

li la scoperta dell'America e l'invenzione della stampa da parte di Gutenberg hanno dato anche all'arte degli speziali.

La preparazione dello speciale divenne infatti più accurata e si avvertì contemporaneamente la necessità di fare chiarezza su una materia così importante e soprattutto di avere un codice "compilato dal collegio dei dottori dell'Arte della Medicina". Proprio da questa esigenza è nato il *Ricettario Fiorentino*, composto in lingua italiana nel 1498 dall'Arte degli Speziali di Firenze, ed il fatto stesso di risultare un'opera collegiale voluta dall'Autorità, e non soltanto il lavoro di un singolo autore, ne ha segnato l'importanza ed il suo utilizzo fino al XIX secolo.

Nella seconda parte Paola Casati Migliorini descrive i *vasa medicinalia* e le diverse tipologie - albarelli, versatoi, idrie - determinate proprio dal prodotto che in essi doveva essere conservato. Vengono ricordati i principali motivi decorativi presenti nella maiolica quattrocentesca e la loro evoluzione a partire dai motivi di influenza orientale ed ispanico-moresca. L'autrice elenca i diversi tipi decorativi suddividendoli in famiglie e riportando i luoghi dove maggiormente essi ebbero diffusione. Grazie al fantasioso itinerario che evidenzia i corredi farmaceutici più conosciuti nel periodo compreso tra la seconda metà del Quattrocento fino a tutto il Cinquecento, possiamo apprezzare, tra gli altri, gli ornati tardo-gotici, quali ad esempio *la palmetta persiana* e *l'occhio di pavone*, tipici delle fornaci di Montelupo o i decori *a foglia gotica* utilizzati soprattutto nelle botteghe di Faenza ed in quelle toscano-laziali oppure il decoro *a girali fioriti* che caratterizzò la produzione di Deruta o quello *a trofei* peculiare di Casteldurante come anche la ricca produzione di Urbino con gli *istoriati* a tutto campo o le *raffaellesche*.

Attraverso questa ampia carrellata e le precise descrizioni dei decori che hanno caratterizzato la produzione ceramica italiana del Rinascimento, la Casati Migliorini ci rappresenta l'immagine della spezieria rinascimentale italiana che attraverso il proprio fastoso corredo apotecario testimoniava la sua importanza e la necessità di impressionare la fantasia del pubblico e della clientela.

L'ultima parte, a firma Romolo Magnani, è costituita dal catalogo che comprende le schede, le descrizioni e l'iconografia di

135 vasi di utilizzo farmaceutico, la maggior parte dei quali provenienti da collezioni private. Il catalogo acquista quindi una particolare importanza proprio per il fatto che ci permette, con il suo prezioso ed accurato apparato iconografico, di conoscere ed apprezzare anche quella parte di produzione apotecaria delle fabbriche italiane che, costituendo parte del patrimonio di collezioni private, non è facilmente accessibile.

Carla Serarcangeli

DONELLI G., DI CARLO V., *I laboratori della Sanità Pubblica. L'amministrazione sanitaria italiana tra il 1887 e il 1912*. Introduzione di Giorgio Cosmacini, Ed. Laterza, Roma-Bari, 2002.

Nel gennaio del 1885 - negli stessi giorni in cui il governo varava la legge per il risanamento della città di Napoli, appena uscita da una devastante epidemia di colera - il ministro dell'Interno, Agostino Depretis, inviò agli 8258 comuni italiani un questionario che si proponeva di raccogliere una messe d'informazioni sulle condizioni igienico-sanitarie dell'Italia. Pubblicati nel 1886, i risultati dell'indagine - nonostante gli imperfetti meccanismi di rilevazione, affidata all'apparato amministrativo - fornirono un panorama sconcertante per quanto riguardava le condizioni abitative e l'alimentazione, il rifornimento idrico, la rete fognaria, l'igiene urbana e rurale. Ma un dato s'imponesse con particolare forza ai contemporanei: le principali cause di morte erano di natura infettiva, l'indicatore più evidente delle pessime condizioni igienico sanitarie in cui erano costretti a vivere ampi strati popolari. Una realtà che rimandava all'inadeguatezza del sistema sanitario italiano, a più di un ventennio dall'Unificazione.

Le fondamenta dell'edificio legislativo in materia erano state poste dalle leggi piemontesi del 30 ottobre 1847 e del 24 luglio. I due Regi Editti sopprimevano la giurisdizione delle antiche magistrature di Sanità degli Stati preunitari - che per secoli avevano avuto pieni poteri nel campo della salute pubblica e della difesa dalle epidemie. Questa delicata materia era posta ora all'ombra del Ministero dell'Interno nell'ambito del quale veniva-

no istituite strutture tecniche a carattere consultivo: i Consigli sanitari, il cui compito era quello di "vegliare sulla conservazione della sanità pubblica".

Al vertice c'era il Consiglio superiore di sanità, la cui istituzione, pur tra molti limiti, aveva segnato un importante passo avanti verso il riconoscimento del carattere tecnico della sanità, prima affidata a funzionari amministrativi. Esso era presieduto dallo stesso Ministro dell'Interno e composto da un vicepresidente di nomina regia, dall'avvocato fiscale, dall'Intendente generale e da una persona scelta tra "le persone notabili per capacità" della capitale, Torino; e, infine, da "tre professori dell'arte salutare", uno dei quali doveva essere un chimico. I Consigli provinciali di sanità erano composti dall'Intendente generale, da un vicepresidente nominato dal ministro dell'Interno, dall'avvocato fiscale provinciale e da un medico, un chirurgo e uno speciale.

Il decreto introduceva la funzione ispettiva "sull'esercizio della medicina, della chirurgia, della flebotomia, dell'ostetricia e delle professioni tutte aventi tratto colle scienze medico-chimiche". Su queste veniva disposto un severo controllo attraverso l'esame di titoli e diplomi attestanti la facoltà di esercitare "l'arte della cura".

Ai sindaci era affidato il compito di rapportarsi ai Consigli sanitari provinciali per quanto riguardava tutte le questioni attinenti la salute delle comunità, informando, da una parte, della presenza di epidemie, epizoozie e di "altri mali insoliti straordinari". Dall'altra, eseguendo con sollecitudine tutte le disposizioni date, in casi di emergenza epidemica, dai Consigli provinciali di sanità.

Quest'ordinamento era stato esteso - con pochissime variazioni - alla Lombardia e, quindi, alle altre province annesse con legge n. 3793, 20 nov. 1859, nell'ultimo giorno dei poteri straordinari conferiti dal Parlamento al governo per la guerra all'Austria.

L'Art.1 ribadiva che "la tutela della Sanità pubblica" era affidata al ministro dell'Interno e, sotto la sua dipendenza - secondo la linea gerarchica governativa - ai governatori, agli intendenti (più tardi ai prefetti) e ai sindaci, assistiti ad ogni livello - centrale, provinciale, circondariale - da corpi consultivi, cioè i

Consigli sanitari, di cui erano i presidenti. Ciò che determinava, naturalmente, una netta posizione di preminenza rispetto alla componente medica, uno dei limiti su cui si appuntavano le critiche dei contemporanei che denunciavano il ruolo subalterno dei consigli rispetto all'esecutivo.

Era stato quest'assetto ad essere trasferito integralmente nell'allegato che riguardava la sanità, l'All. C, uno dei sei che costituivano la legge comunale e provinciale del 20 marzo 1865. La legge sulla salute pubblica attribuiva ai comuni l'onere del servizio sanitario per i poveri attraverso i medici condotti e il mantenimento degli esposti, mentre ricadeva sulle province quello dei mentecatti poveri. Si trattava di un primo passo verso l'assunzione da parte dello Stato dei compiti di tutela della salute dei cittadini. Il successivo passo era stato quello dell'affermarsi, almeno sulla carta, del principio della priorità della prevenzione sulla cura introdotto nel regolamento esecutivo del 1874 che, al Titolo III, si riferiva espressamente alla "tutela preventiva della sanità pubblica, ossia della pubblica igiene": non si trattava più solo di correre ai ripari, attivando le procedure d'urgenza, in caso di eventi epidemici.

Alle amministrazioni locali incombeva ora la responsabilità di operare concretamente per prevenire le malattie, attraverso un controllo capillare teso ad evitare i danni alla salute che potevano venire dalla vendita di cibi adulterati o guasti come carni imputridite, cereali alterati; e, ancora, da case insalubri, sovraffollate e prive di latrine, dalla contaminazione delle acque, dai rifiuti che ingombravano strade e piazze. Sui sindaci - massima autorità sanitaria locale - pesava la responsabilità di varare i regolamenti di igiene e l'obbligo di compilare - a cadenza trimestrale - una statistica sanitaria che desse conto delle alterazioni della morbilità e della mortalità. Nel concreto però - per un complesso non omogeneo di fattori, tra cui la dispersione della materia sanitaria tra molte e incerte competenze amministrative - i risultati si erano fatti attendere sul piano del progresso delle condizioni igienico-sanitarie, come dimostravano i tassi di mortalità per malattie infettive e la vulnerabilità dei centri urbani di fronte alle devastanti incursioni del colera. Nella seconda metà degli anni Settanta l'esigenza di una riforma sanita-

ria appariva improcrastinabile, anche per la pressione esercitata da un gruppo agguerrito di medici- igienisti, alcuni dei quali impegnati nella politica attiva e capostipiti della moderna medicina sociale (si possono fare i nomi, tra gli altri, di Agostino Bertani e Giovanni Lanza). Cominciava allora a prendere corpo un'idea di sanità che poneva capo al filone igienista, in un momento di transizione – per quanto riguardava la natura dei contagi e dell'infezione – ad una teoria scientifica unitaria legata allo sviluppo della microbiologia e all'affermarsi di nuove nozioni etiopatogenetiche; e mentre cambiava la percezione degli eventi epidemici, non più considerati come flagelli eliminabili solo col controllo sociale, ma in una nuova visione dei rischi sanitari.

Dopo un decennio di discussioni e di progetti di riforma naufragati si giunse infine alla legge "Tutela dell'igiene e della sanità pubblica" (22 dicembre 1888, n. 5849), conosciuta anche come "Legge Crispi", dal nome dell'allora presidente del Consiglio Francesco Crispi, la cui scomparsa dalla scena politica, all'indomani della sfortunata impresa africana, contribuirà a far fallire alcuni degli aspetti più innovativi introdotti dalla legge. Sul nuovo "codice sanitario" - opportunamente inserito nel contesto politico e culturale in cui maturò - esiste una vasta letteratura. La legge istituiva gli Uffici d'igiene, creava nuove figure di funzionari sanitari, tra cui quella dei medici provinciali che avevano competenze e poteri ben maggiori di quelli prima attribuiti ai Consigli sanitari provinciali che prima affiancavano il prefetto.

Essi dovevano mantenersi in costante contatto con gli ufficiali sanitari dei Comuni per tutto ciò che riguardava la sanità pubblica e le condizioni igieniche dei centri, in particolare in tre settori: stato delle acque potabili, cimiteri, situazione dei suoli e dell'abitato. Erano tenuti, inoltre, ad informare il prefetto di qualunque fatto riguardante la salute pubblica; a proporre i provvedimenti d'urgenza reclamati dalla pubblica incolumità; a redigere una relazione annuale sulla situazione della provincia. Da parte loro, gli ufficiali sanitari - medici, cioè, con specializzazione in igiene - esercitavano importanti funzioni nel processo di risanamento e di prevenzione delle malattie. A loro - e nei centri più piccoli ai medici condotti - erano, infatti, attribuiti diversi compiti cruciali: assistere il sindaco nelle sue funzioni di

tutela dell'igiene e della salute pubblica; notificare la presenza di malattie contagiose (vaiolo, peste, colera, scarlattina, sifilide, febbre gialla, rabbia, carbonchio, ecc.); disporre misure di isolamento e di disinfezione; compilare statistiche sanitarie. Il motore "tecnico" della riforma era rappresentato da una serie di organi e funzioni che presero corpo con una serie di decreti alla vigilia e all'indomani della "legge Crispi": con il R.D. 3 luglio 1887, n.4707 fu istituita la Direzione generale di Sanità, posta sotto la direzione dell'igienista Luigi Pagliani, grande ispiratore della riforma crispina; seguirono quindi la creazione della Scuola di perfezionamento dell'igiene pubblica e quella dei Laboratori di indagini tecniche e sanitarie "destinati a perfezionare nello studio dell'igiene pubblica medici, ingegneri, veterinari e farmacisti". Proprio la contrastata vicenda della Scuola e l'attività dei Laboratori sono al centro di questo lavoro di Donelli e Di Carlo che ne ricostruiscono la storia fino al 1912, dall'"interno" - per così dire - sulla base di una ricca documentazione d'archivio tra cui spiccano, tra l'altro, le relazioni di Pagliani sull'attività dei Laboratori e su quella di ricerca nella fase di avvio dell'attività; nonché i resoconti delle sedute del Consiglio Superiore di Sanità. Interessanti, tra le altre, le informazioni sui campi su cui si concentrò il lavoro di ispezione e di indagine. Nel 1891, ad esempio, su un totale di 119 esami chimici, 60 riguardarono le acque potabili e il resto alimenti adulterati, farmaci e altri prodotti, oggetto di indagini giudiziarie. L'impegno sull'analisi chimica delle acque era giustificato dalle richieste dei comuni, occupati in quegli anni a migliorare i loro impianti di approvvigionamento idrico. Per fare in modo che i campioni giungessero in condizioni ottimali, la Direzione Generale di Sanità aveva fornito ai prefetti minute istruzioni sulle modalità di raccolta delle acque, sulle figure professionali che dovevano effettuarla, sul tipo di recipienti che dovevano contenerle. Sempre per quell'anno, l'elenco delle pubblicazioni sulla "Rivista d'Igiene e Sanità Pubblica" dava conto di un ampio ventaglio di studi di tipo micrografico e batteriologico dovuti ad un gruppo di assistenti nei Laboratori della sanità pubblica come Achille Sclavo, Alfonso di Vestea, Bartolomeo Gosio, ecc. Al lavoro di ispezione e di indagine in diversi campi, a supporto del servizio igienico del

Paese, faceva riscontro quello svolto nella Scuola d'Igiene, teso alla formazione di medici, veterinari, farmacisti, ingegneri sanitari, istruiti a condurre indagini fisiche, chimiche, microscopiche, batteriologiche. Ma sulla Scuola di perfezionamento di igiene pubblica, pensata da Luigi Pagliani per preparare gli ufficiari sanitari - che in un semestre acquisivano un titolo di studio, - avevano cominciato subito ad appuntarsi gli attacchi di un'agguerrita schiera di igienisti del mondo accademico di cui Angelo Celli era il più rappresentativo esponente. Essi non accettavano che la formazione fosse stata sottratta all'Università e posta sotto l'egida della Direzione generale della Sanità pubblica e, quindi, del Ministero dell'Interno e ponevano in discussione il ruolo stesso assegnato a questi tecnici. Ruolo che nelle intenzioni degli "igienisti integrali" non doveva limitarsi ad indagare e prevenire le malattie endemiche, ma spingersi fino a guidare il risanamento dello spazio urbano e rurale; formando, in altre parole, un tecnico "capace di addentrarsi nei campi che sono propri dell'ingegneria" - criticava Celli - che osservava come "solo in Italia e in nessun altro sito l'insegnamento (fosse) stato confuso con l'amministrazione". Le inerzie, le resistenze, i contrasti che da subito si erano opposti alla realizzazione del disegno rigenerazionista di Luigi Pagliani ebbero modo di manifestarsi appieno dopo la caduta di Francesco Crispi, all'indomani della disfatta di Adua. In quello stesso anno, 1896, la Direzione generale della Sanità fu soppressa. Al suo posto fu creata una "divisione" alle dipendenze della direzione generale dell'amministrazione civile del Ministero dell'Interno. A presiederla fu chiamato dapprima l'igienista Vincenzo De Glaxa e, dopo soli otto mesi, Rocco Santoliquido, che istituì il ruolo di ispettore generale della Sanità, riuscendo, quindi - dopo un efficace e tempestivo intervento a circoscrivere un focolaio di peste a Napoli, nel 1901- a far ripristinare la Direzione generale della Sanità pubblica che diresse fino al 1912. Ma, intanto, la Scuola di perfezionamento di igiene pubblica era stata, nei fatti, soppressa e il servizio vaccinogeno era passato in mano ai privati, seppure sotto il controllo degli uffici pubblici, tutt'altro che rigido. Per quanto riguarda i Laboratori, avrebbero assunto un assetto definitivo nel 1901. Nel breve volgere di poco più di un decennio fu quindi

completamente disarticolato il progetto di Luigi Pagliani e prese corpo un nuovo indirizzo di politica sanitaria, tornata sotto l'egida della politica. Del resto, era troppo forte la preoccupazione che l'eccessiva autonomia tecnica dell'amministrazione sanitaria toccasse categorie e interessi che appartenevano ad altri ambiti (basti pensare alla difesa del suolo e degli abitati, alle emanazioni delle industrie insalubri, ecc.), perché caduto Crispi, i nuovi governi non passassero subito all'attacco dell'organizzazione sanitaria, mentre in Parlamento, in occasione della discussione sul bilancio del ministero dell'Interno, tra la fine del 1898 e l'inizio del 1899, si sviluppò un dibattito dai toni assai aspri che fa emergere la totale inconciliabilità delle posizioni in campo. Gli echi delle dispute politiche si avvertono però solo in parte nel libro di Donelli e Di Carlo che dà invece utilmente conto, pubblicando ampi stralci, delle opinioni di membri del Consiglio superiore di sanità, tecnici e igienisti coinvolti a vario titolo nella Sanità di quel periodo e di cui in *Appendice* si ritrovano le schede biografiche. Nonostante le tormentate vicende della struttura della sanità pubblica, l'attività della Direzione generale e dei Laboratori - ben documentata in questo lavoro - non conobbe soste in vari campi: malattie infettive, vaccini, acqua potabile, divulgazione, statistica, predisposizione di grandi inchieste come quella del 1899 sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni e, nel 1903, sull'acqua potabile.

Eugenia Tognotti