seminterrati, con un solo affaccio libero e con maggiori difficoltà di ventilazione. Il padiglione tipo, a Sondalo, rinuncia quindi al corpo trasversale dei servizi, inserendo queste funzioni nei tre piani seminterrati. L'ingresso ai cinque piani di degenza è a monte, a livello terra, mentre quello alle parti di servizio è a valle. Questa modalità di costruzione sul pendio appartiene alla tradizione dell'architettura alpina, che ha sempre sfruttato i dislivelli del terreno per la distribuzione verticale degli spazi.

I padiglioni tipo di Sondalo sono otto, per metà disposti in destra orografica del torrente Rio e per l'altra metà in sinistra. Oltre a questi, si trovano nel villaggio altri edifici, tra cui spicca il complesso dei servizi e dell'amministrazione, collocato nella parte alta, in posizione dominante e agevole per il collegamento con gli altri padiglioni. Un'espressiva declinazione del tipo standard è rappresentata dal padiglione chirurgico, il primo che s'incontra salendo. Esso ha una pianta ancora più allungata, con le testate tonde, tanto da farlo assomigliare a un vascello incagliato tra gli abeti.

La composizione dell'intero complesso è certamente frutto di un'attenta progettazione, che trova attuazione non solo nella disposizione degli edifici sul versante, ma anche nel disegno delle strade, delle sistemazioni esterne e del parco. Il principio di funzionalità ha evidentemente avuto un ruolo fondamentale, e tra le ragioni principali che giustificano la disposizione degli edifici sul versante, v'è quello dell'orientamento verso il sole.

Sole e igiene

Come si sa, un sanatorio di montagna serve a curare i malati di petto con l'aria pura e con il sole. «Di conseguenza, la sua architettura si distingue dalle altre per ciò che riguarda la luce del sole come sorgente di vita, che accoglie come amica e chiama come collaboratrice. Il sanatorio riconduce l'umanità alle sue origini [...] I soli spazi che l'uomo poteva occupare allora sono stati necessariamente quelli che il sole illuminava al di sopra dei miasmi delle paludi e delle nebbie della pianura, e che esso indicava attraverso i suoi raggi [...] Il sole è stato il primo architetto che ha imposto le proprie regole alle nostre abitazioni»⁵.

Queste parole, scritte da un sostenitore dell'architettura moderna, denunciano chiaramente la volontà di tornare a delle condizioni abitative che assecondino il desiderio di luce e salubrità di ogni uomo. Questo anche in reazione alle condizioni cui erano giunte le città industriali ottocentesche, fatte di spazi angusti, mal illuminati e con dotazioni igieniche carenti. In uno dei manifesti del Moderno - il *Verso una Architettura* di Le Corbusier - la casa è descritta come «una macchina da abitare. Bagni, sole, acqua calda, calore a volontà, conservazione del cibo, igiene, bellezza e proporzione»⁶. L'orientamento secondo l'asse elio-termico, l'ariosità degli spazi pubblici e l'abbondante presenza di verde sono stati fra i presupposti

per il progetto della città moderna. Ma dietro questi intenti programmatici, si nascondeva spesso anche una volontà di forma. Accanto alle ragioni igieniche e funzionali, che erano propagandate come fondamento, v'erano pur sempre delle motivazioni stilistiche. Le case dai volumi bianchi e puri, orientate verso il sole e ripetute con grande rigore formale, erano così non solo per rispondere a delle esigenze pratiche, ma anche per assecondare un gusto estetico che andava imponendosi, almeno fra gli architetti.

I sanatori e le colonie elioterapiche sono stati un'importante occasione di sperimentazione, in cui i principi d'igiene e corretto orientamento diventavano occasione d'invenzione formale e di espressione poetica. Ne sono un chiaro esempio le celebri strutture sanatoriali di Hilversum e Paimio⁷, o la colonia di Legnano progettata dai BBPR nel 1938, o ancora il dispensario di Alessandria progettato da Gardella nel 1933. Credo che lo stesso non si possa dire per i coevi ospedali, dove la progettazione si è spesso limitata alla soluzione dei soli problemi funzionali, d'igiene e corretta distribuzione, lasciando in secondo piano gli aspetti poetici della costruzione. È un problema che continua a presentarsi oggi, con nuovi grandi ospedali dal funzionamento impeccabile ma dall'architettura anonima e sciatta.

Anche i sanatori italiani della rete INPS, con la loro progettazione standardizzata, hanno mirato, in modo quasi esclusivo, a dare risposte in termini di funzionamento, lasciando in secondo piano l'architettura. Fra questi, quello di Sondalo appare senza dubbio il più originale; in altri esempi, invece, si può dire che «il sanatorio abbia perso l'occasione di definirsi come anti-ospedale», e «nei casi meno innovatori e più deduttivi... si sia avvicinato alle connotazioni dell'istituzione totale»⁸.

Terrazzamenti, strade e teleferiche

La costruzione del Villaggio Morelli ebbe inizio nel 1932, con i lavori affidati all'impresa Daniele Castiglioni di Milano. Il cantiere si rivelò da subito molto impegnativo, a causa della forte pendenza del versante. Furono impiegati circa 1.400 uomini fra tecnici e operai. Uno dei primi problemi fu di ritagliare nella roccia le strade di accesso e i piani d'appoggio per le fondazioni.

Prima della costruzione dei sanatori, il versante sopra Sondalo, per la sua piena esposizione a mezzogiorno, si era prestato attraverso i secoli alla costruzione di terrazzamenti per la coltivazione, come testimoniano alcune fotografie d'epoca. Riguardando oggi quelle vecchie stampe, e confrontandole con le attuali, sembra che il Villaggio non abbia fatto altro che completare e ingigantire un'antica opera di antropizzazione del versante. Carlo Cattaneo, descrivendo la Valtellina, aveva parlato di un ordine in cui «le ripide pendici, ridutte in faticose gradinate, sostenute con muri di sasso, su le quali talora il colono porta a spalle la poca terra che basta a fermare il piede di una vite, appena danno la stretta mercede della manuale fatica»⁹. Come i contadini avevano ricavato dal pendio pochi fazzoletti di terra per le loro coltivazioni, così i costruttori del Villaggio hanno dovuto ingaggiare una faticosa lotta per portare all'orizzontalità il terreno sul quale gettare le fondamenta dei nuovi edifici.

Il sistema di muri contro terra, la rete di strade e viadotti, le grandi arcate a contrafforte sono una «grande opera nell'opera»¹⁰, realizzata con tecniche che, all'epoca della prima costruzione, erano solo in parte meccanizzate. Le dimensioni ciclopiche dei massi di pietra, pazientemente tagliati e impilati, raccontano la titanica fatica impiegata nella costruzione di quest'opera. I muraglioni verticali rimandano a una lontana tradizione, e le opere di sistemazione del versante del Villaggio possono essere viste

come una moderna interpretazione dei terrazzamenti retici della Valtellina.

Per l'approvvigionamento del cantiere furono creati siti di stoccaggio in paese, ai piedi del versante, oltre che una cava di sabbia nell'alveo dell'Adda. Questi erano collegati al cantiere principale da una rete di teleferiche, che superava dislivelli prossimi ai 200 metri. All'interno del cantiere, i materiali venivano movimentati con automezzi leggeri o con trenini Decauville. Il sistema di teleferiche fu poi replicato, in maniera definitiva, anche all'interno del Villaggio, terminato nel 1940. Il dislivello fra i vari padiglioni è infatti notevole, poiché tra il padiglione chirurgico e quello dei servizi v'è una differenza di quota pari a 50 metri. Il sistema più rapido (e più silenzioso) per l'approvvigionamento dei padiglioni risultò essere quello delle teleferiche. Sul tetto dell'edificio dei servizi furono posizionate nove macchine che, abbinate ad altrettanti impianti a fune, distribuivano ai padiglioni il cibo e la biancheria provenienti dalle sottostanti cucine e lavanderie¹¹. La grande dimensione del complesso imponeva un'organizzazione razionale del lavoro, e all'interno del Villaggio erano presenti tutte le dotazioni di una cittadella autonoma.

La grande dimensione

Forse non è del tutto improprio utilizzare il termine *Bigness* - coniato da Rem Koolhaas - per descrivere le dimensioni del Villaggio Morelli. Secondo Koolhaas «l'ascensore, l'elettricità, il condizionamento dell'aria, l'acciaio e infine le nuove infrastrutture hanno costituito un insieme di mutazioni capaci di provocare la nascita di un'altra specie architettonica. Gli effetti combinati di queste scoperte hanno prodotto strutture più alte e più profonde - *più grandi* - come mai prima erano state concepite, e insieme dotate di grandi potenzialità per la riorganizzazione sociale»¹². Anche se Koolhaas pensa ai grattacieli

di Manhattan, queste parole si adattano in fondo anche alle grandi strutture residenziali e terziarie realizzate in Europa dagli anni Trenta del Novecento. Sono grandi edifici costruiti grazie all'uso di cemento armato e acciaio, il cui funzionamento è vincolato ai moderni sistemi di trasporto e agli impianti tecnologici. La gestione di queste strutture può rivelarsi molto complessa, e a volte basta la rottura di un piccolo ingranaggio per bloccare l'intera macchina.

Ma il problema dei grandi edifici ereditati dalla modernità, nella percezione comune, sembra essere oggi, soprattutto, quello dell'impatto visivo che esercitano sul paesaggio. Anche il Villaggio di Sondalo, per via delle sue dimensioni, viene spesso percepito come un elemento estraneo. Quest'approccio deriva probabilmente da un retaggio romantico e da una visione idealizzata della montagna, che è spesso prerogativa del turista. In montagna ci si aspetta di trovare solo costruzioni basse, con la pietra, il legno e il tetto a capanna. Le dimensioni imponenti del sanatorio mal si coniugano con queste attese. Per questo motivo il complesso è stato talvolta condannato come fattore di degrado per il paesaggio.

Al di là della debolezza di queste posizioni, il presunto sovradimensionamento del complesso si è manifestato negli anni come un problema concreto. I progetti originali prevedevano la realizzazione di dieci padiglioni tipo, un padiglione chirurgico, un padiglione amministrativo e per i servizi, un grande cinema-teatro e vari altri edifici tecnici. Solo otto dei dieci padiglioni tipo furono realizzati, garantendo comunque una disponibilità, compreso il padiglione chirurgico, di circa 2.800 posti letto, e occupando per il loro funzionamento 1.500 dipendenti. La superficie complessiva del Villaggio è di circa 35 ettari, con 600.000 metri cubi costruiti, 13 chilometri di strade interne e 7 di passeggiate. In un paese come Sondalo, che prima della costruzione del complesso a

stento superava i 1.000 abitanti, queste cifre dovevano evidentemente apparire fuori scala. Già all'epoca della sua realizzazione, molte voci critiche si erano levate, sostenendo che il funzionamento di una struttura tanto vasta in un contesto territoriale così ristretto avrebbe portato a insanabili contraddizioni. E, in effetti, la previsione si è in parte avverata: anche oggi, dopo la trasformazione in ospedale regionale, le difficoltà di gestione sono notevoli¹³. Il gigantismo del complesso era in parte legato alle retoriche propagandistiche del Regime, volte a ottenere pleonastici primati nei settori più disparati, ma il progetto non teneva conto delle reali esigenze del territorio e delle difficoltà legate alla concentrazione di un numero elevato di pazienti in un luogo relativamente isolato.

Accanto a questo peccato originario, è oggi importante valutare il complesso per il valore architettonico e paesaggistico. Uno dei punti più interessanti del progetto è nel suo disegno unitario. La grande dimensione deriva anche dalla forza di un segno che si vuole chiaro e riconoscibile, dove la costruzione del territorio diventa essa stessa opera architettonica. Il sistema di strade, viadotti, contrafforti e terrazzamenti plasma il terreno per ospitare la nuova cittadella. Accanto ai percorsi principali, una fitta rete di camminamenti e passeggiate nel verde percorre tutta l'area. Ogni cosa è progettata e nulla è lasciato al caso. Il parco che avvolge gli edifici è frutto di un'attenta opera di piantumazione, con selezione di specie arboree e un preciso disegno delle aiuole. Natura e artificio si compenetrano in un'opera grandiosa e unitaria.

Le modalità d'intervento adottate a Sondalo sono state ripetute nelle Alpi italiane solo in rare occasioni, come ad esempio nel villaggio ENI a Corte di Cadore progettato da Edoardo Gellner che, pur a una scala inferiore, ha assunto il principio di «ricostruzione del paesaggio» come un fondamento. Entrambi i casi ci parlano di una maniera di

intervenire sul paesaggio alpino decidendo la sorte d'interi paesi. Sono progetti che affrontano grandi linee di trasformazione e impongono precisi modelli insediativi.

Nel secondo dopoguerra, le trasformazioni dei territori alpini hanno invece seguito, nella maggior parte dei casi, logiche frammentarie e non coordinate. I piani urbanistici e i regolamenti non hanno saputo indicare delle linee unitarie o, quantomeno, non hanno potuto arginare efficacemente le dinamiche speculative. Anche se il Villaggio Morelli di Sondalo ha in sé molti aspetti contraddittori e criticabili, ha certamente avuto il merito di proporre un atto insediativo chiaro e coraggioso, appoggiato alla topografia e alla struttura del territorio. Forse oggi non abbiamo bisogno di costruire opere di tali dimensioni. Ma di progetti che sappiano proporre delle linee di sviluppo coerenti si continua ad avvertire la necessità.

¹ Il sanatorio di Pineta di Sortenna fu costruito dal 1903 su progetto dell'arch. Giuseppe Ramponi. Il sanatorio de L'Abetina dal 1927 e quello di Vallesana dal 1929, entrambi su progetto dell'ing. Filippo Orsatti.

² La CNAS (Cassa Nazionale di Assicurazione Sociale) era stata istituita nel 1919 per l'assistenza dei malati e dei loro familiari. Con il RDL 2055 del 1927 per l'assicurazione contro la tubercolosi, l'istituto venne ad assumere un ruolo centrale nella lotta contro questa malattia. La CNAS mutò la denominazione di INFPS (Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale) nel 1933. Si veda il capitolo *L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in DAVIDE DEL CURTO, *Il sanatorio alpino. Architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*, Aracne, Roma 2010, pp. 239-254.

³ Un resoconto delle indagini meteorologiche condotte a Sondalo è in FILIPPO EREDIA, *Per una razionale esposizione da darsi ai sanatori*, in «Lotta contro la tubercolosi», settembre 1930, pp. 571-585. Cfr. anche FILIPPO EREDIA, *Clima e tubercolosi*, Stabilimento Tipografico Europa, Roma, s.d.

⁴ Erano previsti e progettati anche i sistemi di chiusura tra camera e veranda - tramite serramenti che, scorrendo su guide, potevano all'uopo suddividere la veranda in più settori - nonché i sistemi di oscuramento con avvolgibili in grado di ombreggiare sia la camera che la veranda.

⁵ ANDRÉ MENABREA, *Le soleil dans l'architecture*, in «L'architecture d'aujourd'hui», n. 2, 1932; trad. it. in LAURA NEGRI, *Il tipo della casa a terrazzo e le sue origini nel sanatorio*, Tesi di laurea, relatore Mara De Benedetti, Politecnico di Milano, A.A. 1996-97, pp. 3-5.

⁶ LE CORBUSIER, *Verso una Architettura*, Longanesi, Milano 1973, p. 73 (ed. or. *Vers une Architecture*, Editions Crès, Parigi 1923).

⁷ Mi riferisco al sanatorio Zonnestrål, in Olanda, progettato tra il 1926 e il 1928 da Johannes Duiker e Bernard Bijvoet, e al sanatorio di Paimio, in Finlandia, progettato tra il 1929 e il 1933 da Alvar Aalto.

⁸ CLAUDIO CONFALONIERI, *Città sanatorio: dopo il confinamento l'estinzione del tipo insediativo*, in «Hinterland», numero monografico su Architettura della salute, n. 8/9, 1979, pp. 34-35.

⁹ CARLO CATTANEO, *Notizie naturali e civili sulla Lombardia*, Milano, 1844. Ripubblicato in varie raccolte di scritti di Cattaneo. La citazione è presa da ID., *Scritti sulla Lombardia*, 5 voll., Ceschina, Milano 1971, vol. 1, *Profili storico-economici della Lombardia e delle città lombarde*, p. 316.

¹⁰ «Le grandi arcate che rinforzano i muraglioni in pietra contro terra e che disegnano i tornanti aerei della strada carrozzabile sono opere di pregio, anche estetico, assoluto e, più delle architetture che sono destinate a servire, hanno sovente colpito l'attenzione degli studiosi, col tradurre lo spirito del luogo nella pietra locale cavata e lavorata in opera». (DAVIDE DEL CURTO, *Il sanatorio alpino*, cit., p. 272).

¹¹ Il Villaggio entrò in funzione solo dopo la guerra, nel 1947, svolgendo la precipua funzione di ricovero dei reduci affetti da malattie polmonari. Il sistema di distribuzione del cibo preparato nella cucina centrale, tramite le teleferiche, venne presto giudicato poco pratico, poiché le vivande giungevano fredde in reparto. Furono allora installate singole cucine in ogni padiglione. La distribuzione della biancheria pulita con le teleferiche, invece, risultò da subito efficientissima, e continuò a funzionare fino agli anni Ottanta, quando le teleferiche, per ragioni di sicurezza, vennero dismesse.

¹² REM KOOLHAAS, *Bigness, ovvero il problema della grande dimensione*, in *Junkspace. Per un ripensamento radicale dello spazio urbano*, Quodlibet, Macerata 2006 (ed. or. *Bigness or the problem of Large*, in *S,M,L,XL*, The Monacelli Press, New York 1995).

¹³ Quattro padiglioni su nove sono oggi chiusi e in precario stato di conservazione. Solo alcuni degli altri sono pienamente sfruttati e utilizzati. Nonostante ciò, il numero di posti letto continua a superare le richieste di utenza, rendendo spesso antieconomica la gestione. D'altro canto, le difficoltà viabilistiche e di accessibilità dell'area rendono difficile il riutilizzo per altri scopi.

Un secolo di sanatori in Valtellina. Memoria e patrimonio di un'ingombrante eredità

Davide Del Curto

Un secolo di sanatori

Le informazioni per raccontare una storia dell'architettura sanatoriale si basano soprattutto sulla storia della medicina, mentre la storia dell'architettura è rimasta a lungo vaga su questo argomento e la letteratura - La montagna magica¹ - rimane il riferimento principale per chi si avvicina al tema del sanatorio.

È noto come nell'Ottocento la tubercolosi fosse radicata nei contesti urbani densamente popolati e direttamente legata alle condizioni igieniche che ne determinavano il carattere sociale². La lotta alla malattia ha coinvolto forze sociali e competenze diverse e la persistente inefficacia della terapia farmacologica ha propiziato la creazione di specifiche reti di assistenza e la costruzione di edifici per la prevenzione (i dispensari) e la cura (i sanatori).

La terapia sanatoriale superava il mero isolamento dei malati e combatteva la malattia con lunghi ricoveri, il riposo, l'iperanutrizione e la «cura d'aria» e rimase l'unico rimedio, ancorché sintomatico, fino alla messa a punto della terapia antibiotica nel secondo dopoguerra. Il sanatorio ne è stato il principale strumento e la sua tipologia architettonica, cui lavoravano a quattro mani l'architetto e il medico, si è evoluta insieme alla terapia.

La storiografia concorda nell'attribuire a Hermann Brehmer la costruzione del primo sanatorio europeo, fondato nel 1859 nella Slesia, a Görbersdorf, l'attuale Sokolowsko, un piccolo centro oggi al confine tra Polonia e Repubblica Ceca. Si trattava di un edificio in stile neogotico più simile a un hotel che a un moderno nosocomio, dove si praticava essenzialmente un confortevole isolamento dei malati, propiziato dal luogo e dal clima. La generazione di tisiologi immediatamente successiva perfezionò il metodo di cura e la tipologia degli edifici. I sanatori si diffusero in tutta l'Europa continentale, particolarmente in Germania, Francia e Svizzera. Nella regione di Davos la terapia si precisò con la permanenza in quota, furono sistematizzati e teorizzati gli aspetti clinici e precisata l'architettura degli edifici³.

Nelle biografie di questi medici si trovano quasi sempre storie di uomini votati alla tisiologia perché malati di petto in prima persona, animati da propositi filantropici tra positivismo, scienza medica e impresa sociale, consapevoli del carattere intimamente psicologico della malattia e della natura economica dell'impresa sanitaria. Si tratta spesso di giovani di provincia che dopo gli studi e le prime esperienze da medico condotto, si avvicina-

vano alla "tisi" esplorando gli istituti europei dove già si praticava la cura sanatoriale, con lo spirito di progresso e di internazionalizzazione *ante litteram* tipico della *Belle Époque*. I loro resoconti di viaggio fotografano minuziosamente il quadro dei sanatori europei alla fine del XIX secolo. In queste pagine, le specifiche per il trattamento dei malati si alternano ad appunti sulla conduzione economica e amministrativa del sanatorio, sulla scelta e la formazione del personale, sul modo di comporre la dieta e organizzare il servizio, e con osservazioni comparate sull'architettura degli istituti, le proporzioni e l'esposizione degli edifici, la capienza delle camere e la profondità delle verande, le finiture, i materiali e molti altri aspetti architettonici, cioè terapeutici, in una sorta di *Grand Tour* dell'architettura sanatoriale condotto dai medici, anziché dagli architetti. Molti pubblicarono indicazioni dettagliate per il disegno degli edifici, spingendosi alla formulazione di progetti per un «sanatorio ideale»⁴.

La rete italiana di edifici per il trattamento della tubercolosi ha mosso i primi passi a Milano, innestandosi nella tradizione assistenziale della città con l'«Opera Dispensariale» – sorta di precoce «via milanese» nella cura della TBC⁵. I dispensari erano presidi medico-assistenziali per la prevenzione e la diagnosi precoce, si diffusero capillarmente in ogni quartiere localizzandosi in strutture appositamente realizzate o, più spesso, in spazi di fortuna che ne accentuarono il radicamento sociale e urbano. L'inizio della lotta antitubercolare a Milano può essere riferito già al 1896, quando si cominciò a separare i tubercolotici polmonari dagli altri malati nell'Ospedale Maggiore⁶, anticipando di un anno la legge nazionale che prescriveva la separazione dei malati di petto nei reparti ospedalieri e avviando, di fatto, la specializzazione e la segmentazione degli edifici costruiti per combattere la TBC⁷.

Con la diffusione della malattia e l'evoluzione della cura, la rete assistenziale divenne capillare e si stratificò per contrastare la patologia ai diversi gradi di evoluzione: ai dispensari si affiancarono i preventorii, gli ospedali-sanatorio e i sanatori di mare, di collina, e di montagna. Gli stabilimenti per la cura della TBC in ambito urbano, sub-urbano e montano, formando così una sorta di filiera lombarda con strutture specializzate per ogni stadio della malattia. A questo processo concorsero attori diversi che, tra istituzioni, solidarietà, socialismo filantropico e spirito imprenditoriale, diedero impulso alla «industria del sanatorio»⁸.

L'opera dispensariale e sanatoriale rappresentò la «via milanese» alla lotta antitubercolare preconizzando l'azione statale, che si concretizzò solo dopo gli anni Trenta. Come la malaria, fronteggiata dal governo fascista parallelamente alle bonifiche agricole, la tubercolosi fu combattuta con decisione dopo che la L.1132/1928 aveva istituito l'assicurazione antitubercolare obbligatoria per i lavoratori dipendenti, garantendo allo Stato le risorse per un piano nazionale di edilizia sanatoriale che estese a tutta la Nazione le esperienze maturate nelle grandi città⁹. Sotto la direzione di Eugenio Morelli l'Ufficio Costruzioni Sanatoriali dell'INFPS mise a punto linee guida per la costruzione di nuovi sanatori in ogni provincia. Vennero definiti due prototipi di edificio, il tipo Nord e il tipo Sud, da impiegare alternativamente in relazioni alle condizioni altimetriche e di esposizioni di ciascun sito, e una serie di minuziose indicazioni per il dimensionamento dei locali, delle aperture, la costruzione dei serramenti, delle superfici e degli arredi per garantire massima igiene e praticità¹⁰. Gli edifici furono costruiti sotto il controllo dei Consorzi Provinciali Antitubercolari e la rete sanatoriale culminò con le due grandi realizzazioni del centro "Forlanini" di Roma e del Villaggio Sanatoriale di Sondalo.

In questo quadro, la storia dei sanatori in Valtellina, ricalca in piccolo e con cinquanta anni di ritardo, le tappe già percorse in Europa durante la seconda metà dell'Ottocento¹¹. Iniziò nel 1903, con la piccola "montagna incantata" del sanatorio Pineta di Sortenna per iniziativa di Ausonio Zubiani, un edificio dalle forme leggere ancora tipiche di un regionalismo non distante dai coevi linguaggi europei. Proseguì con la costruzione dei Sanatori Popolari della Città di Milano a Prasomaso, per iniziativa di Francesco Gatti e grazie al concorso di una rete di finanziatori privati e istituzionali. Nuovi stabilimenti sorsero a Sondalo durante gli anni Venti: il sanatorio de L'Abetina nel 1927 e quello di Vallesana nel 1929, per arrivare al grande Villaggio Sanatoriale dell'INFPS, vertice della campagna nazionale di edilizia antitubercolare¹².

Un'eredità (ingombrante)

Il Villaggio Sanatoriale, oggi presidio ospedaliero di Sondalo rappresenta un'eredità e, come tutte le eredità, si tratta di un'eredità ingombrante¹³. La sua imponente dimensione, appena mitigata dalla vegetazione del parco che lo avvolge e in parte lo cela dietro le fitte chiome dei sempreverdi, domina visivamente il tratto di Valtellina tra Grosio e la svolta per Bormio, si impone sopra ogni altro segno lasciato dall'uomo in questa terra, a ben vedere anche sopra le opere infrastrutturali che lo hanno preceduto e seguito, come gli impianti idroelettrici, le strade di fondovalle e di valico, le opere di bonifica e controllo idrogeologico.

Il complesso è da tempo oggetto di una campagna di studi che ne esamina le valenze architettoniche e paesaggistiche che, insieme alla storia della sua realizzazione, hanno attratto l'attenzione degli studiosi per la natura eccezionale e al tempo stesso negletta che questo episodio presenta, sia in rapporto al contesto architettoni-

co e culturale locale, sia rispetto al più generale territorio dell'architettura alpina.

Il Villaggio si presenta oggi nella doppia consistenza di "fatto edilizio" e di "fatto architettonico". Il primo è stato già altrimenti inteso e celebrato con le dimensioni dell'opera, la fatica di un cantiere costretto a misurarsi con le difficoltà della montagna, l'importanza di un'operazione che impiegò schiere di valtellinesi per molti e difficili anni, la cura esecutiva delle strutture, degli impianti e delle finiture che, pur di foggia ospedaliera, sono eseguite in maniera raffinata e durevole¹⁴. Minore attenzione è stata storicamente dedicata al "fatto architettonico", alla valutazione critica di come il Villaggio sia il prodotto di un gesto misurato e di un pensiero colto, in grado di conciliare un proposito edilizio tanto rilevante con un contesto fragile e - diremmo oggi - paesaggisticamente complesso, in un esercizio di vera pianificazione urbanistica e ambientale per quella che fu, a tutti gli effetti, una città (sanitaria) di fondazione, al centro delle Alpi.

Solo recentemente questi aspetti sono divenuti oggetto di studi specifici che esaminano il tracciamento del disegno complessivo¹⁵, la disposizione dei grandi padiglioni e delle relative infrastrutture lungo il versante, il controllo delle proporzioni e dei rapporti fra le parti, la scelta e la disposizione delle cromie che, soggetta a specifiche indicazioni per gli interni, fu liberamente interpretata per gli esterni, con risultati quasi coloristici riferibili ad un intento e un saper fare più artistico che meramente tecnico.

Vi sono probabilmente tre ordini di ragioni alla base di questa disattenzione. In primo luogo le valenze architettoniche, paesaggistiche e persino puramente estetiche del Villaggio sono rimaste a lungo offuscate, almeno da un punto di vista percettivo, dalla destinazione d'uso sanitaria e dalla connessa connotazione di immagine negativa che solo negli anni più recenti può dirsi superata. In secon-

do luogo, occorre considerare il carattere di eterotopia¹⁶ e alterità rispetto al contesto di un complesso voluto e ideato, almeno nelle sue linee generali, da menti non locali, probabilmente capitoline, e rimasto sostanzialmente immune dal processo di "addomesticamento" che la valle sovente riserva ai tentativi di penetrazione delle avanguardie architettoniche, quando non culturali *tout court*. Dirompente nel suo carattere di novità e rifiuto di qualsiasi mediazione di scala e di linguaggio, ha tenuto lontano chi è solito declinare il tema dell'architettura alpina nei termini di un accurato sviluppo di forme e misure di derivazione vernacolare. Il Villaggio, al contrario, conserva ancora oggi l'immagine imponente di una nuova città fondata e futuristicamente distesa sopra l'abitato di Sondalo, tanto evidente nelle foto dei primi anni Quaranta, dove gli alberelli del parco appena impiantato non valgono a mitigare l'impatto visivo dei padiglioni che spiccano sul versante di Sortenna, faticosamente terrazzato per poterli accogliere. Il rapporto di scala tra l'abitato di Sondalo - il "vecchio villaggio" - e il "nuovo villaggio" sanatoriale emerge con forza da queste immagini e rappresenta efficacemente la misura dell'«amorevole»¹⁷, eppur coatto, abbraccio del nuovo insediamento sul vecchio abitato. Infine, la mancanza di una firma, di un segno di sicura (e possibilmente nobile) paternità sul progetto architettonico, allo stato attuale delle ricerche genericamente riferibile alla struttura centrale dell'INPS¹⁸, ha per molto tempo scoraggiato gli storici dell'architettura di formazione accademica dall'occuparsi di questo complesso altrimenti meritevole di approfondimenti e studi mirati.

Occorre ancora pazienza per svolgere la (non del tutto benevola) vicenda progettuale e costruttiva del Villaggio. L'importante corpus dei disegni tecnici relativi all'epoca della sua costruzione¹⁹, di cui la mostra presenta una prima selezione, fornisce informazioni preziose e conferma come

il Villaggio sia stato costruito «sulla base di un progetto di larga massima», adattando tipologie architettoniche e schemi costruttivi a un terreno pazientemente configurato tramite il sistematico ricorso al disegno esecutivo a tutte le scale del progetto. Ogni parte fu accuratamente disegnata e computata: i terrazzamenti, lo sviluppo della strada interna, l'imponente rete dei sottoservizi (l'acquedotto, le fognature...), l'architettura dei padiglioni, il parco, i dettagli costruttivi e le finiture (pavimenti, rivestimenti, arredi...). I grandi fogli di carta da lucido segnati a china e matita, i calcoli trigonometrici eseguiti a mano o con l'aiuto del regolo, rendono - attraverso la loro faticosa materia - il senso di una costruzione maturata passo dopo passo, di un disegno solo in parte interpretabile come diligente sviluppo di un modello definito. Si trattò al contrario di un progetto messo a punto con il tempo e sul luogo e che, forse anche per questo, è oggi in grado di esprimere un radicamento e una coerenza formale superiori rispetto ai pur rilevanti volumi di edilizia seriale che, nel corso del tempo, hanno occupato il fondovalle e che gli strumenti urbanistici e di tutela, per i quali un intervento della scala del Villaggio non sarebbe oggi accettabile, non sono stati sempre in grado di controllare.

Memoria e "patrimonializzazione"

Oggi la tubercolosi non si cura più con i lunghi ricoveri e i sanatori costruiti in Italia nel Novecento hanno perduto la funzione originaria da ormai quarant'anni. Si tratta di un vasto patrimonio di edifici che dall'eclettismo dei primi istituti sorti all'inizio del secolo per la climatoterapia alpestre di iniziativa privata e l'isolamento dei contagiosi nelle città, ha assunto le forme moderne dell'architettura sociale italiana con la costruzione della rete nazionale dei sanatori provinciali della previdenza sociale, nel corso degli anni Trenta.

Questo vasto patrimonio, di cui ancora manca un inventario sistematico, non ha individuato con chiarezza nuove possibili destinazioni d'uso. Funzioni sanitarie o ricettive si sono talvolta insediate negli edifici di inizio secolo, mentre i sanatori costruiti dall'INPS sono stati ceduti nei primi anni Settanta al Servizio Sanitario Nazionale, da qui alle Regioni e hanno poi accolto, in molti casi, enti ospedalieri autonomi, in attuazione della legge n. 132 del 12 febbraio 1968. Da quel momento, gli edifici hanno conosciuto sorti diverse, conservando la destinazione sanitaria ovvero mutandola, ceduti ad altri comparti pubblici o a privati.

Molti sanatori provinciali, originariamente costruiti ai margini del capoluogo, sono stati progressivamente urbanizzati e affiancati da un più moderno immobile a destinazione ospedaliera con cui si trovano oggi in diretta comunicazione, accogliendone reparti a bassa dotazione tecnologica o comparti amministrativi (ad esempio a Busto Arsizio, Como, Ragusa, Reggio Emilia, Sondrio, Taranto). Altrove la destinazione sanitaria si è evoluta verso forme di assistenza attrezzata come nel sanatorio di Montecatone d'Imola, oggi sede di un polo riabilitativo o dell'ex-sanatorio "P. Grocco" di Perugia, parzialmente convertito in RSA. La funzione sanitaria non è però sempre facile da rinnovare perché la tipologia e l'età di impianti e finiture è poco compatibile con i mutati standard igienico - sanitari. Molti sono gli edifici sottoutilizzati o in stato di quasi-abbandono come a Gorizia e Vercelli.

L'approccio patrimoniale al recupero dei sanatori si misura con le caratteristiche tipologiche e dimensionali di questi edifici che, in genere, ostacolano il cambio di destinazione d'uso. Tuttavia, gli esempi non mancano come il progetto integrato di tutela e "patrimonializzazione" per l'ex-sanatorio Martel de Janville al Plateau d'Assy che prevede il recupero a destinazione residenziale, nell'am-

bito della conservazione e valorizzazione delle specifiche caratteristiche architettoniche²⁰. Anche in Italia vi sono esempi di iniziativa pubblica e privata come l'ex-sanatorio "Agnelli" di Prà Catinat, oggi fondazione consortile con destinazione alberghiera, formativa e culturale o l'ex-sanatorio Vallesana di Sondalo, sede del centro di formazione professionale della Provincia di Sondrio.

Altrove, lo svincolo dalla destinazione sanitaria ha favorito la cessione degli edifici ad altri comparti pubblici, come ad Arezzo, dove l'ex-sanatorio "A. Garbasso" ospita il Palazzo di Giustizia, recentemente ampliato con una nuova ala di forme moderne. L'ex-sanatorio di Trento ospita la Facoltà di Ingegneria, il corrispondente "G. Aselli" di Cremona è sede del Centro Ricerche Biotecnologiche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Laddove viene meno l'utilizzo sistematico e, con questo, la manutenzione, le questioni di salvaguardia si pongono sempre più concretamente accanto a quelle del riuso, anche considerando che gli ex-sanatori sono ormai soggetti a regime di tutela.

In questo quadro di dismissioni e ri-funzionalizzazioni non sempre efficaci e coordinate, il Villaggio di Sondalo può rappresentare un nuovo punto di riferimento per l'architettura sanatoriale nazionale, sperimentando concretamente modalità di intervento attuali per un patrimonio storico-architettonico che ha perduto la funzione sanitaria per cui era stato ideato e che, allo stato attuale, non presenta una domanda d'uso di pari rilevanza.

Come le attività di studio e ricerca hanno contribuito al dibattito attorno al futuro di questo straordinario complesso, evidenziandone le valenze architettoniche e paesaggiste, è del tutto naturale affiancare i temi della tutela e della valorizzazione culturale a quelli del riuso e della destinazione sanitaria, in un momento storico che ha reso definitivamente inattuale un malinteso concetto

di operatività, soprattutto a proposito di opere pubbliche. È d'altra parte evidente, anche ai meno accorti, come lo studio e la valutazione tecnica, la ricerca storica e la contestualizzazione dei "dati materiali" - le informazioni preziose per mantenere e alimentare la memoria collettiva di quello che è stato fino a poco tempo fa (e che senza questa attività scomparirebbe nel breve volgere di una generazione) - rappresentino la più attuale forma di operatività e possano anzi coincidere con l'operatività stessa, quando si lavori attorno a un bene storico-architettonico, categoria cui è senza dubbio riferibile l'intero novero degli edifici sanatoriali.

Alla luce degli esempi nazionali ed europei più avanzati si possono pertanto individuare due direzioni, per la "patrimonializzazione" delle architetture sanatoriali: da una parte occorre garantire la conservazione degli edifici, anche in assenza di una immediata ri-funzionalizzazione, operando interventi mirati che ne preservino l'integrità e il valore, arrestando il degrado prima che questo avanzi al punto di non essere più controllabile. Dall'altra parte, il valore storico-architettonico degli ex-sanatori materializza una più ampia dimensione della storia sociale dei luoghi e delle persone che vi hanno lavorato e soggiornato. Non si tratta solo di conservare edifici ed oggetti ma di mantenere viva, per il tramite di questi, la memoria di quanti nei sanatori hanno ritrovato la salute o speso una vita di lavoro, testimoniando la lunga e complessa vicenda della lotta antitubercolare nel corso del Novecento.

Oggi i tempi sono maturi perché questo racconto si concretizzi in un luogo del ricordo e l'ex Villaggio di Sondalo, ultimo e più significativo dei sanatori costruiti sulle pendici della "montagna sanatoriale" di Sortenna pare il luogo naturalmente più adatto per ospitare un Museo dei Sanatori. Qui, a partire dalla ricostruzione delle vicende storico-architettoniche del "Morelli" si potrà raccogliere e

documentare la più ampia vicenda della lotta antitubercolare in Valtellina, la storia della terapia e della ricerca che sono state (e sono ancora) condotte e sviluppare il grande tema della memoria collettiva del territorio e della comunità qui ha soggiornato, vissuto e lavorato.

¹ Nella più aggiornata traduzione e riedizione critica: THOMAS MANN, *La montagna magica*, traduzione italiana di Renata Coloni, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2010, (ed. or. THOMAS MANN, *Der Zauberberg*, Fischer Verlag, Berlin, 1924). Ricordo anche le due più importanti edizioni italiane precedenti, curate rispettivamente da Ervino Pocar per Corbaccio (1992) e da Beatrice Giachetti Sorteni per Dall'Oglio (1930) con il titolo *La montagna incantata*.

² «... bien avant la définition des îlots insalubres en fonction du taux de mortalité par tuberculose, le rapport entre densité et insalubrité avait-il été mis en avant par les médecins hygiénistes parisiens. Ils remarquaient que sur un cinquième du territoire urbain, se regroupait la moitié de la population de la ville: (...) La première préoccupation des édiles sera donc le desserrement de la ville, son ouverture à de nouveaux territoires (...)», FRANÇOIS LOYER, *Paris, XIX siècle. L'immeuble et la rue*, Hazan, Paris, 1987, p. 108.

³ ANNE-MARIE CHATELET, *La naissance du sanatorium en Europe*, in BERNARD TOULIER, JEAN-BERNARD CREMINTZER, *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*, DoCoMoMo, Paris, 2008, pp. 17-24.

⁴ Tra i numerosi repertori di sanatori, pubblicati a mo' di relazione di viaggio tra fine Ottocento e inizio Novecento, occorre ricordare almeno SIGMUND-ADOLPH KNOPF, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*, Georges Carré et C. Naud, Paris, 1900 e GOTTHOLD PANNWITZ, *L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne*, Rothe Kreuz, Berlin 1899. In Italia, FAUSTINO DONATI, *Sanatori esteri ed istituzioni dei sanatori in Italia*, Stampa a cura dell'autore presso la Tipografia Operaia (Società Cooperativa) di via Principe Umberto 10, Milano 1900 e AUSONIO ZUBIANI, *La cura razionale dei tisiici ed i sanatori*, Hoepli, Milano 1898.

⁵ Cfr. GIORGIO COSMACINI, MAURIZIO DE FILIPPIS, PATRIZIA SANSEVERINO, *La Peste Bianca, Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945)*, Franco Angeli, Milano 2004. In particolare i saggi di Patrizia Sanseverino, *La «via Milanese»* (pp. 31-43) e *La pianificazione del territorio e la cura* (pp. 45-67).

⁶ *Ivi*, p. 45.

⁷ Cfr. *Come si combatte la tubercolosi nel comune e nella*

provincia di Milano, distribuito dal Comune di Milano in occasione del II Congresso nazionale per la lotta contro la Tubercolosi, Milano 23 - 26 ottobre 1927.

⁸ «[...] è discutibile se sia più fruttifera economicamente l'industria dei forestieri sani o quella dei forestieri malati. Basti pensare che la prima è industria di stagione, e di breve stagione, e la seconda è industria annuale.» In AUSONIO ZUBIANI, *Lettera al direttore*, in «La Valtellina», 11 luglio 1908.

⁹ Accanto all'esperienza milanese si vedano, tra gli altri, gli esempi di Bologna (ETTORE ZANARDI, *Del sanatorio in pianura: il sanatorio popolare di Budrio*, Tipo-Litografia Pongetti, Bologna 1905) e Torino (*Costruzione di sanatorio: ospedale suburbano per malattie lente curabili di petto*, Regia Pia Opera ed Ospedale di S. Luigi Gonzaga, Torino 1904).

¹⁰ EUGENIO MORELLI, *Applicazione della legge sulla assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi*, in «Lotta contro la tubercolosi», maggio 1930 (e seguenti).

¹¹ PIERLUIGI PATRIARCA, *La valle incantata. Storia della tubercolosi e della lotta antitubercolare in Valtellina*, L'officina del Libro, Sondrio 2001.

¹² I sanatori valtellinesi proseguirono la tradizione lombarda dell'edilizia sanitaria e sociale. E' stato notato come essi abbiano rappresentato, al pari della ferrovia, delle strade di valico e della opere idroelettriche, un momento importante nella definizione del rapporto tra quei luoghi e la città di Milano (Cfr. LEO GUERRA, *Spazi di un secolo - Sondrio. Guida all'architettura del Novecento*, Italia Nostra, Sondrio 2001, p. 66).

¹³ Riprendo qui la similitudine proposta da Alberto Grimoldi lo scorso 23 febbraio 2012, intervenendo a Sondrio alla presentazione del volume LUISA BONESIO e DAVIDE DEL CURTO (a cura di), *Il Villaggio Morelli di Sondalo. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale*, Reggio Emilia, Diabasis, 2010.

¹⁴ Sul rapporto tra scala monumentale dell'intervento edilizio, accuratezza dei materiali e delle lavorazioni artigianali e sulla connessione tra questi aspetti operativi e la politica comunicativa del regime, rimando all'analisi proposta da JOHN SANDELL, *Architettura e politica: il caso del Villaggio Sanatoriale come luogo di controversie*, in LUISA BONESIO e DAVIDE DEL CURTO (a cura di), cit., pp. 95 - 115.

¹⁵ «l'atto insediativo» secondo ANNALISA TRENTIN, *La grammatica dell'osservare. Tipo architettonico e atto insediativo nel Villaggio Morelli di Sondalo*, in (a cura di) LUISA BONESIO e DAVIDE DEL CURTO, cit., pp. 55 - 72.

¹⁶ Cfr. MICHEL FOUCOULT, *Des espaces autres*, trad. it. di P. Tripodi e T. Villani, *Spazi altri*, in SALVO VACCARO (a cura di), *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, Mimesis, Milano, 2001, pp. 19-32.

¹⁷ Riprendo qui l'immagine proposta da Ivan Fassin lo scorso 17 agosto 2011, intervenendo a Sondalo alla presentazione del volume *Il Villaggio Morelli*.

¹⁸ In particolare all'ufficio costruzioni sanatoriali della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali (C.N.A.S.), poi I.N.F.P.S.

¹⁹ Si tratta di un corpus di oltre 3.000 disegni conservati presso l'archivio storico dell'ufficio tecnico. L'archivio è da poco stato censito nell'ambito di una convenzione tra l'Azienda Ospedaliera e il Politecnico di Milano.

²⁰ PHILIPPE GRANDVOINNET, *Le sanatorium Martel de Janville: prescriptions pour un projet de sauvegarde*, in BERNARD TOULIER, JEAN-BERNARD CREMINTZER, cit., pp. 90-95.

I *Cavalcati dalle streghe* e le loro reali sofferenze

Lorenza Fumagalli

Credenze popolari

Nonostante nessun documento archivistico dell'Alta Valtellina riporti indicazioni riguardanti i *cavalcati dalle streghe*, cioè coloro che queste ultime sceglievano come "mezzo di trasporto" per raggiungere i sabba¹ ogni giovedì², o di vampiri emaciati e pallidi, necessitanti di sangue per sopravvivere³, certamente anche nella credenza popolare di Sondalo d'antico regime la tisi doveva apparire legata al "consumo fisico" della persona colpita dal male e, quindi, inevitabilmente vissuta come l'anticamera del mondo dei morti⁴.

Con la contrazione del morbo, infatti, ci si spegneva lentamente, smorzando quotidianamente il proprio colorito, affaticandosi e indebolendosi nel corpo, con occhi rossi e gonfi, tosse persistente e "sanguinante"; tutti sintomi reali e più che evidenti del passaggio da una vita in sanità, all'aldilà.

Questa universale opinione sicuramente s'insinuò anche nella grossolana mentalità retica, favorita dal continuo contatto di genti diverse in transito sulla commerciale e famosa via Imperiale⁵, che da Milano percorreva l'intera Valtellina dirigendosi oltralpe, con carichi di vino e di salgemma.

Nel XIX secolo la tubercolosi, seguendo le inclinazioni

della classe cittadina colta del tempo, fu spesso "romanticizzata" assumendo una propulsione creativa e poetica, anche se le antiche paure rimasero attive soprattutto fra i contadini e quindi anche in valle.

Giovanni Battista Rampoldi, nel 1834, a tale proposito scriveva: «[...] vi sono molti terreni paludosi, molte acque stagnanti [...] le cui esalazioni affliggono la gente rustica [...], la quale con il sudiciume e la miseria nelle proprie case, col bere acque stagnanti, vede riprodursi nelle sue famiglie il gozzo, la rachitide, le scrofole ed il cretinismo, con quelle annuali febbri intermittenti che a tanti e tanti procura la morte».

Disposizioni per debellare tali malattie furono emanate anche dal comune di Grosio⁶ nel 1860 e trent'anni dopo uno scritto pubblicato su «La Valtellina (Provincia di Sondrio)»⁷ riaffermava: «si è pure veduto che anche il cibo di buona parte dei contadini consiste per dei mesi in sola polenta, patate, castagne, con scarso latte e magra minestra, cibi che se rimpinzano il ventricolo, sono poco digeribili, poco nutrienti, e cagione non di raro di scrofolo e gozzo».

È quindi ovvio comprendere come, nonostante l'acquisizione di maggior razionalità, tutela e consapevolezza,

ancora nel 1950, spesso chi percorreva la statale 38 dello Stelvio nei pressi di Sondalo obbligava i bambini a coprirsi la bocca con fazzoletti di lino o cotone per proteggersi dal flagello letale.

Sbalorditivo, casuale o forse solo magico è poi lo stretto rapporto esistente fra l'effettiva cura e la credenza; la stanchezza causata dal morbo fu da sempre combattuta con aria, sole e luce⁸, quasi in contrapposizione al mondo notturno delle streghe, l'assunzione di cibo sano e rigorosamente in bianco si pose in antitesi con l'assoluta impossibilità di assumere cibo da parte dei vampiri⁹, il tepore di calde e coprenti vesti si oppose al freddo e rigido rigor mortis e l'irrobustente e terapeutico riposo si interfacciò con le struggenti fatiche spese negli incontri con il diavolo o nell'attesa di fate notturne¹⁰.

Reali ricoveri

Nel 1946 i Padiglioni dell'Ospedale Morelli aprirono le porte ai malati di TBC con il ricovero di Carlo Fazzini¹¹, che inaugurò la triste peregrinazione di numerosi ex militari consumati dalla malattia contratta in guerra.

Così uno dopo l'altro occuparono i posti letto disponibili nella struttura sanitaria di Sondalo: Mario Krasna di Gorizia, Giudici Giuseppe di Agrigento, Brambilla Attilio di Vignate, Amato Salvatore di Comiso, Angelucci Giuseppe di Lama Peligni, Dal Pozzo Domenico di Rotzo, Gavardi Giuseppe di Lodi, Massa Luciano di Roma, Luisotto Santa di Fontanelle e molti altri.

Visto alle sue origini lo stabilimento sanitario poteva apparire più il proseguo di un ospedale da campo che un ospedale civile. Nei primi anni del dopoguerra, infatti, i maggiormente colpiti dal morbo della tubercolosi furono maschi celibi, giovani (di età compresa tra i 22 e i 25 anni), poco scolarizzati (III - V elementare), usciti da campi di concentramento o di lavoro e prigionia, non affetti

da malattie veneree, compresa la *lue*¹², e spesso inviati dall'ospedale Meranerhof 61 della CRI di Merano.

Dopo questo primo periodo, e continuativamente fino al 1954, migliaia di malati civili si aggiunsero alle liste di degenza provenendo da ogni parte d'Italia¹³, nella speranza di una guarigione che, per maestria e competenza, venne generalmente restituita¹⁴, alle volte solo dopo ripetuti ricoveri¹⁵.

Nelle cartelle cliniche, riportanti sul frontespizio l'indicazione di «Alto Commissariato e Sanità Pubblica Villaggio Sanatoriale di Sondalo, . . . nome, cognome, paternità o maternità, data e luogo di nascita, stato civile, professione, domicilio, diagnosi d'ingresso e diagnosi d'uscita», si custodivano i pochi incartamenti personali fra cui riproduzioni delle radiografie schizzate a mano con matita o penna blu su stampi predisposti ad inchiostro nero, grafici di temperatura, visite mediche del primario¹⁷, cure effettuate¹⁸, sintetici esami di laboratorio, dichiarazioni per accettazione d'interventi chirurgici, elenchi d'oggetti personali, richieste di licenze per il ricongiungimento familiare, dimissioni da altre strutture ospedaliere¹⁹ ed alcune indicazioni di carattere personale ritenute utili ai fini sanitari²⁰.

Leggendo queste riassuntive cartelle riemergono sofferenze esagerate, spesso protratte da necessari ricoveri annuali o pluriannuali, dove l'enorme difficoltà di respiro avvertita dai pazienti arriva al lettore tramutata in ansia e compassione per tanta fatica. Un impegno, il loro, tanto fisico quanto morale, perché gravato da una costante debolezza corporea che doveva ininterrottamente contrastare la disperazione psicologica prodotta dalla paura di "non farcela", proteggendosi contemporaneamente dalla velata emarginazione prodotta da chi ancora, seppur in forma latente, temeva il contagio.

**Una testimonianza esemplificativa:
il giovane Mario Krasna**

Mario Krasna, figlio di Paolo e Tronic Teresa, nacque a Idrìa (Gorizia) l'8 agosto del 1922, d'ottima costituzione fisica e per questo ritenuto abile alla prima visita medica militare era in possesso d'istruzione scolastica di V elementare, di professione falegname, non fumatore e con abitudini di vita regolari. Si arruolò il 31 gennaio 1942 e fu deportato in Germania nel settembre del 1943. Rentrò ospedalizzato il 18 aprile del 1944, dopo che nel giugno dell'anno precedente, trovandosi in campo di concentramento, cominciò ad avvertire «astenia e febbri-cola... dovute a infiltrazioni bilaterali». Il 12 novembre 1946 fu ricoverato presso l'Ospedale C.R.I. Merano. L'11 febbraio del 1947 fu trasferito al Villaggio di Sondalo con diagnosi di TBC fibro-nodulare. Occupò il letto 172 del II padiglione. Le cure contingenti effettuate a Sondalo, rispondenti alla prassi consuetudinaria e annotate sulla cartella clinica 321, corrispondevano a visite prevalentemente mensili, con controlli radiografici trimestrali, che per Mario si svolsero il 6 giugno, il 2 settembre e il 10 dicembre del 1947.

Il 25 febbraio 1948, dopo 379 giorni, fu dimesso per «guarigione clinica». Un periodo di permanenza presso una struttura post sanatoriale avrebbe giovato dopo un così lungo ricovero. Prima di dimetterlo, la Direzione del Villaggio indirizzò il giovane Krasna presso l'apposito padiglione di Milano che però non poté accoglierlo, perché la struttura era stata da poco riservata ai malati dimessi dai sanatori residenti nel Comune di Milano. Fra i suoi incartamenti personali, in archivio, si segnala la cartella clinica dell'ospedale militare di Gallarate, dove Mario Krasna aveva soggiornato precedentemente, che annovera «l'esame dell'espettorato per la ricerca del bacillo di Koch», esami radiologici del 14 novembre 1945 e visite

del direttore dello stabilimento sanitario il 24 novembre 1945 e il 15 febbraio 1946, con relativo riscontro di diminuzione di peso da 71,6 a 65,6 kg nonostante la terapia alternata di «glicerofosfati e ca endov».

¹ Incontri orgiastici con il diavolo, testimoniati in numerosi processi conservati nell'Archivio Storico del Comune di Bormio e in quello Parrocchiale di Grosotto. Solitamente i luoghi scelti per tali incontri erano isolati e situati in prossimità di radure circondate da boschi.

² In Alta Valtellina le streghe che si riunivano generalmente di giovedì, presenti cronologicamente dal 1483 al 1715, utilizzavano per il volo sabbatico bastoni unti con polvere prodotta dalla triturazione di ossa di bambini non battezzati. In altri luoghi la credenza voleva che le stesse si spostassero a cavallo di gatti, caproni, scope o anche di tubercolotici, affetti dal male proprio per l'ingente fatica subita in tali spostamenti notturni.

³ Prima della Rivoluzione Industriale, la tubercolosi era spesso associata al vampirismo perché la morte di un congiunto per tisi provocava spesso decessi a catena, verità che spinse a far credere che il primo malcapitato della genia si cibasse del sangue dei suoi congiunti per non morire, indebolendoli e "succhiandogli lentamente la vita".

⁴ Il fatto è solo supposto, non avendo testimonianze archivistiche a proposito, anche se nella Storia della Valle Camonica di Bortolo Rizzi già nel 1801 venivano citati isolati casi di scrofoli e di rachide.

⁵ Presente sui documenti da metà del XIV a metà del XVI secolo con il termine di Regale o dell'Umbrail. La strada era utilizzata principalmente per l'esportazione del vino valtellinese oltralpe e per l'importazione del sale di Hals.

⁶ Cfr. Inventario di Grosio - Segnatura: b.8, fasc.7

⁷ Di Bassi Ercole della Tipografia degli Operai di Milano.

⁸ Che miglioravano l'assorbimento della vitamina D.

⁹ Che traevano la loro forza dal sangue delle vittime.

¹⁰ Un'altra credenza, infatti, voleva che i malati di TBC fossero così tanto affaticati perché costretti a vegliare di notte la venuta delle fate.

¹¹ Ricoverato nel V Padiglione.

¹² Sifilide.

¹³ Principalmente provenivano da: Roma, Milano, Palermo, Bergamo, Bari, Reggio Calabria, Foggia, Padova, Forlì, Pavia, Mantova, Nuoro, Chieti, Trapani, Lecce, Macerata, Ragusa, Rovigo, Como, Messina, Pesaro, Genova, Piacenza, Caserta,

Trento, Catania, Livorno, Avellino, Gela, Napoli, Agrigento, Alesandria, Gorizia, Ravenna, Cagliari, Verona, Treviso, Perugia, Benevento, Ancona, Brescia, Udine, Benevento, Ascoli Piceno, Venezia, Chieti. Con meno frequenza: Campobasso, l'Aquila, Lecce, Bari, Salerno, Firenze, Grosseto, Latina, Bolzano, Rovigo, Macerata, Trieste, Rovigo, Aosta, Pisa, Rimini, Lucca, Ancona, Forlì, Savona, Campobasso, Cagliari, Torino, Trapani, Parma, Vicenza, Taranto, Sassari, Novara, Gorizia, Pistoia, Lucca, Siracusa, Rovigo, Macerata, Varese, Rovigo, Pesaro, Terni, Cuneo, Rovigo, Tunisi, Reggio Calabria, Viterbo, Vercelli, Verona, Anzio, Enna. Dalla Valtellina su un campione di 3082 ricoveri si contano solo 23 degenti, tre dei quali di Teglio.

¹⁴ Nel V padiglione dal 1947 al 1963, su 3.072 ricoveri, si ebbero solo 18 decessi.

¹⁵ Come nel caso delle otto volte di Stabili Giovanni (1949, 1950, 1954, 1955, 1956, 1960, 1961, 1964); sette volte di Granito Domenico (1952, due volte nel 1955, 1957, 1958, 1959, 1960); sei volte di Consorti Andrea (1950, 1953, 1955, 1957, 1958, 1960) e Cicero Salvatore (1952, 1954, 1955, 1959, 1960, 1961); cinque volte di Busetto Pio (1953, 1955, 1958, 1961, 1969), (Giomi) Gilfredo (1953, 1955, 1956, 1959, 1961), Quadrio Giovanni (1948, 1958, 1959 2 volte nel 1962), Squazzardi Raul (1948, 1949, 1950, 1954, 1955); quattro volte di Buttinelli Giuseppe (1952, 1955, 1958, 1959), Franzini Pietro (1950, 1952, 1953, 1962), Griffani Mario (1947, 1949, 1952, 1957), Ianelli Sante (due volte nel 1951, 1952, 1953), Jadowschi Giorgio (1949, 1950, 1952, 1953); tre volte di Ruffini Lorenzo di Gino (fra il 1949 e il 1950), Anna Henry (due volte nel 1951, 1952), Venerucci Giovanni (nel 1950/1951), Agosti Alessandro (fra il 1951 e il 1958), Azzali Carlo (nel 1951/1952), Acquazzone Cosmo (fra il 1954 e il 1956), Agostino Antonio (nel 1955/1956), Vitiello Gennaro (1950, 1956, 1957) oltre a 35 altri casi; due volte Tavani Nello (nel 1955 e 1959), Arridoni Antonio (nel 1949), Tadini Giovanni (nel 1956 e 1958), Ubezzi Domenico (nel 1947), Vanini Goliardo (nel 1950 e 1951) con altre 184 persone.

¹⁶ Effettuate ogni trimestre.

¹⁷ Generalmente con ricorrenza mensile.

¹⁸ Che principalmente utilizzavano magnesio solfato, uritropina, peptone, insulina e alimentazione in bianco, impacco itiolato due volte al giorno, vitamine, olio di fegato di merluzzo, «ca. endovena».

¹⁹ Anche detti "biglietti d'uscita dall'ospedale".

²⁰ Si veda il caso del diario clinico di Giuseppe Giudici, che riportava «come il 6.10.47 alle ore 22.45, appena rientrato dal cinema ebbe un attacco di emottisi; l'8 ottobre verso sera dopo malesseri generali, ebbe un collasso cardio - respiratorio, vomito, emottisi e temperatura elevata, che obbligarono i medici ad una somministrazione di eroina e penicillina; l'11 novembre quando il respiro risultava molto difficoltoso e s'interveniva con una fiala di morfina per attenuare la dispnea intensa e si ricorse all'ossigeno perché le labbra risultavano un po' cianotiche; e ancora il 14 ottobre dalle 3,30 fino alle 18,45 quando si assistette a dispnea assai intensa, polso a 135 aritmico e allentante, paziente cianotico, agitato che portò al decesso, dopo somministrazione di caffeina, sparteina, eroina intramuscolo e canfora».

Lana, letto, latte. Assistenza infermieristica e tubercolosi

Edoardo Manzoni, Stefania Di Mauro

Lana, letto, latte. La cura delle tre “L”, così veniva detta. Prima dell’inizio dell’era antibiotica, e per molto tempo nella sopravvivenza culturale posteriore, il mondo della assistenza ai malati tubercolotici era confinato in tre “L”. Essere ben coperti in un luogo freddo e salubre; a riposo e per lungo tempo; ben nutriti anche dopo la dimissione dal sanatorio.

«Rinforzare l’ammalato ponendolo in ambiente adatto e consigliando un tenore di vita igienico, consistente in una buona alimentazione, riposo ed aria buona, per dare modo ai poteri di difesa dell’organismo di combattere contro il germe della malattia»¹.

Dal punto di vista storico e teorico, situarsi in un sanatorio, per gli infermieri, significa affondare le proprie radici identitarie nella nascita della assistenza infermieristica moderna.

L’architettura, la concezione di vita, la visione di salute e malattia che generano la comunità sanatoriale sono le medesime che faranno nascere, nella seconda metà dell’Ottocento, la disciplina infermieristica.

Florence Nightingale, riconosciuta dai più come fondatrice della scienza infermieristica, qualche decennio prima aveva formulato una definizione alquanto esplicativa del

senso infermieristico nella cura della tubercolosi: «lo uso la parola *nursing* per indicare non solamente la somministrazione di medicine o pomate; il *nursing* deve prevedere il buon uso di aria pura, luce, calore, igiene, riposo e la scelta di una corretta alimentazione; elementi questi che ridonano l’energia vitale al paziente»².

Creare le condizioni perché la natura possa agire

Insieme allo pneumotorace e alla modesta attività chirurgica, da sempre i fondamenti di cura della tubercolosi sono prevalentemente atti assistenziali.

Il famoso storico francese Aries³, ricorda come spesso la storia sia stata ricercata nei salotti e poco nelle cucine. La storia infermieristica, anche nella ordinarietà e lentezza della cura della tubercolosi, è faccenda di cucina. Anche a Sondalo, e nei sanatori locali precedenti, poche tracce abbiamo della vita degli infermieri.

Parliamo di “vita” poiché non si tratta, nel caso specifico, solo di approccio professionale. Gli infermieri, nel complesso sanatoriale di Sondalo hanno studiato, vissuto, si sono ammalati e, addirittura, vi son stati sepolti.

Se il sanatorio è chiamato “villaggio” esso lo è tanto per i malati quanto per il personale che ha trascorso qua-

si l'intera propria vita in questo microcosmo fino a farlo divenire, per loro stessi, l'intero cosmo.

Letto, lana e latte

L'assistenza infermieristica, a Sondalo e nei principali sanatori, vede l'infermiere concentrare la propria attività sui malati e sulla loro giornata, attraverso il letto, la lana, il latte.

Il riposo, anzitutto: «Sulla sedia a sdraio il malato doveva passare la maggior parte della sua giornata [...] Limitando al minimo ogni occupazione anche mentale, facendo risparmio persino della parola: il riposo veniva praticato nella veranda [...] La cura del riposo doveva essere protratta molto a lungo, in definitiva, sino al raggiungimento di risultati concreti»⁴.

«Nella metodica classica del trattamento sono contemplate dieci ore di riposo notturno a letto, in piena areazione, cioè con le finestre della camera completamente spalancate; due ore di sedia a sdraio in veranda al mattino, quattro ore al pomeriggio con l'interruzione di un'ora per la merenda; i pasti vengono presi in camera o in comune a seconda delle condizioni del malato, ed in base a queste può essere concesso qualche mezz'ora di passeggiata nelle ore libere dalla cura. Durante la cura in veranda deve essere osservata l'immobilità, è permessa la lettura, l'esecuzione di qualche leggero lavoro manuale (disegno, maglia, ricamo), l'ascolto della radio; la conversazione con i vicini può essere tollerata, ma comunque è severamente interdetta nella siesta del primo pomeriggio. Il malato deve essere ben coperto, si da non risentire assolutamente noia per il freddo. Questo schema generale può essere rincrudito o rallentato a seconda delle esigenze del caso. Per le forme attive, febbrili o sub-febbrili, è di prescrizione il riposo a letto e l'interdizione da ogni fatica finché l'attività del male non accenni ad attenuarsi;

allora si potrà portare il letto in veranda per qualche ora e poi ridurre gradatamente le restrizioni sino a rientrare nello schema tipo. Da questo si andrà via via spostando il convalescente, attuando un progressivo riallineamento per il ritorno alla normalità»⁵.

Il riposo, come dimostra l'immenso parco di Sondalo e l'arroccatura sulla splendida valle, avviene in luogo freddo e, nel culmine stagionale, molto freddo. I malati giacciono in questi cameroni coperti da pesanti piumini e con le finestre spalancate. Per poter essere ammessi al villaggio sanatoriale abbisognano di una dote alquanto esplicita: stare al caldo, nel freddo.

«[...] due vestiti pesanti in decente stato, un soprabito o mantello o scialle di lana, un berretto o calotta, un paio di guanti di lana [...] due paia di scarpe e per l'inverno un paio di scarpe da neve o galoches di gomma»⁶.

Sin dai primi secoli dell'era cristiana si riteneva che il cibo (allora il latte), fosse un reale medicamento per la cura tubercolotica. A Sondalo il cibo è fondamento della attività infermieristica e la possibilità di fruirne in modo sostanzioso e variegato andrà prolungato persino oltre la dimissione del malato.

«Alle 8 i malati si recavano in refettorio per la colazione che consisteva in caffelatte con pane e marmellata o burro o uovo o yogurt o miele o frutta [...] Alle 12,30 tutti si recavano nei refettori per il pranzo con una scelta di quattro pietanze, mentre gli ammalati con diete speciali avevano la scelta di sette piatti differenti [...] Alle 16 veniva distribuita la merenda di caffelatte, pane e marmellata nel refettorio. Alle 19,15 la cena»⁷.

In sintesi, gli infermieri, nell'approccio ottocentesco al mal sottile, sono arruolati come paladini della neonata rivoluzione igienica. La suddivisione dei malati, il trionfo del bianco e del disinfettante, le regole di convivenza, la scrupolosa attenzione al rischio di trasmissione e di contagio

divengono il cuore della assistenza infermieristica della prima metà del Novecento.

Una attenzione meticolosa all'abbattimento di ogni carica microbica, sin nei particolari:

«L'infermiera farà opera buona a persuadere i malati a radere, oltre che la barba, anche i baffi: il tubercoloso, tossendo proietta su questi goccioline di sputo e di saliva cariche di bacilli, per cui restano sempre inquinati e male si puliscono»⁸.

Ma il personale infermieristico a Sondalo non è solo impegnato nella cura dei malati. Bisogna pensare al domani, a quando costoro lasceranno il villaggio sanatoriale. Ecco allora una duplice attività:

1. Segnalare al servizio sociale del nosocomio i casi particolarmente bisognosi di attenzione per il post-ricovero, collaborando al reinserimento nelle famiglie.

2. Insegnare ai degenti un nuovo stile di vita, dettato da «prudenza e risparmio del proprio fisico»⁹, oltre che tutta una serie di norme igieniche. Una intensa attività clinico infermieristica verso quella che dopo la riforma sanitaria del 1978 verrà chiamata prevenzione terziaria.

Assistere a rischio di contagio

Il personale infermieristico, nella maggior parte dei casi, risiedeva all'interno del villaggio sanatoriale. Una vita totale. La maggior parte delle infermiere era "collegiate" e viveva in un piano di un padiglione, generalmente il quinto, chiamato Convitto. La tradizione del *Collegium*, in ambito infermieristico di derivazione anglosassone e già prevista come obbligo sin dalla formazione, poneva la questione della gestione del tempo libero.

Accanto alla gestione delle attività sociali per i malati si prevedevano quindi le attività per le infermiere, dalla piscina, alla sala cinema.

Vivere all'interno del villaggio significa amplificare il ri-

schio di contagio.

Da sempre nella attività sanatoriale il rischio di contrazione della tubercolosi per il personale di servizio è stato il vero *vulnus*. Gli infermieri, che più vivevano accanto ai malati, erano certamente i più esposti. Sondalo ci consegna dati statistici inequivocabili, seppur al di sotto del contagio sanatoriale medio nazionale.

Una accurata selezione, sulla sana e robusta costituzione e la scelta di infermiere oltre i trenta anni di età (nella convinzione che il pericolo tifico aumentasse tra i venti e i trenta), unitamente allo sviluppo di crescenti sistemi di protezione personale e disinfezione, non bastano; a Sondalo, ogni anno, infermieri e personale servente lasciano la propria salute ammalandosi di tubercolosi.

Il reclutamento infermieristico

Per i primi anni il personale infermieristico impiegato a Sondalo è pressoché proveniente dalle scuole di Croce Rossa sparse per le diverse regioni italiane.

Le infermiere non solo prestavano il proprio servizio nei reparti ma, nella concezione tipica dell'epoca, reggevano anche il servizio economato dei padiglioni e sovrintendevano le cucine dal punto di vista dell'economia e della disciplina¹⁰.

A Sondalo, il rapporto tra numero di personale e degenti era molto buono fin ad arrivare nel 1950 a 1/2,08.

Ma gli anni passano. Un sistema ospedaliero così grande abbisogna di numeroso e specializzato personale infermieristico. Nel 1962/63 il Consiglio di Amministrazione dell'INPS, a cui da diversi anni era passata la gestione del nosocomio, delibera di istituire una Scuola per Infermieri.

La Scuola, prima in paese e poi nel sanatorio, rimasta attiva sino alla nascita della formazione infermieristica di tipo universitario, diplomerà ben 1.233 infermiere, sessantaquattro caposala, settantasei infermieri generici.

I numeri ben dicono l'impatto nel tessuto economico-sociale della istituzione formativa la quale diede possibilità di impiego ai giovani della valle, ponendosi in contrasto alla tradizionale forzata emigrazione lavorativa. Ma la Scuola per Infermieri, nota per la sua eccellenza documentata da tutte le ispezioni e gli scambi culturali italiani ed internazionali, attrarrà a Sondalo anche studenti provenienti da numerose altre regioni italiane. Molti di loro poi, per scelta di vita, si fermeranno nella valle, arricchendo ulteriormente lo sviluppo culturale del luogo.

La scuola per infermieri di Sondalo richiama, nelle sue dinamiche di funzionamento, il modello anglosassone stabilito nei due capisaldi delle scuole concepite secondo l'impostazione di Nightingale: formazione tecnico-scientifica e sviluppo del carattere.

Nel villaggio sanatoriale saranno presenti anche i Padri Camilliani, i quali seppur dediti alla pastorale sono da annoverare tra gli Ordini infermieristici, e le Suore della Misericordia di Verona.

La Scuola per infermieri, il cui motto era "Scienza, Tecnica, Umanità" venne intitolata a Maria Alessandria e Maria Elisabetta Simonelli, morte durante il servizio nel villaggio sanatoriale il 22 Maggio 1957.

Quella sera, al montar del turno di notte, l'ausiliaria Maria Elisabetta Simonelli, iniziava il suo giro nei reparti per augurare la buonanotte ai malati e assicurarsi delle loro condizioni. Un malato, tal Leone, per ragioni non chiare, l'aspettava con un pugnale con il quale infieriva sulla povera Maria Elisabetta. Alle grida di lei, correvano le colleghe ed in particolare l'infermiera Maria Alessandria, che non veniva risparmiata dall'omicida.

Qualche mese prima, all'inizio dell'anno, l'infermiera aveva voluto dettare le sue volontà, che ben rappresentano la scelta totale dell'infermiere nel servizio ai malati:

«Al Signor Notaio di Sondalo.

Non essendo sicura del mio domani, desidero esprimere le mie ultime volontà e che queste siano rispettate.

I. La mia roba di vestiario desidero venga data ad un'infermiera orfana come me.

II. Che il mio seppellimento venga fatto nel cimitero vecchio di Sondalo, se muoio qui.

III. Che il funerale si faccia dalle ore 14 alle ore 16 così che le colleghe possano parteciparvi senza detrarre la loro opera dal servizio.

In fede. Maria Alessandria. Li 3/1/57»¹¹.

Siamo negli anni in cui l'Italia ha enorme bisogno di infermieri e gli ospedali si contendono i nuovi professionisti.

Ma il villaggio sanatoriale di Sondalo non avrà mai carenza di assistenza infermieristica.

Per gli infermieri vivere a Sondalo, in un sanatorio, non fu solo lavoro, ma una scelta di vita, capace di andare oltre la vita.

¹ ENRICO RONZANI, *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste*, Tomasina, Milano 1940, p. 184.

² FLORENCE NIGHTINGALE, *Cenni sull'assistenza degli ammalati*, Arti Grafiche Gipa, Milano 1980 (ed. or. *Notes of Nursing, Appleton and Company*, New York 1860).

³ PHILIPPE ARIES, GEORGE DUBY, *La vita privata: Dal Feudalesimo all'anno Rinascimento*, Laterza, Roma-Bari 1987 (ed. or. *Histoire de la vie privée, 2: De l'Europe féodale a la Renaissance*, Seuil, Paris 1980).

⁴ PIERO ZORZOLI, *Le indicazioni attuali della terapia climatica e territoriale*, Bettini e Ramponi, Sondrio 1949, cit. in STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario*, Litostampa, Bergamo 2002, p. 40.

⁵ *Ivi*, pp. 41-42.

⁶ FELICE COGLIATI, *Il Sanatorio Popolare Umberto I di Pratomasosa*, in STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario*, cit., p. 58.

⁷ STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario*, cit., pp. 128-129.

⁸ ENRICO RONZANI, *L'assistenza ai malati e la difesa per chi li assiste*, cit., p. 196.

⁹ *Ivi*, p. 197.

¹⁰ VENCESLAO FRANCESCHETTI, ZENO MATALONI, *Il Manuale dell'infermiere*, Croce Rossa Italiana, Roma 1932.

¹¹ STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario*, cit., p. 251.

Le cure sanatoriali. Ascesa e declino di un modello assistenziale

Michele Augusto Riva

Sono trascorsi sessanta anni dal conferimento, nel 1952, del Premio Nobel alla Medicina al microbiologo ucraino Selman Abraham Waksman (1888-1973) «per la scoperta della streptomina, primo antibiotico attivo contro la tubercolosi»¹. L'impiego di questo nuovo farmaco nella pratica clinica - inizialmente da solo e poi in associazione con isoniazide (1951), pirazinamide (1954), etambutolo (1962) e rifampicina² (1968) - ha rappresentato una vera e propria rivoluzione nel trattamento della tubercolosi. Per la prima volta nella storia, un farmaco, agendo selettivamente sull'agente eziologico della malattia, il *Mycobacterium tuberculosis*, era in grado di permettere una completa guarigione del paziente e di limitarne la contagiosità all'interno della comunità. Fino a quel momento, infatti, ogni tentativo di approccio farmacologico, sieroterapico e vaccinale (igazolo, creosoto, linfa di Koch, vaccino di Maragliano, olio di fegato di merluzzo) era fallito e il ricovero prolungato in sanatorio rappresentava l'unica speranza di guarigione per il malato di tubercolosi³.

Il modello assistenziale del sanatorio trovava le proprie basi nelle dottrine climatoterapiche che, già sul finire del Settecento, avevano spinto molti tisiaci a trasferirsi, per

lunghi periodi di tempo, nelle località costiere italiane e francesi (Napoli, Capri, Pisa, Nervi, Nizza, Cannes e Mentone) per godere dei benefici del clima mediterraneo⁴. Spesso questi malati fuggivano dalle grandi metropoli del Nord Europa, dove l'aria era corrotta dai fumi e dai vapori emessi dalle fabbriche della Rivoluzione Industriale e dove il clima freddo ed umido impediva un sostanziale miglioramento delle condizioni cliniche. Elenchi di località dal clima salubre comparivano, a quel tempo, in innumerevoli pubblicazioni e guide per viaggiatori che invitavano i "malati di petto" a trascorrere l'inverno in Italia, spostandosi poi in Svizzera durante il periodo estivo. Questi lunghi e faticosi viaggi portavano, spesso, ad un aggravarsi delle condizioni cliniche dei pazienti, che non trovavano nei luoghi di villeggiatura strutture adeguate per la cura delle complicanze della malattia. Il poeta John Keats (1795-1821), ad esempio, trasferitosi a Roma nell'autunno 1820 alla ricerca di un clima più mite di quello inglese, vi morì qualche mese più tardi per un rapido peggioramento delle condizioni di salute e per la mancanza di adeguata assistenza.

La necessità di strutture sanitarie in cui ricoverare, isolare e curare i malati di tubercolosi portò alla nascita dei

primi ospedali specializzati nel trattamento dei tisici, come il "San Luigi Gonzaga" di Torino (1818) e il Brompton Hospital for Consumptives di Londra (1841). Le innovazioni assistenziali introdotte al loro interno, unite ad alcune novità anche da un punto di vista della progettazione degli edifici, costituirono la base per lo sviluppo dei sanatori, che nei decenni successivi sorsero in tutta Europa ed oltreoceano. La fondazione di queste nuove strutture è legata principalmente all'affermarsi, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, di nuove teorie che entravano in contrasto con l'opinione dominante in merito ai benefici del clima caldo e marittimo sulla tubercolosi, sostenendo, al contrario, l'utilità curativa dell'aria fresca e del clima montano. Nel 1856 il medico ginevrino Henri-Clermond Lombard (1803-1895), uno dei principali cultori della "geografia medica" del XIX secolo, pubblicò uno studio nel quale sosteneva le proprietà terapeutiche del clima montano. Secondo queste teorie, la diminuzione della tensione di ossigeno nel sangue, provocata dalla rarefazione dell'aria ad alta quota, sarebbe stata in grado di indurre una sorta di "dieta respiratoria" nel malato di tubercolosi, contrastando l'evoluzione della patologia⁵. Tali ipotesi erano supportate dalla bassa prevalenza del numero di casi di tubercolosi in montagna, osservata anche dal medico piemontese Biagio Gastaldi nel 1858. Queste teorie spinsero, negli anni seguenti, molti medici, soprattutto di nazionalità tedesca, a costruire strutture sanitarie per la cura della tubercolosi ad alta quota. Nel 1859 Hermann Brehmer (1826-1889) aprì un sanatorio a Görbersdorf (Slesia) ad un'altitudine di 546 metri, seguito, qualche anno dopo, da Alexander Spengler (1827-1901) che costruì una struttura analoga a Davos, nelle Alpi Svizzere, a 1.650 metri sul livello del mare⁶. I successi terapeutici ottenuti nei sanatori alpini fecero della "cura d'altitudine" un caposaldo del trattamento della tubercolosi, diffondendo in tutto il mondo il modello di

assistenza praticato all'interno di queste strutture.

In Italia l'interesse per i sanatori d'alta quota fu più tardivo. Nel 1898 il clinico napoletano Vincenzo Cozzolino (1853-1911), al termine di un periodo di studio nei principali sanatori svizzeri e tedeschi, redasse un rapporto per la Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli nel quale sottolineò la necessità di costruire strutture analoghe anche in Italia⁷. Cinque anni più tardi, nel 1903 Ausonio Zubiani (1869-1921), medico condotto valtellinese, inaugurò a Pineta di Sortenna (Sondalo) il primo sanatorio d'altitudine italiano, che divenne presto un modello per progetti analoghi nel resto della penisola. Nel 1905 sorse a Roma l'ospizio "Umberto I" per il ricovero dei tisici della capitale e cinque anni più tardi aprirono il sanatorio popolare "Umberto I" di Prasomaso (Media Valtellina) e quello di Garbagnate Milanese, entrambi costituiti con fondi raccolti da un comitato di malati di tubercolosi della città di Milano. Nello stesso anno fu inaugurato ad Ornago (Brianza) un sanatorio di pianura su iniziativa del medico e filantropo vimercatese Giulio Banfii⁸. Nel contempo, accanto alla climatoterapia, si stava affermando in tutta Europa un nuovo metodo di trattamento della tubercolosi, basato sull'immissione di aria filtrata nel cavo pleurico mediante uno strumento pneumatico che provocava il collasso del parenchima polmonare malato (collassoterapia) e favoriva la cicatrizzazione delle lesioni tubercolari. La tecnica del "Pneumotorace Artificiale", ideata dal clinico milanese Carlo Forlanini (1847-1918)⁹ nel 1882, non entrò, però, mai in contrasto con l'approccio climatoterapico del sanatorio, ma si integrò ad esso: la procedura veniva effettuata proprio all'interno di queste strutture dove i pazienti potevano essere monitorati costantemente nel tempo, per prevenire eventuali complicazioni.

Il periodo di maggiore fioritura dei sanatori in Italia coincide con l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro

la tubercolosi (1927) e il passaggio di gestione di queste strutture al neonato Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (INFPS)¹⁰. Nel 1928 venne nominato come Alto Consulente per l'Organizzazione antitubercolare il medico valtellinese Eugenio Morelli (1881-1960), già allievo di Forlanini a Pavia e tra i maggiori esperti di tubercolosi dell'epoca¹¹. Morelli stimolò la costruzione di nuovi sanatori, come quelli di Porta Furba (Roma) e di Carmerlata (Como), entrati in funzione nel 1929-1930, l'Istituto "Carlo Forlanini" di Roma, inaugurato nel 1935, e l'Istituto Sanatoriale "Principe di Piemonte" di Napoli. Grazie all'impegno del medico valtellinese e ai finanziamenti messi a disposizione dal regime fascista, allo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, su tutto il territorio italiano erano disponibili oltre 20.000 posti letto in 50 sanatori e 2.000 posti letto in colonie post-sanatoriali¹². Nel 1932 erano inoltre iniziati i lavori per la costruzione del "più grande sanatorio d'Europa", il Villaggio Sanatoriale di Sondalo, terminato alla vigilia della guerra ed entrato in funzione solamente nell'ottobre 1946 sotto la gestione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (ACISP)¹³.

In questa struttura, intitolata poi a Morelli, la climatoterapia era integrata con le più moderne tecniche di collassoterapia e con la neonata antibioticoterapia. La vita sanatoriale era principalmente imperniata sul riposo e sul vitto che favorivano, secondo la concezione dell'epoca, una più rapida guarigione. Le attività quotidiane dei malati seguivano regole rigorose ed orari precisi che tutti i ricoverati dovevano rispettare, pena l'esclusione dal sanatorio. Dopo la sveglia alle 7:30 e l'igiene personale, i malati si recavano nel refettorio per un'abbondante colazione a base di caffelatte con pane e marmellata o, in alternativa, burro, uova, yogurt, miele o frutta. Dalle 9:00 alle 11:30 i ricoverati si spostavano nelle verande, pre-

disposte in ciascun padiglione, per la "cura della sdraio" ovvero l'esposizione all'aria salubre della valle e ai caldi raggi solari (elioterapia), accompagnata dal riposo assoluto. Mentre i medici effettuavano il giro visite, i pazienti trascorrevano la mattinata ascoltando la radio del Villaggio oppure leggendo la corrispondenza o i libri di cui era riccamente provvista la biblioteca della struttura. Dopo un'ora di passeggio nei viali, alle 12:30 tutti i ricoverati si recavano nel refettorio per pranzare. Dalle 14:00 alle 16:00 si riprendeva la cura della sdraio durante la quale era proibita la lettura ed erano sospese le trasmissioni radio. Dopo una breve interruzione per la merenda a base di caffelatte, pane e marmellata, alle 17:00 si ricominciava la cura della sdraio fino alle 18:30, ora in cui passava il cappellano per far visita agli ammalati. Alle 19:00 si cenava e dalle 20:00 alle 22:00 (alle 22:30 in estate) c'era la ricreazione che comprendeva cinema e spettacoli musicali e teatrali. Quando le condizioni di salute non lo impedivano si concedevano ai malati anche permessi di uscita, che duravano, in genere, non oltre le ore 22:00. Non vi era invece un orario prestabilito per le visite da parte dei parenti e degli amici, poco frequenti a causa della posizione geografica che rendeva il Villaggio difficile da raggiungere, anche in considerazione delle scarse risorse economiche a disposizione delle famiglie italiane¹⁴.

Questo sistema di assistenza entrò in crisi a partire dagli anni Sessanta. Nel 1959 vennero infatti pubblicati i risultati di un trial clinico condotto a Madras (India) nel quale si era analizzato l'effetto della terapia standard antitubercolare (isoniazide e acido para-amminosalicilico per dodici mesi) su due gruppi di pazienti, uno trattato all'interno di un sanatorio mentre l'altro al domicilio. Il gruppo di pazienti trattato nel sanatorio, nonostante l'assistenza infermieristica continua, il riposo assoluto e la dieta bilanciata, non sembrava rispondere diversamen-

te da quello trattato nella propria abitazione. Non si era, inoltre, evidenziato, come temuto, un maggior rischio di trasmissione della malattia nei familiari dei pazienti trattati al domicilio, mentre erano emerse problematiche di reinserimento sociale e familiare nei pazienti ricoverati nei sanatori per un lungo periodo di tempo¹⁵. Lo studio dimostrò, quindi, chiaramente l'efficacia terapeutica degli antibiotici antitubercolari, anche quando venivano somministrati al di fuori dai sanatori, mettendo in discussione l'utilità di queste strutture.

I risultati dello studio di Madras e la sostanziale riduzione dei casi di tubercolosi nei paesi occidentali dovuta ai successi terapeutici e al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione, hanno portato nei successivi decenni ad una dismissione di tutti i sanatori italiani ed europei, molti dei quali, come il "Forlanini" di Roma e il "Morelli" di Sondalo, vennero riconvertiti in ospedali generali. Dopo il minimo storico di casi di tubercolosi notificati in Italia nel 1980, si è, però, assistito ad una sostanziale ricomparsa di questa patologia che è così ritornata ad essere, a partire dagli anni Novanta, un problema di salute pubblica a livello mondiale¹⁶. In particolare, la diffusione di forme di micobatteri farmaco-resistenti ("Multi Drug Resistant" MDR-TB e "Extensively Drug Resistant" XDR-TB) e la presenza di casi di co-infezione con il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), soprattutto nel continente africano, stanno rendendo il trattamento di questa patologia sempre più difficoltoso. Per questa ragione non sorprende il dibattito acceso, a livello internazionale, da un recente articolo pubblicato nel 2012 sulla prestigiosa rivista medica «Lancet», in cui gli autori provocatoriamente si sono chiesti se la difficile gestione terapeutica dei casi XDR-TB non potesse essere risolta con il ricovero dei pazienti in strutture sanitarie simili ai sanatori di inizio secolo¹⁷. A chi li criticava, sottolineando l'i-

nefficienza economica di queste strutture e la loro pericolosità sociale, in quanto, isolando forzatamente i pazienti, li priverrebbero dei diritti basilari¹⁸, gli autori hanno risposto di non proporre un ritorno al sanatorio, ma al suo modello assistenziale, basato su riposo, alimentazione adeguata, educazione sanitaria e supporto sociale, gestito da un team multidisciplinare che possa garantire un adeguato controllo dell'infezione. Secondo gli autori questo modello risulterebbe ancora vincente nei paesi ad alta endemia tubercolare, come il continente africano e i paesi dell'Europa orientale. Curiosamente, all'interno dell'articolo viene riprodotta una fotografia storica del Villaggio Sanatoriale di Sondalo, a testimonianza del fatto che questa struttura viene quindi ancora oggi considerata, a livello internazionale, un "modello storico" di un approccio assistenziale positivo al trattamento della tubercolosi.

¹ ANTONIA BERNARDI, NICOLA BARBUTI, MARIA TERESA MONTAGNA, *Il morbo oscuro. Storia scientifico-letteraria della tubercolosi dall'antichità ai nostri giorni*, Mario Adda Editore, Bari 2012, pp. 52-54.

² Prodotto dell'industria farmaceutica italiana, la rifampicina, antibiotico efficace per il trattamento della tubercolosi, lebbra e meningite meningococcia, fu isolata nei Laboratori Lepetit nel 1965 dal gruppo di ricerca guidato da Piero Sensi e Maria Teresa Timbal.

³ EUGENIA TOGNOTTI, *Il morbo letto. La tisi nell'Italia dell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano 2012, pp. 157-171.

⁴ *Ivi*, pp. 85-98.

⁵ DANIELA VAJ, *Respirare l'aria pura delle Alpi. Dalla Svizzera all'Italia: lo sviluppo delle stazioni di cura montane*, in LUISA BONESIO, DAVIDE DEL CURTO (a cura di), *Villaggio Morelli. Identità Paesaggistica e patrimonio monumentale*, Diabasis, Reggio Emilia 2011, pp. 150-156.

⁶ STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario. Villaggio Morelli, il più grande sanatorio d'Europa. Idea e ideali fra medicina, storia e natura*, Litostampa Istituto Grafico, Bergamo 2002, p. 22.

⁷ DANIELA VAJ, op. cit., pp. 163-168.

⁸ STEFANO ROSSATTINI, op. cit., pp. 23-25.

⁹ ALDO BOTTERO, *Carlo Forlanini, inventore del pneumotrace artificiale*, Hoepli, Milano 1947.

¹⁰ GIORGIO COSMACINI, MAURIZIO DE FILIPPIS, PATRIZIA SANSEVERINO, *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945)*, Franco Angeli, Milano 2004, p. 25.

¹¹ Sulla figura di Eugenio Morelli si veda STEFANO ROSSATTINI, op. cit., pp. 63-76.

¹² *Ivi*, p. 25.

¹³ *Ivi*, p. 135.

¹⁴ *Ivi*, pp. 128-129.

¹⁵ Tuberculosis Chemotherapy Centre, Madras, *A concurrent comparison of home and sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis in South India*, in «Bulletin of the World Health Organization», n. 21, 1959, pp. 51-144.

¹⁶ GIORGIO COSMACINI, *Le spade di Damocle. Paure e malattie nella storia*, Laterza, Bari 2006, p. 164.

¹⁷ KEERTAN DHEDA, GIOVANNI B. MIGLIORI, *The global rise of extensively drug-resistant tuberculosis: is the time to bring back sanatoria now overdue?*, in «Lancet», n. 379, 2012, pp. 773-775.

¹⁸ JENNIFER HUGHES, HELEN COX, NATHAN FORD, *Sanatoria for drug-resistant tuberculosis: an outdated response*, in «Lancet», n. 379, 2012, pp. 2148.

La tubercolosi oggi

Saverio De Lorenzo

Come si presenta la tubercolosi oggi

Circa due miliardi di persone, un terzo della popolazione mondiale, è infetta dal bacillo della Tubercolosi (TB), una malattia che costituisce ancora la seconda causa di morte per singolo agente infettante. Il trend epidemiologico in Italia appare in lenta, ma costante discesa, l'incidenza della malattia tra gli autoctoni si pone intorno al 4.9/centomila abitanti, una situazione epidemiologica che consente all'Italia di essere considerata come un Paese a basso rischio. Per converso, in relazione all'aumentato numero di immigranti provenienti da paesi ad alta incidenza, il numero di casi notificati tra gli stranieri, ha superato nel 2008 quello dei casi registrati negli italiani.

La TB nell'immigrato si manifesta usualmente entro i primi cinque anni dall'arrivo in Italia e l'incidenza della malattia appare correlata al grado di integrazione, infatti nei gruppi che continuano a essere socialmente emarginati, come gli homeless o i rifugiati politici l'incidenza della TB rimane elevata anche dopo i cinque anni di permanenza nel nostro paese.

Occorre sottolineare che la trasmissione della malattia dagli immigrati alla popolazione autoctona costituisce un fenomeno del tutto marginale: clusters di trasmissione

dalla popolazione immigrata ai residenti sono stati osservati solo raramente, mentre con relativa maggiore frequenza si è registrata la via di contagio inversa.

A differenza di quanto accade per la popolazione immigrata, dove la TB predilige l'età giovanile, tra gli italiani la popolazione più colpita dalla malattia è costituita da soggetti con oltre 64 anni di età. In questa popolazione la diagnosi di TB può essere difficile, sia perché la malattia può manifestarsi in forme cliniche e radiologiche non comuni, sia per il basso indice di sospetto dovuto alla perdita di esperienza nella diagnosi. Il ritardo diagnostico, cioè il periodo che intercorre tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi di TB, è stimato essere in Italia di circa 60 giorni, durante i quali il paziente viene sottoposto a numerose procedure diagnostiche, anche invasive, che costituiscono una importante occasione di diffusione della malattia negli ospedali e nelle case di cura.

Relativamente marginale, ma di grande impatto mediatico, è la TB nell'infanzia, causa anche recente di microepidemie in scuole e ospedali.

È ben noto come, in popolazioni a basso rischio, la TB si concentri in particolari settori della popolazione nei quali si realizzano delle condizioni ritenute predisponenti,

tra queste la più importante è costituita dalla confezione con il virus dell'HIV, ma anche diabete, silicosi, e altre patologie causa di immunodepressione costituiscono importanti fattori di rischio. Le nuove, potenti terapie antiretrovirali hanno profondamente inciso sull'evoluzione della malattia, attualmente la TB non rappresenta più la più frequente patologia AIDS correlata, ma in questi pazienti può manifestarsi in forme severe che coinvolgono soprattutto organi diversi dal polmone, come il sistema nervoso centrale.

Recentemente è emersa una nuova categoria di soggetti a rischio, costituita da quei pazienti sottoposti a terapie biologiche costituite dagli inibitori del TNF, farmaci usati per il trattamento di diverse patologie come l'artrite reumatoide o la psoriasi. In questi pazienti, il rischio di sviluppare la TB è aumentato da 4 a 12 volte, a seconda dei farmaci utilizzati, rispetto alla popolazione generale. La malattia assume forme particolarmente severe, potendo interessare qualsiasi organo, ed è pertanto necessario sottoporre i soggetti candidati a trattamenti biologici ad accurati screening per evidenziare un'eventuale infezione tubercolare latente.

La tubercolosi resistente ai due principali farmaci (isoniazide e rifampicina), definita come TBMDR, sta emergendo come un importante problema di salute pubblica. Questa forma di TB, particolarmente difficile da trattare, è particolarmente diffusa nei Paesi dell'EST Europa e l'elevata immigrazione di soggetti provenienti da quei Paesi è all'origine del costante aumento del numero di notifiche di TB MDR che si registra in Italia.

In molti di questi pazienti non è infrequente rilevare una TBMDR in assenza di precedenti trattamenti antitubercolari (MDR primaria), ciò rappresenta un rilevante ostacolo nel trattamento della TB e costituisce un importante stimolo all'utilizzo di metodiche rapide per l'identificazione

delle resistenze farmacologiche in tutti i pazienti provenienti da Paesi ad alto rischio. Il trattamento di queste forme di TBMDR è spesso prolungato, sino a 2 anni, costoso, sino a 100.000 € e ha così importanti ricadute sociali ed economiche da rappresentare un problema che richiede un approccio non solo medico, ma anche politico-istituzionale.

Il contributo di Sondalo

Nonostante il sanatorio più grande d'Europa non esista più, l'Ospedale Morelli, se pur con modalità diverse, continua la sua vocazione nella diagnosi e cura della tubercolosi, mantenendo, caso forse unico in Italia, una Unità Operativa di broncopneumotisiologia interamente dedicata a questo scopo.

Il reparto che dispone di 26 posti letto, si è affermato come Centro di Riferimento Regionale per il trattamento della tubercolosi multifarmaco-resistente, grazie all'esperienza decennale maturata e all'ampia casistica trattata.

Il moderno approccio al trattamento della tubercolosi, non può prescindere da un laboratorio affidabile e in grado di sfruttare le tecnologie innovative attualmente disponibili, né dalla collaborazione con una équipe di chirurgia toracica, la quale ha maturato negli anni, un'esperienza unica in Italia nel trattamento chirurgico della TB polmonare.

La circostanza che l'intera Unità Operativa sia dedicata alla cura della tubercolosi, ha permesso allo staff infermieristico di acquisire una serie di comportamenti adeguati alla difficoltà della patologia trattata: nella terapia delle forme multi-farmacoresistenti, infatti, sono di rilevante importanza l'educazione sanitaria del paziente, il costante incoraggiamento a tollerare i comuni effetti collaterali inevitabilmente indotti dalla terapia e, infine un supporto psicologico in grado di rendere più accettabili

i lunghi periodi di ospedalizzazione che sono a volte richiesti.

Un ruolo di non trascurabile importanza è svolto anche dall'Unità Operativa di Farmacia che assicura un costante approvvigionamento dei farmaci necessari, molti dei quali sono reperibili solo all'estero.

È solo grazie all'integrazione di queste professionalità che si riesce ad assicurare una buona aderenza del paziente al trattamento e risultati favorevoli alla terapia, con percentuali di guarigione simili ad altri centri di eccellenza europei, anche per i casi di TB MDR-XDR.

Con tali centri il confronto e la collaborazione sono costanti e indispensabili, sia per uno scambio continuo di conoscenze, che per l'attuazione di sperimentazioni cliniche policentriche.

Un moderno centro per la cura della tubercolosi, non può non tener conto che una parte rilevante dei pazienti trattati sono provenienti da Paesi della Comunità Europea, di tutte le fasce d'età e di ogni ceto sociale (dal docente universitario al senza tetto); indispensabili sono quindi i contatti con i Paesi di provenienza allo scopo di assicurare una continuità e uniformità di cura nel periodo successivo alla dimissione ospedaliera.

Non trascurabile, inoltre, è il ruolo formativo che l'Unità Operativa ha sempre offerto ed offre all'utenza medica e non, operando nel pieno convincimento che la diffusione delle conoscenze clinico-epidemiologiche della tubercolosi, stimoli in quei colleghi "vecchi e nuovi", un corretto approccio metodologico nella diagnosi di una patologia ritenuta a torto ormai scomparsa.

Infatti numerosi negli anni sono stati i corsi teorico-pratici effettuati nella nostra Azienda Ospedaliera che hanno visto sempre la partecipazione di docenti qualificati e discenti provenienti anche da fuori regione, così come l'attività di tutoraggio operata dai medici della Unità Operativa

nei confronti di colleghi interessati a questa esperienza clinica, difficilmente attuabile in altre realtà.

La collaborazione con l'OMS vede da quasi un decennio, Sondalo quale sede annuale di corsi di formazione a indirizzo medico-organizzativo riservati a medici provenienti dai Paesi dell'Est - Europa e dai Paesi africani in via di sviluppo. Oltre a offrire valide e aggiornate argomentazioni in materia, queste occasioni sono un momento di proficuo scambio "culturale" tra le diverse realtà e le rispettive problematiche gestionali e favoriscono fattive cooperazioni internazionali.

L'attività dell'Ospedale Eugenio Morelli

Riccardo Bertoletti

L'Ospedale Eugenio Morelli di Sondalo è confluito dal 1° aprile 2003 nell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna (AOVV) che si è costituita in tale data dall'unione di tutti gli ospedali della provincia di Sondrio (Sondalo, Sondrio, Morbegno, Chiavenna).

Attualmente l'Ospedale comprende Unità Operative di diverse specialità:

- al IV padiglione sono riunite tutte le specialità chirurgiche (Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia) oltre che il Pronto Soccorso, la Rianimazione, i Blocchi Operatori e la Radiologia;
- al I padiglione sono riunite le Unità Operative Cardio-polmonari (Cardiologia, Riabilitazione Cardiologica, Pneumologia, Tisiologia, Riabilitazione Pneumologica, Fisiopatologia Respiratoria);
- al II padiglione sono accolte la Medicina Generale, le Cure Palliative oltreché l'Ospedale "Diurno", sia Day Hospital che Poliambulatorio;
- al V padiglione sono ospitate tutte le Riabilitazioni Mo-

torie (Riabilitazione Ortopedica, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Unità Spinale) oltre alla Neurologia;

- al III padiglione trovano posto il Laboratorio di Analisi, il Centro Trasfusionale, il Centro di Formazione, la Medicina del Lavoro e la Foresteria.

Nell'Ospedale Morelli lavorano 812 dipendenti, così suddivisi:

Medici	124+6 (altri dirigenti sanitari)
Infermieri professionali	347 + 10 (ostetriche)
Altri sanitari	176 (oss - asa)
Amministrativi	74
Tecnici	75

Questa "macchina" sanitaria produce (dati 2011):

Ricoveri	8.277
Giornate di ricovero	81.610
Letti attivati	326
Interventi chirurgici in sala operatoria	3.979

Il Dipartimento di Patologia Respiratoria, che ne costituisce tuttora un vanto e un punto d'attrazione, dispone

di 73 letti attivati occupati da 1.588 ricoveri per 18.959 giornate di ricovero.

Se si considera che L'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna, cioè la realtà ospedaliera della Provincia di Sondrio, offre nei 4 punti ospedalieri l'intera gamma dei servizi sanitari ai 183.000 abitanti della Provincia realizzando complessivamente 27.899 ricoveri, per 210.225 giornate di degenza, distribuite su 769 letti (attivati nel 2011), si comprende chiaramente che l'Ospedale Morelli di Sondalo al giorno d'oggi:

- è ben inserito nell'AOVV e concorre in modo fondamentale all'offerta sanitaria della Provincia di Sondrio e richiama molti utenti dalla contigua Valcamonica;
- è un ospedale dotato delle principali specialità di base, ma anche di un notevole numero di alte specialità, che garantiscono agli abitanti della Provincia un'assistenza sanitaria ben al di sopra del semplice "ospedale di montagna";
- il ruolo del Dipartimento di Patologia Respiratoria, seppure ridimensionato rispetto alle origini, rimane non solo importante ma costituisce quasi un quarto della presente attività sanitaria dell'Ospedale; in particolare la locale Tisiologia rimane l'unica struttura complessa di tale genere esistente sul territorio regionale e la Chirurgia Toracica gioca un ruolo di deciso richiamo su un territorio molto più vasto della Provincia;
- tutta la riorganizzazione ospedaliera dei decenni scorsi, che ha portato dal nativo sanatorio all'ospedale poli-specialistico di oggi ha inciso profondamente non solo sul modo di lavorare del personale, ma anche sulle strutture, per cui si è passati da una struttura "modulare" ripetitiva (tutti i piani uguali e tutti i padiglioni uguali) ad una serie di "specializzazioni" per cui ogni Unità

Operativa ha modellato lo spazio occupato sui propri bisogni lavorativi.

Tutto questo evidenzia la vitalità e financo la vivacità di una struttura ospedaliera che, attraverso i decenni, sa modificarsi così da risultare sempre funzionale alla missione originaria di offrire una accogliente risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Cronistoria della tubercolosi

Cronistoria della tubercolosi

a cura di Michele A. Riva

- Neolitico** Prime tracce di tubercolosi in resti umani
- I secolo** Areteo di Cappadocia descrive dettagliatamente i sintomi della tubercolosi, suggerendo ai malati di seguire una dieta ricca, di bere latte e di viaggiare per mare
- 496** Clodoveo, re dei Franchi, è il primo monarca a cui viene attribuita la capacità di guarire la scrofola mediante il semplice tocco
- VII secolo** I medici bizantini Alessandro da Tralles, Paolo d'Egina ed Ezio d'Amida descrivono le forme polmonari e ghiandolari (scrofole) della tubercolosi
- 1546** Girolamo Fracastoro sostiene che la tisi si trasmetta attraverso "semi invisibili" emessi dai polmoni dei malati
- 1559** Nicola Massa effettua la prima descrizione anatomica di una caverna tubercolare
- 1679** Franciscus de le Boë Sylvius sostiene che la tisi polmonare e la scrofola cutanea siano espressione della medesima malattia
- 1699** Il Consiglio Generale di Sanità della Repubblica di Lucca obbliga i medici a notificare i casi di tubercolosi diagnosticati tra i propri pazienti. Disposizioni analoghe vengono prese nel Regno di Napoli, nel Granducato di Toscana, nella Repubblica di Venezia e negli Stati Pontifici
- 1720** Benjamin Marten ipotizza che la tubercolosi sia causata da esseri viventi microscopici (*animacula*)
- 1735** Nella Repubblica Veneta viene fondato il primo istituto di ricovero esclusivamente dedicato ai tisici.
- 1761** Il medico austriaco Joseph Leopold Auenbrugger introduce l'utilizzo della percussione toracica per la diagnosi della tubercolosi
- 1782** Il chirurgo inglese Percival Pott descrive le lesioni vertebrali causate dalla tubercolosi (Morbo di Pott)

- 1818** A Torino viene aperto il "San Luigi Gonzaga", il primo ospedale al mondo dedicato alla cura dei malati di tubercolosi
- 1819** Il medico e fisiologo francese René Laennec introduce l'utilizzo dello stetoscopio nella pratica clinica
- 1821** Il poeta inglese John Keats muore di tubercolosi a Roma, dove, come altri connazionali, si è trasferito per giovare del clima mediterraneo
- 1824** Carlo X di Francia è l'ultimo sovrano a cui viene attribuita la capacità di guarire gli scrofolosi con il tocco
- 1839** Il medico svizzero Johann Lukas Schonlein propone di utilizzare il termine "tubercolosi" per raggruppare tutte le malattie in cui l'elemento patogenetico sia rappresentato dal tubercolo
- 1841** A Londra viene fondato il "Brompton Hospital for Consumptives", dedicato al ricovero e alla cura dei malati di tubercolosi
- 1853** Giuseppe Barellai propone la cura balneare per il trattamento degli scrofolosi
- 1853** Al Teatro "La Fenice" di Venezia si tiene la prima rappresentazione de "La Traviata" di Giuseppe Verdi, trasposizione melodrammatica dal romanzo "La signora delle camelie" di Alexandre Dumas figlio
- 1855** Edward Trudeau costruisce il primo sanatorio negli Stati Uniti d'America
- 1858** Biagio Gastaldi propone la climatoterapia alpestre per la cura dei tisici
- 1859** Hermann Brehmer fonda a Görbersdorf (Slesia) il primo sanatorio in collina (m. 650)
- 1868** Alexander Splenger fonda a Davos, nelle Alpi svizzere, il primo sanatorio di montagna (m. 1650)
- 1869** Jean-Antoine Villemin dimostra la contagiosità della tubercolosi, infettando alcuni conigli di laboratorio con materiale tubercolare proveniente da un cadavere umano
- 1882** Robert Koch individua l'agente eziologico della tubercolosi umana, il *Mycobacterium tuberculosis*
- 1882** Carlo Forlanini sviluppa la tecnica del Pneumotorace Artificiale
- 1890** Durante il "X Congresso Medico Internazionale" di Berlino Koch annuncia l'utilizzo della "tubercolina" per la profilassi e la cura della tubercolosi
- 1897** Il governo italiano impone a tutti gli ospedali di separare i tisici dagli altri malati
- 1898** Achille De Giovanni fonda la "Lega Nazionale contro la Tubercolosi"
- 1900** A Napoli si tiene il "Primo Congresso Nazionale contro la Tubercolosi"
- 1903** Edoardo Maragliano propone un metodo di vaccinazione anti-tubercolare

- 1904** Ausonio Zubiani costruisce il primo sanatorio italiano a Pineta Sortenna (Sondalo).
- 1905** A Roma sorge l'ospizio "Umberto I" per il ricovero dei tisici
- 1906** A Genova viene aperto il primo dispensario anti-tubercolare in Italia
- 1908** Charles Mantoux introduce un test intradermico per la diagnosi della tubercolosi
- 1910** Aprono i sanatori di Prasomaso (Media Valtellina) e di Garbagnate Milanese con fondi raccolti da un comitato milanese per i malati di tubercolosi
- 1910** A Ornago viene inaugurato un sanatorio di pianura su iniziativa del medico vimercatese Giulio Banfi
- 1921** In Francia viene introdotto il BCG (Bacillo di Calmette-Guérin), il primo vaccino di successo contro la tubercolosi umana
- 1924** Lo scrittore tedesco Thomas Mann descrive nel romanzo "La Montagna Incantata" la vita all'interno di un sanatorio alpestre
- 1927** Viene istituita in Italia l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi
- 1930** Entrano in funzione i primi sanatori dell'INFPS a Porta Furba (Roma) e Carmerlata (Como)
- 1932** Iniziano i lavori del Villaggio Sanatoriale di Sondalo
- 1934** In Italia vengono istituiti i "Consorti Provinciali Antitubercolari"
- 1934** Inaugurazione dell'Ospedale "Carlo Forlanini" di Roma
- 1935** A Roma viene aperta la prima Scuola di Specializzazione in Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio
- 1939** In Italia sono disponibili oltre 20.000 posti letto in 50 sanatori e 2.000 posti letto in colonie post-sanatoriali
- 1944** Albert Schatz, Elizabeth Bugie e Selman Waksman isolano lo *Streptomyces griseus*, scoprendo la streptomicina, il primo antibiotico efficace contro il *M. tuberculosis*
- 1946** I primi malati vengono accolti nel "Villaggio Sanatoriale" di Sondalo, sotto la gestione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (A.C.I.S.P.)
- 1951** Viene scoperta l'attività antibiotica dell'isoniazide, sintetizzata a inizio Novecento
- 1952** Selman Waksman riceve a Stoccolma il Premio Nobel per la medicina "per la scoperta della streptomicina, primo antibiotico attivo contro la tubercolosi"
- 1955** La gestione amministrativa del Villaggio di Sondalo passa all'INPS
- 1959** Nei laboratori Lepetit di Milano viene isolata la rifampicina

- 1959** Viene pubblicato uno studio, condotto a Madras (India), sull'efficacia terapeutica degli antibiotici anti-tubercolari, anche se somministrati al di fuori dai sanatori
- 1980** In Italia si registra il minimo storico di casi di tubercolosi
- Anni '80** Si diffondono a livello mondiale forme di tubercolosi resistente sia alla rifampicina che all'isoniazide (Multi-Drug Resistant)
- 1993** L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara che la tubercolosi rappresenta un'emergenza sanitaria globale
- 2006** Un'epidemia di tubercolosi "Extensively Drug Resistant" (XDR) si sviluppa nelle vicinanze di Durban (Sud Africa)

Per approfondire

ANTONIA BERNARDI, NICOLA BARBUTI, MARIA TERESA MONTAGNA, *Il morbo oscuro. Storia scientifico-letteraria della tubercolosi dall'antichità ai nostri giorni*, Mario Adda Editore, Bari, 2012

LUISA BONESIO, DAVIDE DEL CURTO (a cura di), *Il Villaggio Morelli. Identità Paesaggistica e patrimonio monumentale*, Diabasis, Reggio Emilia, 2011

GIORGIO COSMACINI, *Le spade di Damocle. Paure e malattie nella storia*, Editori Laterza, Bari, 2006

GIORGIO COSMACINI, MAURIZIO DE FILIPPIS, PATRIZIA SANSEVERINO, *La peste bianca. Milano e la lotta antitubercolare (1882.1945)*, Franco Angeli, Milano, 2004

DAVIDE DEL CURTO, *Il sanatorio alpino. Architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*, Aracne Editrice, Roma, 2010

STEFANO ROSSATTINI, *Un Villaggio Straordinario. Villaggio Morelli, il più grande sanatorio d'Europa. Idea e ideali fra medicina, storia e natura*, Litostampa Istituto Grafico, Bergamo, 2002

EUGENIA TOGNOTTI, *Il Morbo Lento. La tisi nell'Italia dell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano, 2012

Catalogo

Fuori apparve di nuovo l'infermiera che li guatò con i suoi occhi da miope. Ma giunto al primo piano, Hans Castorp si fermò di colpo, bloccato da un rumore assolutamente raccapricciante che si fece udire a breve distanza dietro una svolta del corridoio, un rumore non forte ma talmente orribile che Hans Castorp fece una smorfia e fissò il cugino con gli occhi sbarrati. Erano colpi di tosse, su questo non c'era dubbio, la tosse di un uomo; quella tosse, però non somigliava a nessun'altra che Hans Castorp avesse mai udito e, al suo confronto, ogni altra tosse si sarebbe potuta definire un'espressione vitale di splendida e intatta salute - era stremata, questa, totalmente priva di forza, e non si manifestava in colpi staccati, ma era come un orrendo e spossato rovistare nella poltiglia di un organismo in decomposizione.

«Sì» disse Joachim, «è messo molto male. Un aristocratico austriaco, capisci, un tipo elegante, un vero e proprio cavaliere nato. E adesso è ridotto così. Eppure va ancora a passeggio.»

Mentre proseguivano per la loro strada Hans Castorp tornò puntigliosamente sulla tosse del cavaliere. «Devi considerare» osservò «che io non ho mai udito niente di simile, è una cosa del tutto nuova che naturalmente mi fa impressione. Ci sono tanti tipi di tosse, secca e grassa, e a giudizio di tutti quella grassa è comunque da preferire, meglio una tosse grassa che ululare in questo modo. Quando da giovane» (disse proprio "da giovane") «ho avuto l'angina, ululavo come un lupo, e tutti si rallegrarono quando la tosse si fece più fluida, me lo ricordo ancora. Ma una tosse così non c'è stata mai, almeno per quel che mi riguarda... Non è più una tosse viva. Non è secca e neppure si può chiamarla grassa, non sarebbe neanche lontanamente la parola giusta. È proprio come se si

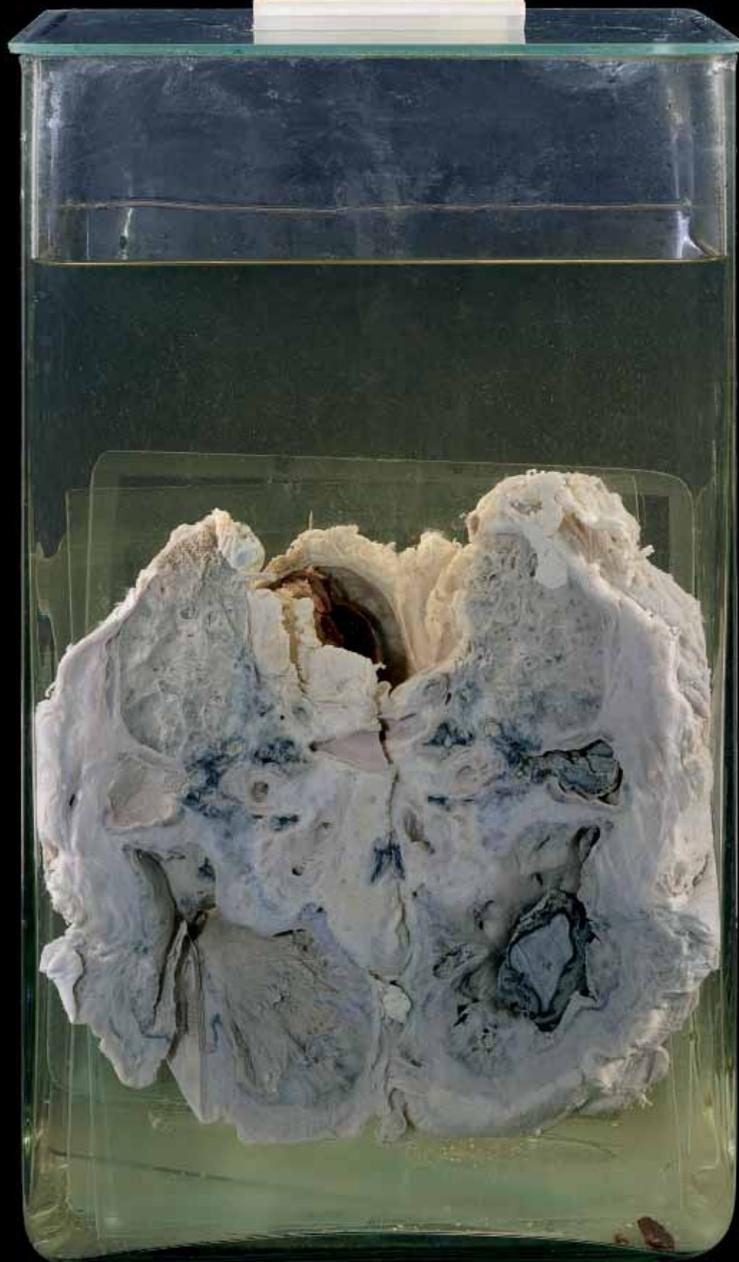
guardasse all'interno di un essere umano per vedere com'è fatto dentro, - nient'altro che fango, fango e liquame...»

«Bah» disse Joachim, «io la sento tutti i giorni, non ho bisogno che tu me la descriva.»

da THOMAS MANN, *La montagna magica*, traduzione italiana di Renata Coloni, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2010, Capitolo Primo, Numero 34, pp. 18-19 (ed. or. THOMAS MANN, *Der Zauberberg*, Fischer Verlag, Berlin, 1924)

Polmone dx. Tb cronica fibrocaseosa aperta.
Sacca pt. extrapleurica sup-post. a contenuto gelatinoso. Pachipleurite. Caverna sublobare inf. sede di emorragia terminale
dimensioni vaso 20 x 18 x 36 cm

3262.58.AP329 T.U. O n. 37
Folsone dx. Tb cronica fibrocisti
secca aperte. Sacca pt. extrapleu-
rica sup-post. e contenute ger-
minose. Enchipleurite. Caverna
sublobare inf. sede di necrosi
terminale. Osp. Sordale-IT



«Perché fai quella faccia?» domandò.

«Quella lì ha fischiato!» Rispose Hans Castorp. «Ha fischiato dalla pancia mentre mi passava davanti, mi vuoi spiegare come ha fatto?»

«Ah» disse Joachim ridendo con un gesto di diniego. «Non dire sciocchezze, non è dalla pancia. Quella era la Kleefeld, Hermine Kleefeld, e fischia col pneumotorace.»

«Con che cosa?» Domandò Hans Castorp. Era straordinariamente agitato senza sapere per quale ragione. E incerto tra il riso e il pianto aggiunse poi: «non pretenderai che io comprenda il vostro assurdo gergo».

«Avanti, non ti fermare!» lo incitò Joachim. «Te lo posso spiegare anche camminando. Te ne stai lì impalato come se avessi messo radici! È qualcosa che ha a che fare con la chirurgia, come puoi immaginare, un'operazione che quasi si esegue spesso. Behrens ha una grande pratica in materia. . . Se un polmone è molto compromesso, capisci, mentre l'altro è sano o relativamente sano, quello malato, viene dispensato per qualche tempo dalla sua attività al fine di preservarlo. . . cioè: ti praticano un taglio qui, da un lato, da qualche parte. . . non so bene quale sia il punto, ma Behrens se la cava a meraviglia. Poi ti immettono del gas, azoto, capisci, per porre fuori servizio il lobo polmonare affetto da necrosi caseosa. Il gas, naturalmente, non rimane a lungo e all'incirca ogni quindici giorni dev'essere rinnovato. . . Si può dire che ti ricarichino, è così che devi figurarti la cosa. E se si procede in questo modo per un anno o anche più e va tutto bene, il polmone, grazie al riposo, riesce a guarire. Non sempre, si capisce, è comunque un procedimento rischioso. Ma sembra che col pneumotorace si siano già ottenuti buoni risultati. Tutti quelli che hai appena visto ce l'hanno. [. . .]»

da THOMAS MANN, *La montagna magica*, traduzione italiana di Renata Colorni, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2010, Capitolo Terzo, Celia. Viatico. Ilarità interrotta, pp. 73 - 74 (THOMAS MANN, *Der Zauberberg*, Fischer Verlag, Berlin, 1924)

Apparecchio da pneumotorace artificiale "Forlanini"

con astuccio in legno, completo di tubi in lattice, palla di Richardson, rubinetti, raccordi, filtro, morsetti a molla, ago da pneumotorace
dim. 18 x 8 x 46 cm



Autoclave verticale a vapore

usata per sterilizzare strumenti e oggetti con vapore
sotto pressione
altezza 90 cm



Ptialoforo o sputacchiera a stelo

con cestello smaltato removibile e coperchio emisferico
in acciaio inox, apertura a pedale
altezza 80 cm



L'abitato di Sondalo e il versante di Sortenna
prima della costruzione del Villaggio Morelli
(anni Venti)

Stampa fotografica su supporto plastico
dim. 100 x 70 cm



Disarmo delle arcate che sostengono il tratto della strada interna davanti al IV padiglione (chirurgico)

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

Stampa fotografica applicata su pannello truciolare

dim. 60 x 50 cm

Formazione delle centinature per la costruzione del I viadotto della strada interna

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

Stampa fotografica applicata su pannello truciolare

dim. 60 x 50 cm

Costruzione dei pilastri e delle centinature per il I viadotto della strada interna

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

Stampa fotografica applicata su pannello truciolare

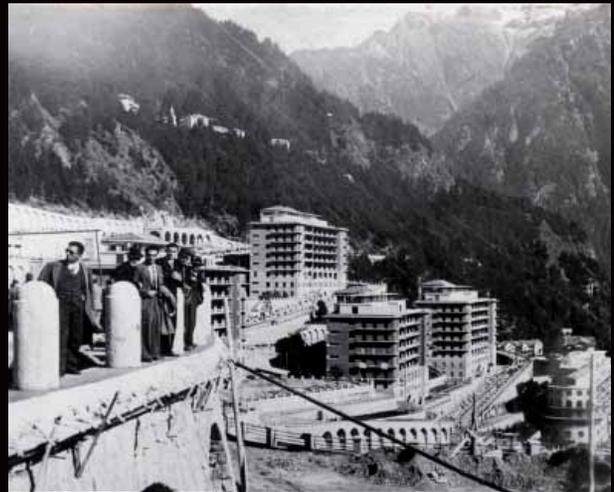
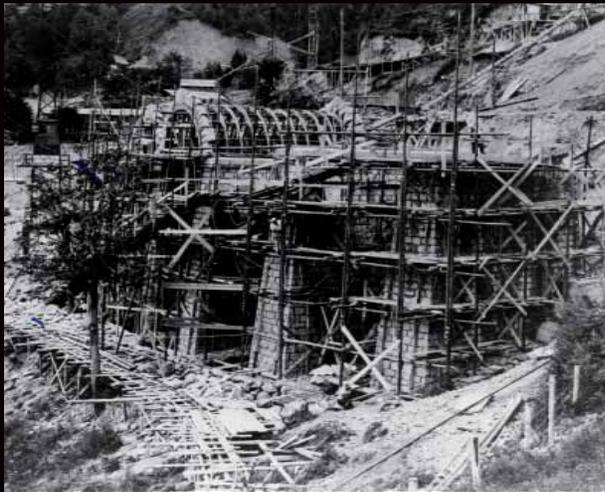
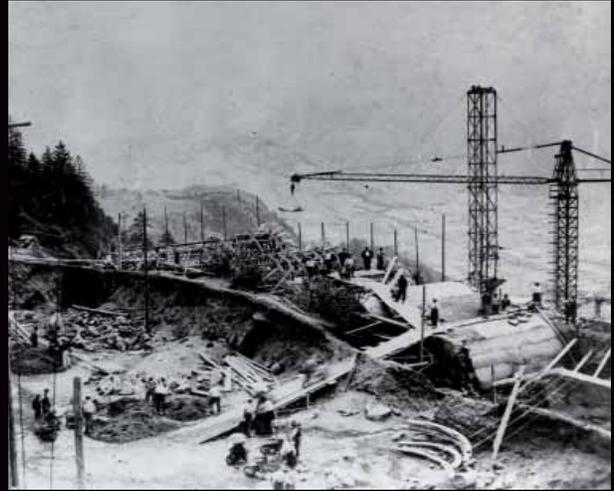
dim. 60 x 50 cm

Panoramica dei Padiglioni I, II, III e IV (chirurgico) dal piazzale dell'autorimessa

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

Stampa fotografica applicata su pannello truciolare

dim. 60 x 50 cm



In primo piano la ferrovia di cantiere tipo Decauville. In alto a sinistra la tettoia con l'arrivo della teleferica. A destra le fondazioni del IV padiglione (chirurgico). Sullo sfondo la palazzina della direzione lavori

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

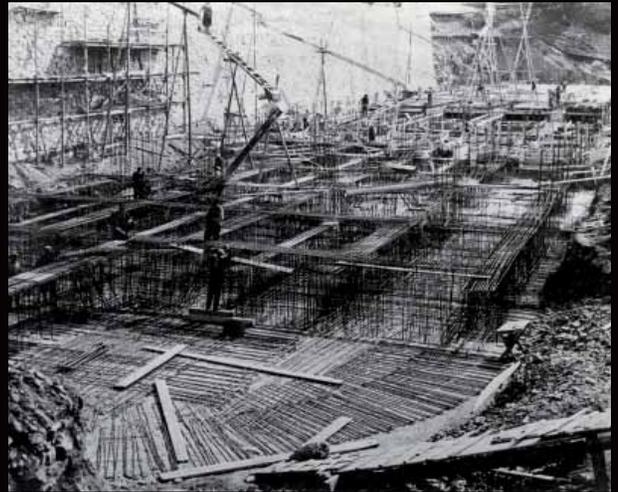
Le strutture del IV padiglione (chirurgico) in via di ultimazione. In primo piano le arcate della galleria di ingresso
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

Posa del solaio sul III piano seminterrato del IV padiglione (chirurgico)

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

Preparazione delle armature per le fondazioni del IV padiglione (chirurgico)

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm



A sinistra il padiglione dei servizi con le strutture in via di completamento. Al centro, nell'area dell'attuale piazza Morelli, è visibile l'incastellamento per la distribuzione del calcestruzzo. Sulla destra il V padiglione completato
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

Formazione delle strutture di fondazione e del III solaio seminterrato all'VIII padiglione. Sullo sfondo le strutture del IX padiglione in via di completamento
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

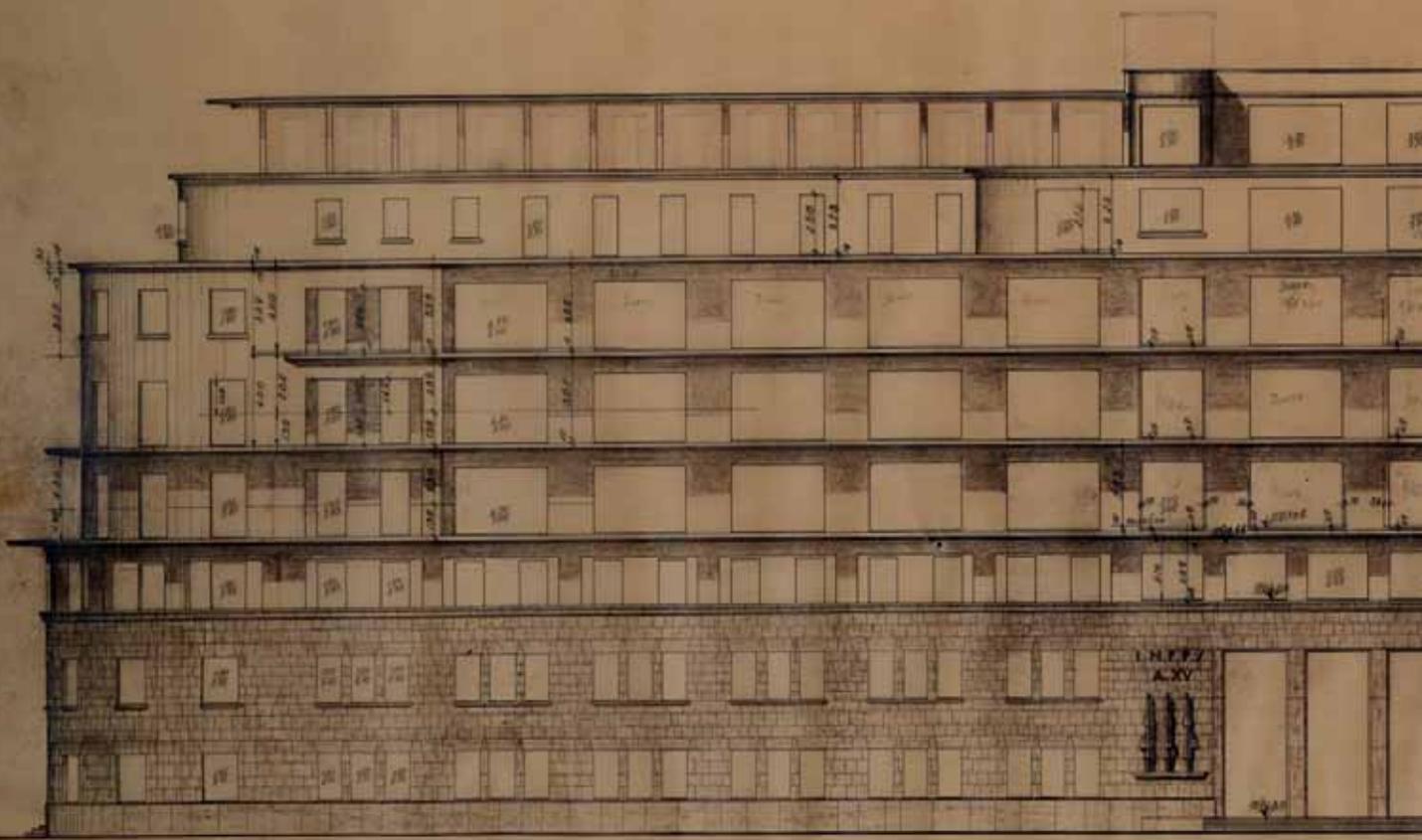
Il IX padiglione in fase di costruzione
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm

Muro contro terra del IX padiglione, con il solaio e i pilastri del III seminterrato già realizzati
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
Stampa fotografica applicata su pannello truciolare
dim. 60 x 50 cm



19. P. Villaggio Sanatoriale di Sondalo
DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Scala 1:100



DROSDET



DETTO SUD

L'inconfondibile sagoma bianca con testate tondeggianti del IV padiglione (chirurgico) emerge sopra le chiome degli alberi subito dopo il tratto di strada in galleria e accoglie il visitatore all'ingresso del Villaggio. Poteva ospitare 320 letti e, come il padiglione tipo, aveva cinque piani con camere e verande disposti sopra un basamento di tre piani rivestito in pietra.

nelle pagine precedenti

Padiglione IV o chirurgico

prospetto verso valle (sud)

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
china e matita su lucido, dim. 148 x 55 cm

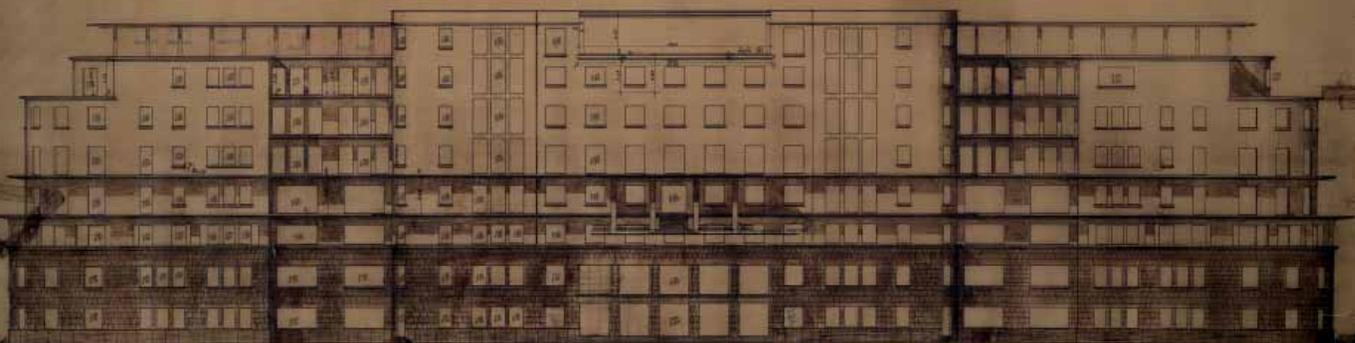
Padiglione IV o chirurgico

prospetto verso monte (nord)

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
china e matita su lucido, dim. 148 x 55 cm

Il Villaggio Anziano di Andalo
PANNELLONE CRIVELLO

1938



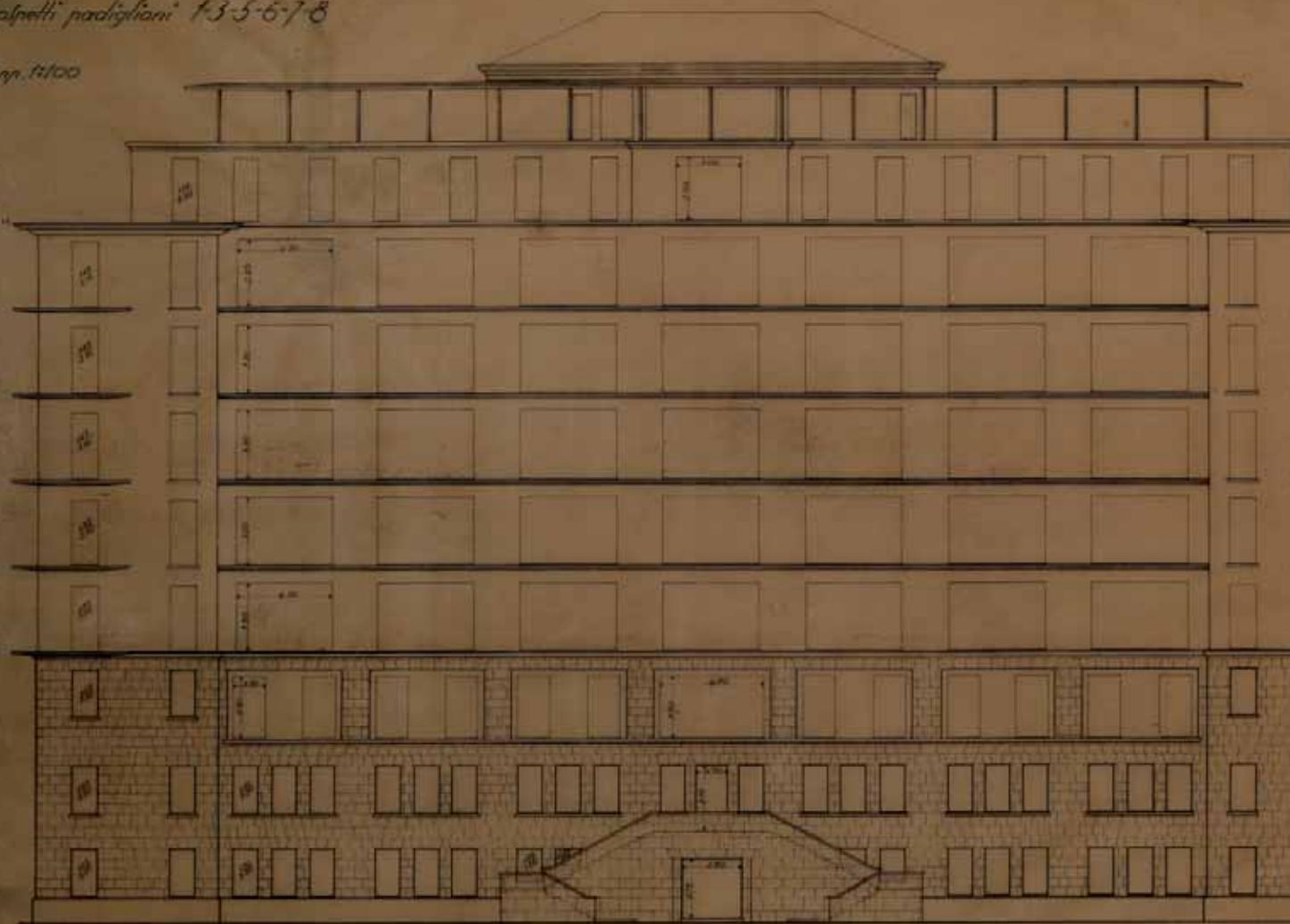
PROGETTO NORD

INDS. Villaggio Sanatoriale Sondalo

PROGETTO PRINCIPALE

Prospetti padiglioni 1-3-5-6-7-8

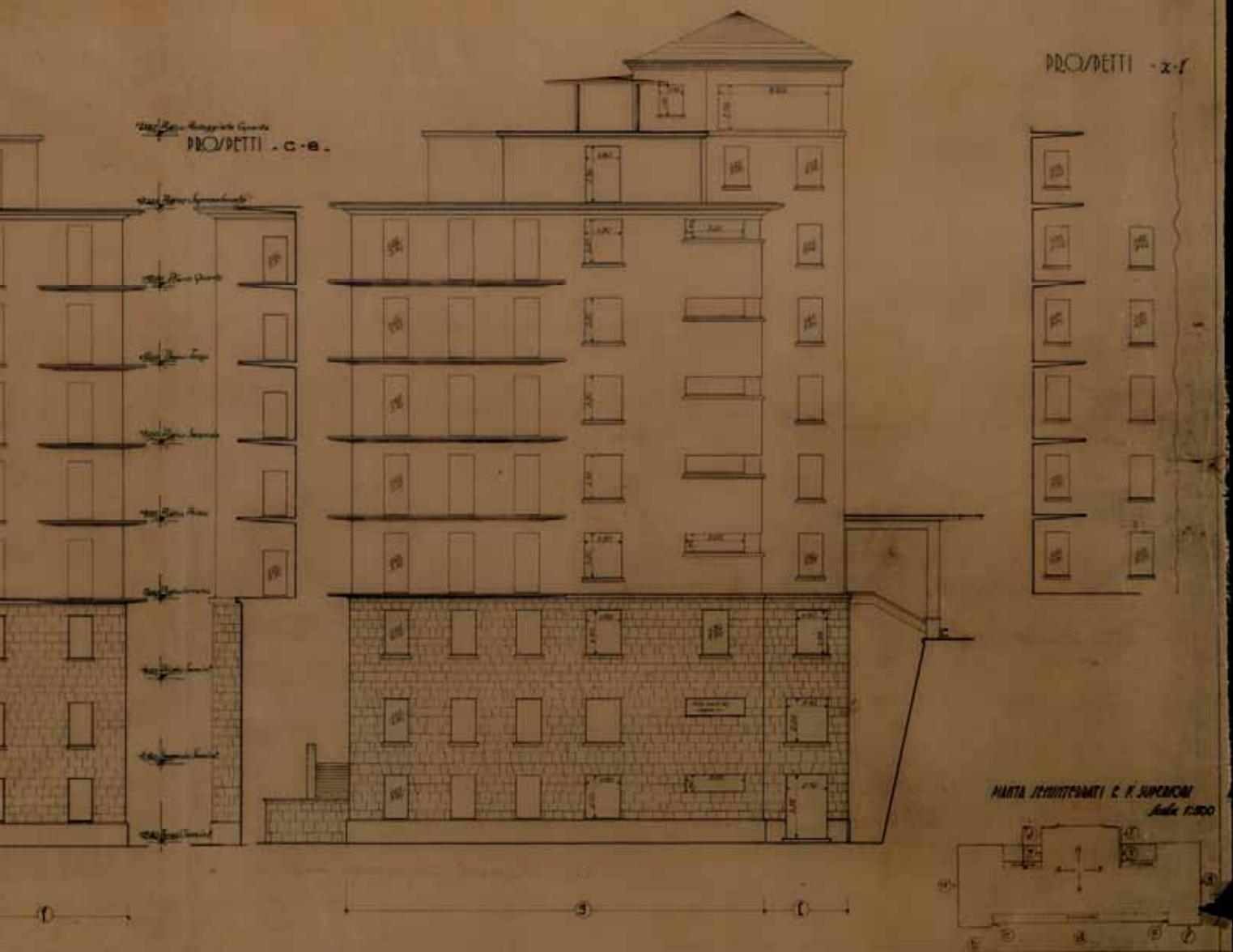
Scala 1:100



PRO/PETTI - a.g.l

PRO/PETTI - x.f

PRO/PETTI - c.e.



PIANTA ZENITALE DI C. F. SUPERIOR
Scala 1:500

I padiglioni tipo del Villaggio Morelli sono otto. Si tratta di edifici a torre con nove piani: i primi tre piani seminterati sono destinati ai servizi, i cinque piani fuori terra ospitano le camere di degenza, nell'attico si trova l'alloggio del personale. I posti letto per ciascun padiglione erano 294. La maggior parte si trovava nelle camere-tipo a sei letti disposte nella parte centrale dell'edificio e affacciate sulle lunghe verande del prospetto principale. Vi erano anche camere più piccole, a uno e due letti, collocate nelle testate che, aggettando leggermente sul filo della facciata, proteggevano le lunghe verande dai colpi di vento.

Sebbene la facciata principale (sud) sia completamente fuori terra, il disegno evidenzia come i primi tre piani, rivestiti con lastre di ghiandone della Val Masino, risultino, verso monte, sotto il livello della strada. L'ingresso principale è al centro della facciata verso monte, dove una breve pensilina segna il livello del piano terra. Sopra l'ingresso si trovano ampie vetrate che illuminano gli atri di accesso ad ogni piano.

nelle pagine precedenti

Padiglione tipo

prospetto verso valle (sud) dei padiglioni I, III, V, VI, VII e VIII
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
china su lucido, dim. 130x60 cm

Padiglione tipo

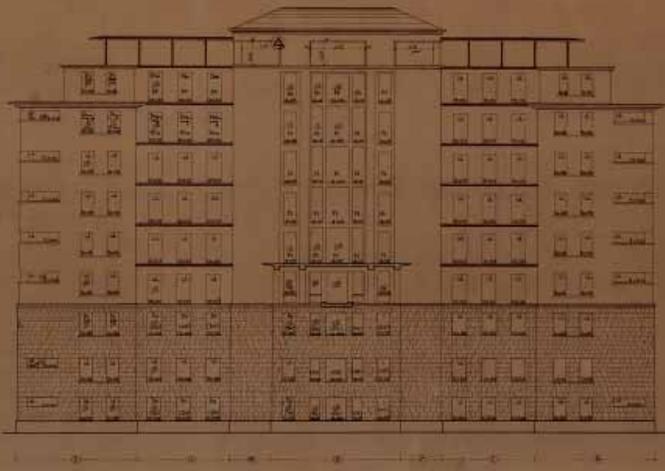
prospetto verso monte (nord) dei padiglioni VI e VIII
Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
china su lucido, dim. 145 x 57 cm

PROGETTO Facciata

IRPA
VILLAGE JAMBOANG
N. 30/100

PROGETTI INGEGNERI - 1955-58 -
Set. 1958

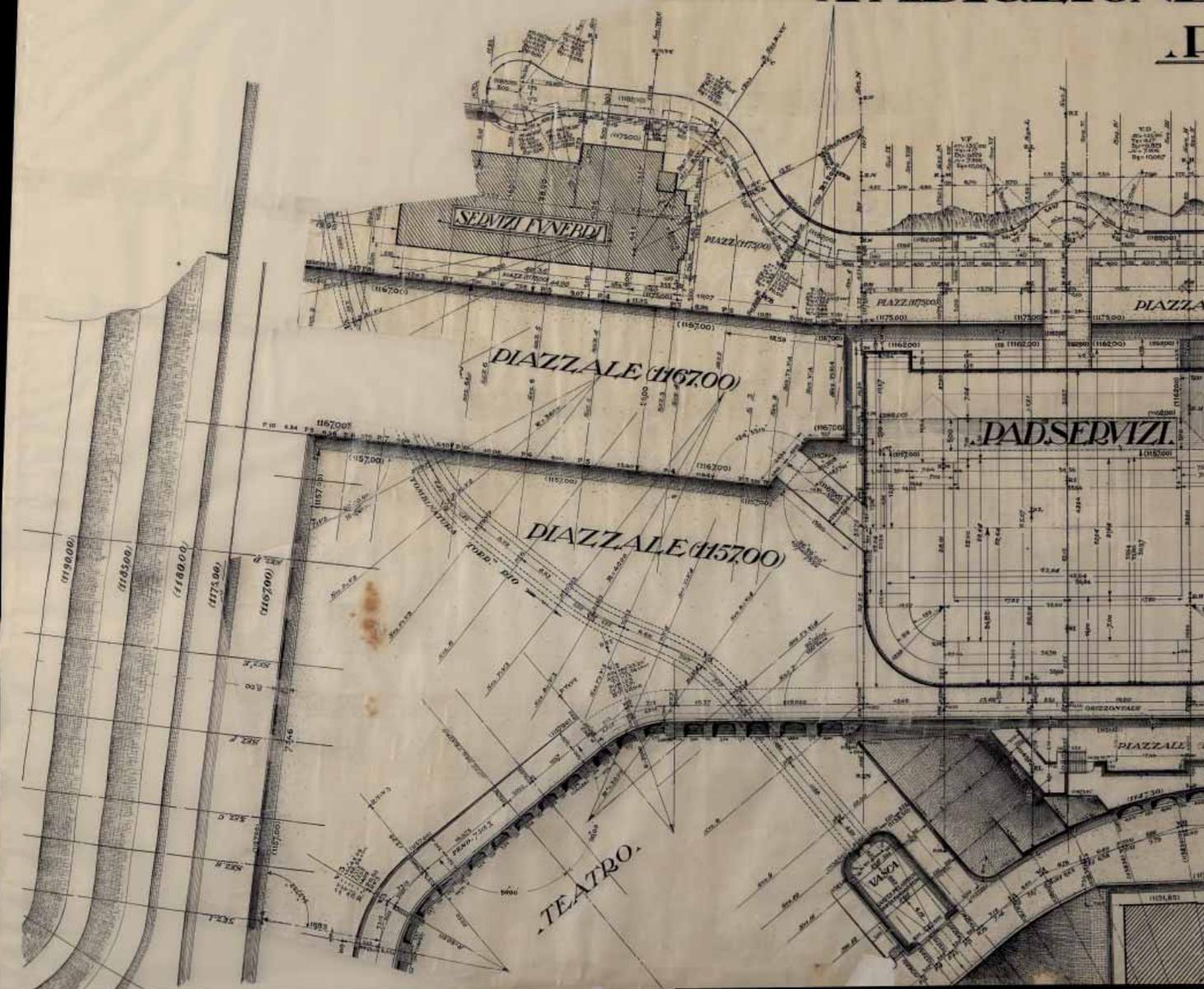
Caratteristiche generali		Caratteristiche tecniche	
Area totale	10.000 m ²	Area coperta	10.000 m ²
Volume	100.000 m ³	Altezza massima	10 m
Numero di piani	10	Numero di appartamenti	100
Superficie di terreno	10.000 m ²	Superficie di copertura	10.000 m ²
Superficie di fondazione	10.000 m ²	Superficie di facciata	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²



Caratteristiche generali		Caratteristiche tecniche	
Area totale	10.000 m ²	Area coperta	10.000 m ²
Volume	100.000 m ³	Altezza massima	10 m
Numero di piani	10	Numero di appartamenti	100
Superficie di terreno	10.000 m ²	Superficie di copertura	10.000 m ²
Superficie di fondazione	10.000 m ²	Superficie di facciata	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²
Superficie di volume	100.000 m ³	Superficie di parete	10.000 m ²

PADIGLIONE

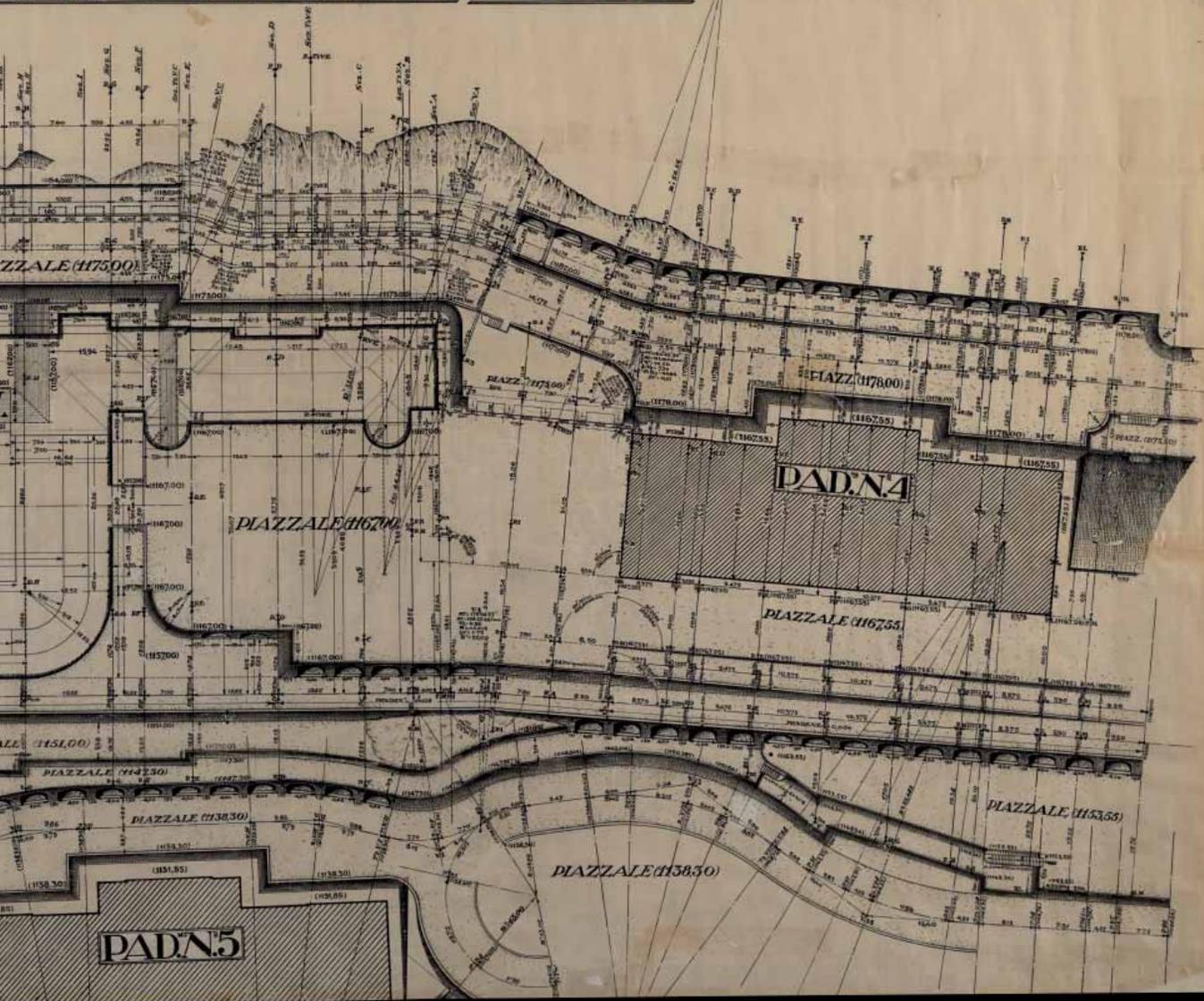
J



7

DE SERVIZI.

PLANIMETRIA 1:200.



nelle pagine precedenti

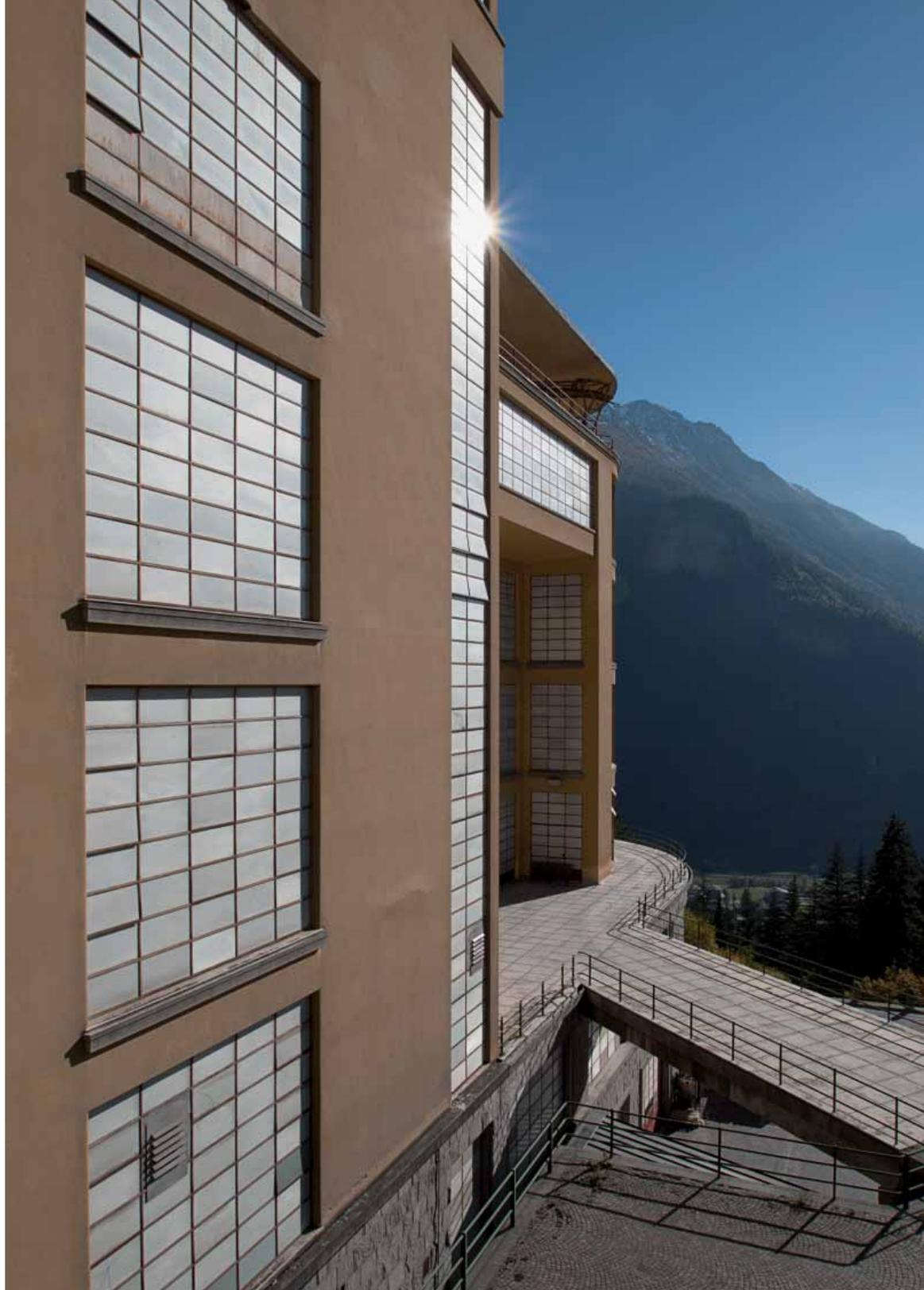
Padiglione dei servizi generali

Planimetria generale

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo
china su lucido, dim. 190 x 90 cm

Padiglione dei servizi generali

fotografia di Giacomo Menini



Primo viadotto

tra le quote di progetto 745,54 e 787,43 m

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

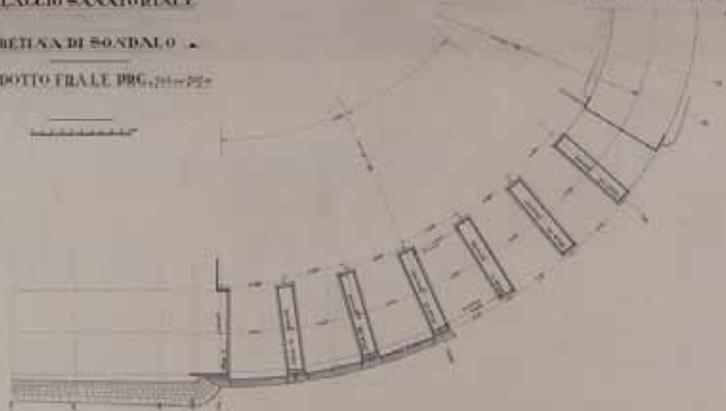
china su lucido, dim. 95 x 140 cm

INFES
VILLAGGIO SANATORIALE

ARETTA DI SONDALO

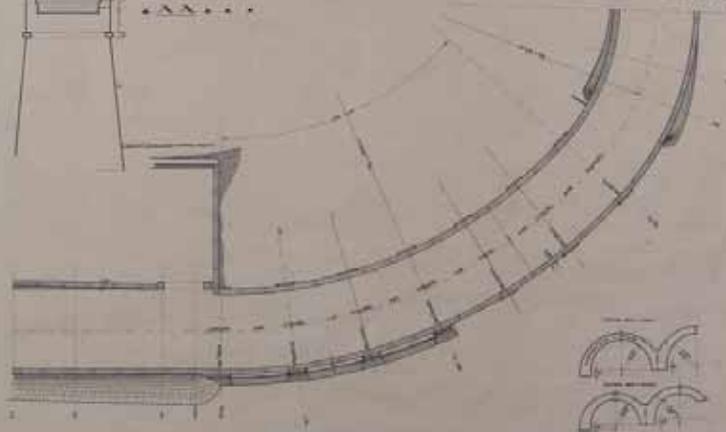
VIADOTTO FRALE PBC. 1911-1912

PIANTA ALL'ALTEZZA DELL'IMPOSTA

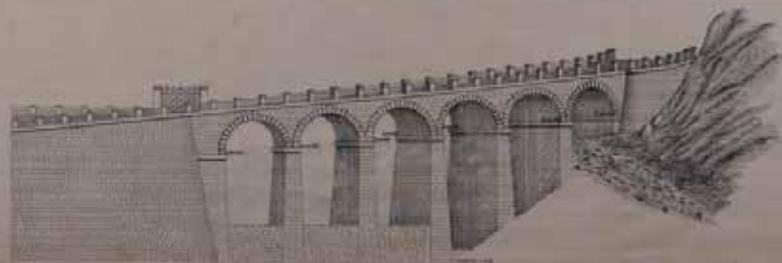


SEZIONE
TRANSVERSALI
A A A A

PIANTA ALL'ALTEZZA DELLA STRADA



PROIEZIONE ORTOGONALE



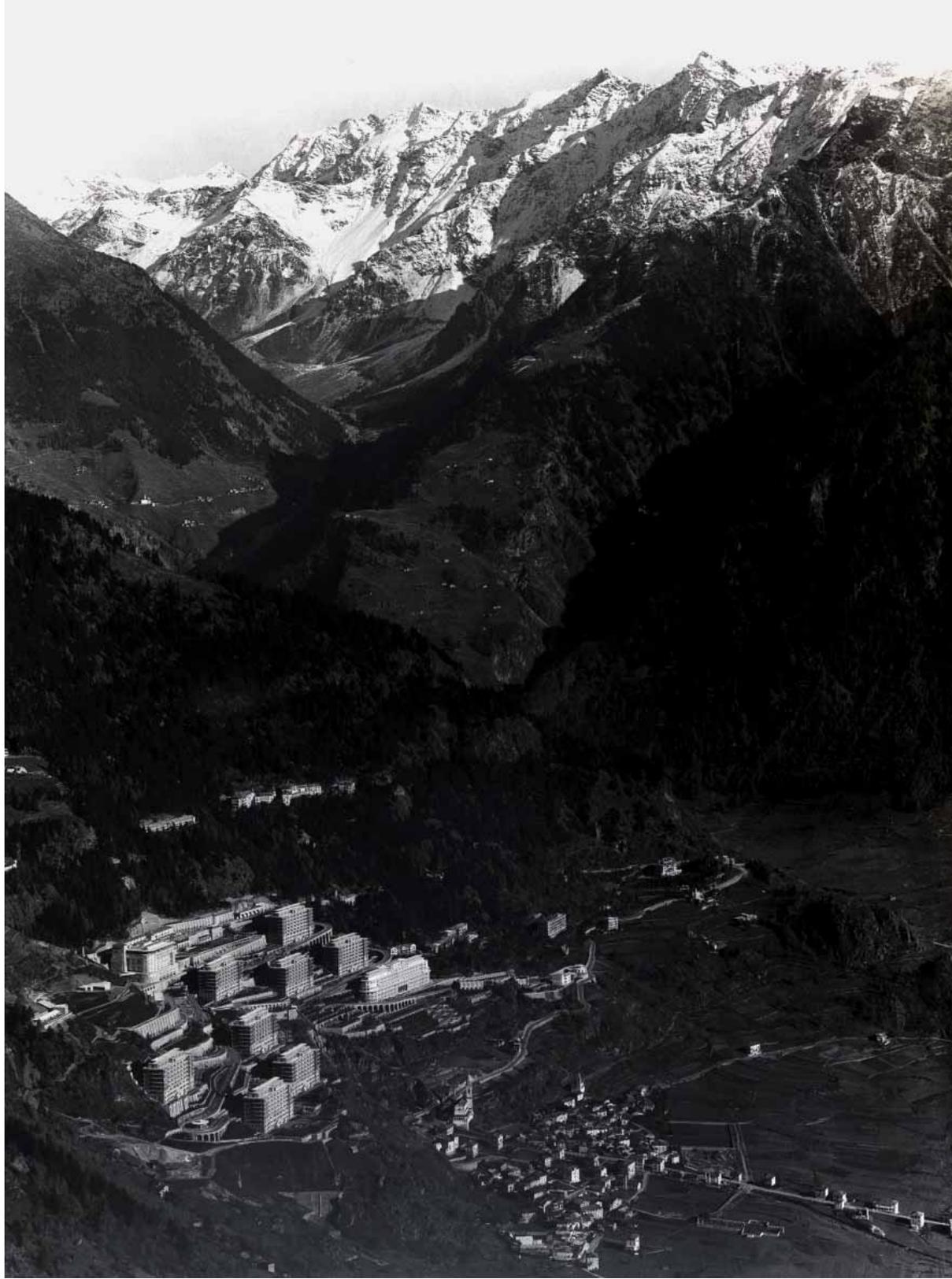
Il Villaggio Morelli dal Monte Storile

primavera 1940

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

stampa fotografica su supporto ligneo

dim. 130 x 180 cm



«Disinfettato col fumo, questa sì che è buona» disse loquace e in tono un po' distratto, lavandosi e asciugandosi le mani. «Già, aldeide formica, non c'è batterio che le resista, neanche il più robusto - H_2CO , però pizzica nel naso, non è vero? Evidentemente l'igiene più scrupolosa è un requisito fondamentale...»

Nota. La formalina è formaldeide (CH_2O) in soluzione idrica. Carl Giehlow ricorda (*Dürers Stich «Melencolia I» und der maximilianische Humanistenkreis [L'incisione di Dürer Melancolia I e il circolo umanistico massimiliano]*, in «Mitteilungen der Gesellschaft», 1903- 1904, II, p. 16) che tra i rimedi alla melanconia Agrippa von Nettesheim consigliava anche il ricorso ai fumenti. L'osservazione risulta naturalmente importante per il significato che il fumo ha, in generale, nel romanzo.

da THOMAS MANN, *La montagna magica*, traduzione italiana di Renata Coloni, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2010, Capitolo Primo, Numero 34, p. 17, nota 4, p. 1107 (THOMAS MANN, *Der Zauberberg*, Fischer Verlag, Berlin, 1924)

Lampada di Esculapio

utilizzata per la disinfezione gassosa con aldeide formica di ambienti confinati, composta di piatto, fornello per formaldeide, cono, filtro a cartuccia superiore
altezza 50 cm



Nei padiglioni di degenza era presente un tabellone con l'indicazione planimetrica dei posti letto a ogni piano. In questo modo il personale poteva localizzare facilmente il singolo ricoverato, gestire le comunicazioni mediche e la posta, il cambio della biancheria, le dimissioni e i nuovi ricoveri. Due fettucce di nylon permettevano di collocare un cartoncino con il nome del paziente in corrispondenza di ciascun posto letto.

Tabellone segnaposti

con indicazione dei letti per ogni piano di un padiglione tipo
dim. 120 x 115 cm

Nelle pagine seguenti

Regolamento per i ricoverati

dim. 48x28 cm

Orario e regolamento interno di un padiglione

dim. 53 x 28 cm

VILLAGGIO SANATORIALE - SONDALO -

4° Piano



3° Piano



2° Piano



1° Piano



P. Terra



P. Centr.



9° PADIGLIONE

REGOLAMENTO PER I RICOVERATI

ART. 1. — L'ammissione al Villaggio Sanatoriale importa l'obbligo di sottomettersi incondizionatamente alle prescrizioni mediche e di osservare rigorosamente le norme disciplinari dell'Istituto.

Si espongono ad essere anche immediatamente rinviiati dal Villaggio gli ammalati che non si adattassero alle seguenti norme regolamentari o altrimenti si comportassero sconvenientemente.

ART. 2. — Gli orari del Villaggio devono essere con precisione osservati.

Le modificazioni generali od individuali durevoli o temporanee degli orari sono di spettanza del solo Medico Direttore.

ART. 3. — Gli ammalati non devono mai entrare nell'Interno dei Padiglioni senza essersi prima ben pulite le scarpe per non portare fango o terra per le scale, nei corridoi o negli altri locali.

ART. 4. — Per prevenire ogni pericolo di contagio a mezzo degli spiti, i ricoverati, in qualunque luogo si trovino, dovranno spuntare nella spatacchiera da tassa a loro consegnata, e, se a letto, nella spatacchiera da tavolo. In ogni caso è severamente vietato spolare a terra o nel fazzoletto se ciò sia nel Villaggio che fuori di esso. Il malato deve inoltre scrivere di ingiungere il cartaro per i periodi a cui può esporre la deglutizione delle stoffe.

Per la stessa ragione, poiché nel parlare ad alta voce e soprattutto nel tossire vengono proiettata nell'aria numerose particelle di spito, l'ammalato deve sempre, ovunque si trovi, in tali circostanze, coprirsi bene la bocca con una mano o con un fazzoletto.

La visitazione e la disinfezione delle spatacchiere sarà regolata da ordinanza del Medico Direttore.

ART. 5. — Il riposo all'aperto sulla sedia o sul letto deve essere rigorosamente osservato.

I malati non possono lasciare la loro sedia o parlar forte. Sono solo ammesse la lettura e la conversazione sottovoce col vicini.

ART. 6. — Nelle passeggiate gli ammalati devono attenersi alle prescrizioni mediche sia per la durata della passeggiata

stessa, sia per ciò che concerna le strade da percorrere, la loro pendenza, ecc. La stessa prescrizione vale per i giuochi.

ART. 7. — È vietato uscire dal Villaggio senza permesso della Direzione Medica.

Sarà considerata quale grave infrazione disciplinare l'uscita da passaggi della rete metallica od il saltare dai sarcofili.

ART. 8. — È proibita cantare, gridare o fare forti rumori e fischiare dentro e fuori dei Padiglioni, ma specialmente nei corridoi e camere da letto.

Nelle ore di riposo è vietato tutto quanto possa disturbare il riposo od il sonno.

Dopo il silenzio, nella camera da letto non si deve parlare e non possono essere accesi i lumi.

ART. 9. — Discussioni appassionanti politiche e religiose e manifestazioni tali da recare offesa alla libertà di pensiero e di coscienza sono assolutamente vietate. *Al buon senso andrebbe se necessaria la severità e la calma dello spirito, ed al buon andamento dell'Istituto il rispetto reciproco fra i ricoverati e verso i Societari ed il personale di assistenza.*

ART. 10. — L'ammalato deve notificare al Medico ogni disturbo del suo stato di salute considerando il grave danno che gli può venire dal tacere o dal seguire consigli di profani.

ART. 11. — È severamente proibito ai malati il fumare, il fumare od il masticare tabacco.

ART. 12. — È proibito l'uso di bevande alcoliche che non siano nel dietetico o di prescrizione medica. L'ammalato quindi non può ricevere né introdurre dal di fuori bevande fermentate, come non può ricevere né introdurre alimenti o medicinali.

ART. 13. — È vietato ogni giuoco a danaro.

ART. 14. — È severamente proibito ai ricoverati di entrare nei locali dei servizi generali e delle macchine, nelle abitazioni del Medico Direttore, in quella dei Medici e Impiegati, negli alloggi forestieri, nell'obitorio.

ART. 15. — Gli ammalati dovranno avere la massima cura di non danneggiare la proprietà del Villaggio; la biancheria, il mobilio e qualunque altro oggetto messo a loro disposizione,

i locali, le piante, i fiori, i prodotti dell'orto, i tappeti erbosi ecc.

I guasti apportati saranno messi a carico dei danneggiatori. Nel caso non fosse possibile scoprire l'autore del danno, la somma del danno stesso verrà ripartita fra i malati della camera, del piano o della sezione dove il danno venne riscontrato.

ART. 16. — La linea generale l'ammalato deve informarla la propria condotta in Villaggio alla massima educazione, al rispetto scrupoloso delle norme igieniche ed a quanto altro è necessario per una tranquilla convivenza con gli altri.

ART. 17. — La mancanza di rispetto ai Medici, il contegno sconveniente verso il personale di sorveglianza o di servizio, la indisciplinatezza abituale, il turpiloquio, le offese alla morale, qualunque atto che, a giudizio della Direzione Medica, lesa la dignità ed il buon nome dell'Istituto o dei componenti la collettività, possono determinare l'allontanamento immediato dell'ammalato dal Villaggio.

ART. 18. — Poiché le assenze e le interruzioni della cura quando anche brevi, sono sempre dannose al decorso della cura, la Direzione non accorderà licenze che quando gravi motivi giustificano la richiesta.

ART. 19. — I reclami devono essere presentati a voce al Medico Direttore nelle ore a ciò destinate, a meno che non si tratti di provvedimenti d'urgenza. Il Medico Direttore potrà anche asserire che il reclamo sia presentato per iscritto.

ART. 20. — È vietato distribuire monete e regali al personale del Villaggio.

ART. 21. — Nel Villaggio non è consentito l'alloggio né il vitto ai parenti e visitatori, salvo nel caso di assistenza al malato in stato grave.

ART. 22. — Nel Villaggio è fatto divieto di tenere armi.

ART. 23. — Tutti gli ammalati devono avere coscienza che ogni ordinazione e misura presa dall'Istituto tende esclusivamente al loro bene e che la osservanza delle indicate norme regolamentari è richiesta nel loro interesse, perché essenziale alla riuscita della cura e necessaria per una regolare vita in comune.

IL MEDICO DIRETTORE

ORARIO

ORE 7,30 - 8. —	SVEGLIA
ORE 8. — + 8,5	COLAZIONE
ORE 9. — + 11,30	CURA SDRATIO
ORE 12,15 + 13. —	PRANZO
ORE 14. — + 16. —	DIDOIO ASSOLUTO
ORE 16. — + 17. —	MEDITAZIONE
ORE 17. — + 18,30	CURA SDRATIO
ORE 18,45 + 19,45 —	CEIA
ORE 22. —	SPEGNIMENTO DELLE LUCI E CHIUSURA DEL PADIGLIONE.

REGOLAMENTO INTERNO

Il Segreto in l'ordine, oltre l'indipendenza, si adopera al perfetto grado in modo da dare la possibilità al personale di accedere all'ordine ed alla pulizia esterne. Il Segreto sarà liberato momentaneamente il proprio letto.

Non è permesso entrare nei segretati liberti e usare alcun accessorio per lo stesso. De al Segreto è permesso del letto in modo a letto, questi servizi dovranno essere forniti da la lavanderia e non vestire con la segreta. Dopo aver usato il letto stesso, il Segreto in il lavoro di assegnazione loro.

Al fine di facilitare la pulizia in parte del personale, al fine del servizio dovrà essere fornito ogni cosa il più possibile dagli oggetti personali.

Al fine di mantenere stesso, l'ordine, ogni cosa personale dovrà la pulizia momentaneamente pulita.

Le pareti e le pianure delle zone abitative, dovranno essere pulite da padroni, lavanti e cose del genere.

A meno del loro tenore leggero e quindi facilmente deteriorabile, le lenzuola non potranno essere usate sulle pelle adatte.

Del trattamento delle malattie, non dovranno essere usate al fine di procurarsi salute, sapere e cose del genere. La stanza deve essere fatta nella quale sono i letti e con trattamenti segreti e loro.

Al momento di essere usate tutti i segreti nell'oggetto personale, dovranno dare per ordine che sono necessari a letto al quale è permesso di lasciare che il segreto, gli indumenti personali sopra la propria pelle.

Le valigie dovranno essere riposte negli appositi cassi ed al servizio lungo i corridoi.

Il trattamento l'uso del letto della sala abitativa della sala non deve essere alla stessa. Dopo l'uso, il Segreto che ha occupato il letto, deve ripartire al suo posto. Gli studenti non possono occupare i letti anche nella sala di lavoro, questo regolamento del letto di Segreto.

Il trattamento la stanza delle dimissioni loro, sarà durante la sua notte.

Il personale di Segreto di ogni parte della propria stanza, qualunque cosa e senza l'ordine che si applica ad in l'ordine.

IL DIRIGENTE

Dalle nove alle undici e trenta, dalle quattordici alle sedici e dalla diciassette alla diciotto e trenta d'ogni giorno - quindi per sei ore quotidiane - duemilaquattrocento persone, poco più poco meno, stanno immobili a riposare su altrettante sedie a sdraio volte verso il sole, duemilaquattrocento cuffie radiofoniche strette alle orecchie, duemilaquattrocento coperte distese sulle ginocchia. L'aria profumata di effluvi di pini è fina, è l'aria tonica dei millecento metri di quota; l'umidità quasi sempre scarsa, il cielo quasi sempre sereno, la brezza quasi sempre appena sensibile, il sole sempre tiepido. I duemilaquattrocento stanno lì immobili, chiusi ognuno nella propria cuffia ad ascoltare i dischi o la radio che una centrale diffonde; stanno lì ad ascoltare, o leggiucchiano o conversano tra di loro, o fanno semplicemente nulla, o pensano alle ore di "sdraia" fatte e alle ore di "sdraia" da fare, ai giorni andati ed a quelli futuri.

da EGISTO CORRADI, *2.500 in "sdraia" aspettano di tornare nel mondo*, in «Corriere della Sera», 3 gennaio 1952

Sedia a sdraio

utilizzata per la cura dello sdraio in veranda, con materassino, lenzuolo e coperta. *A lato*: tavolino portaoggetti ripiegabile in lamiera metallica laccata in bianco con cuffia stereo per l'ascolto del canale di radiodiffusione interno al Villaggio e sputacchiera.



È costituito da un'armatura metallica inox di forma tronco conica; entro l'armatura viene collocato un adatto bicchierino in carta paraffinata, impermeabile e intercambiabile; nel sostegno a cerniera, applicato all'orlo superiore, viene inserito un disco di cartone che ne forma il coperchio. Prezzo modesto, leggerezza e facilità di sterilizzazione costituiscono le doti principali di questo modello.

da GINO FABIANI, *Il problema della sputacchiera nella profilassi antitubercolare*, in (a cura di) ARTURO CAMPANI, GENNARO COSTANTINI, *La Tisiologia nella pratica medica*, Wassermann & C., Milano 1933, p. 1391

Art. 4 - Per prevenire ogni pericolo di contagio a mezzo degli sputi, i ricoverati, in qualunque luogo si trovino, dovranno sputare nella sputacchiera da tasca a loro consegnata, e, se a letto, nella sputacchiera da tavolino. In ogni caso è severamente vietato sputare a terra o nel fazzoletto e ciò sia nel Villaggio che fuori di esso. Il malato deve inoltre evitare di inghiottire il catarro per i pericoli a cui può esporre la deglutizione dello stesso.

dal Regolamento per i ricoverati

Ptialoforo o sputacchiera

in lamiera metallica con coperchio e bicchierino intercambiabile in carta paraffinata
altezza 10 cm



Cuffie stereo INPS

utilizzate durante la degenza per l'ascolto del circuito di radiodiffusione interno al Villaggio.

La stazione di radiodiffusione era collocata nella parte alta del complesso, presso il padiglione dei servizi



Strumenti per l'esame dell'espettorato e la ricerca del BK

a sinistra: boccetta di reagente Ziehl Neelsens; barattolo per la raccolta dell'espettorato; etichetta per i dati del paziente; vetrini per l'esame diretto al microscopio; scatola con 50 vetrini coprioggetto "Zeus Super" 20x20 mm

al centro: microscopio a revolver "Fratelli Koristka Milano"

a destra: vetrino da orologio per l'esame di piccole quantità di espettorato; Capsula di Petri per l'esame colturale in laboratorio; Ansa di Henle per lo strisciamento del terreno di coltura



Tavolino portastrumenti con ripiani in cristallo

sul piano, da sinistra: cestello inox porta batuffoli e garze; 3 provettoni porta siringhe in metallo; siringhe in vetro marchiate INPS capacità 100cc/20cc; contenitore inox per pinze con pinza anatomica e pinza Klemmer; cilindro graduato 50 cc; calice graduato 100 cc con provetta da laboratorio e provettone in vetro per siringhe; cilindro graduato 100 cc con densimetro; siringa in vetro INPS capacità 20cc; siringa tipo "Record" da tubercolina e siringa da tubercolina INPS



Set di siringhe

in alto, da sinistra: provettoni porta siringhe in metallo contenenti siringhe in vetro INPS da 15, 10 e 3 cc

in basso, da sinistra: siringa in vetro INPS capacità 3 cc con ago; siringa in vetro INPS capacità 4 cc con ago; siringa in vetro INPS capacità 10cc; siringa tipo "Record" da tubercolina; siringa da insulina con ago; siringa INPS da tubercolina con ago; provettone in vetro per siringhe



Strumenti e siringhe per biopsia pleurica e toracentesi

da sinistra: ago da biopsia pleurica; 2 siringhe con impugnatura; siringa pneumatica piccola; siringa pneumatica grande; schizzettone con 2 aghi ricurvi

A qualche misterioso stabilimento o laboratorio od officina segreta pensa subito chi si trova a percorrere di notte la strada Tirano-Bormio. Sulla sinistra, là dove i contrafforti montuosi formanti la valle leggermente si aprono, migliaia di lumi si accendono d'improvviso nel nero velluto delle abetine e delle pinete.

da EGISTO CORRADI, *2.500 in "sdraia" aspettano di tornare nel mondo*, in «Corriere della Sera», 3 gennaio 1952

Il Villaggio Morelli alla fine degli anni Sessanta

fotografia di Paolo Picco

elaborazione di Luca Valisi

Archivio AOVV, presidio ospedaliero E. Morelli di Sondalo

stampa fotografica su supporto plastico

dim. 40 x 30 cm



L'ospedale Morelli, ottobre 2012
fotografia di Giacomo Menini





Gli Autori

Luisa Bonesio

Professore Associato di Estetica e docente di Geofilosofia presso l'Università degli Studi di Pavia, presidente dell'Associazione Culturale Terraceleste.

Giacomo Menini

Architetto, PhD in composizione architettonica, è docente a contratto presso la Facoltà di Ingegneria dell'Università degli Studi di Bergamo e svolge attività didattica presso la Scuola di Architettura Civile del Politecnico di Milano.

Davide Del Curto

Architetto, PhD in Conservazione dei Beni Architettonici, è ricercatore universitario in Restauro e docente di Restauro Architettonico presso la Scuola di Architettura e Società del Politecnico di Milano.

Lorenza Fumagalli

Archivista e paleografa, co-fondatrice del Centro Studi Alta Valtellina, ha curato mostre e numerose pubblicazioni di carattere storico.

Stefania Di Mauro

Professore Associato in Scienze Infermieristiche, presidente del Corso di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia e del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca.

Edoardo Manzoni

Docente storia e filosofia dell'assistenza infermieristica presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca, Direttore Generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo.

Michele Augusto Riva

Docente in storia della medicina presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca è medico del lavoro presso l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza.

Saverio De Lorenzo

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio e Malattie Infettive, è direttore della Struttura Complessa di Broncopneumotisiologia II (Tisiologia) del Presidio Ospedaliero "E. Morelli" di Sondalo.

Riccardo Bertoletti

Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio, Allergologia e Immunologia Clinica, Medicina del Lavoro, Igiene e Medicina Preventiva, è responsabile medico del Presidio Ospedaliero "E. Morelli" di Sondalo e della Struttura di Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna.

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2012
presso Grafiche Rusconi di Bellano (Lecco)