

Articoli/Articles

L'AMMINISTRAZIONE SANITARIA IN ITALIA
E LA MALARIA

MARIAPINA DI SIMONE
Archivio Centrale dello Stato, Roma, I

SUMMARY

THE SANITARY ADMINISTRATION IN ITALY AND MALARIA

The basis for an adequate management of the public health in Italy were layed only from 1888. The article presents the situation of the sanitary organization between XIX and XX centuries; the origin and the evolution of specific laws concerning malaria. Some aspects of the fight against malaria performed by the Public administration are here described, on the basis of the sources in the Archivio centrale dello Stato; the first antimalaria campaigns; some important occasions of check, planned by the Italian Ministry of Internal Affairs to value the practical opportunity of specific choises.

La categoria *malaria* costituisce nell'archivio della Direzione generale della Sanità (Ministero dell'Interno) una serie a sé che interessa interamente un numero veramente cospicuo di fascicoli. La serie, ben conservata, copre senza gravi lacune il periodo che va dall'ultimo decennio del 1800 agli anni Trenta, comprendendo una documentazione di grandissimo spessore qualitativo.

Dovendo necessariamente fare una cernita, ho scelto alcuni temi che si possono considerare basilari e che trovano nell'archivio un forte sostegno documentario. Quindi tratteggerò per brevi cenni e limitatamente ai primi anni del 1900: i. l'evoluzione della legislazione sanitaria e di quella speciale antimalarica; ii. alcuni aspetti dell'organizzazione della lotta che la Direzione generale della Sanità intentò contro la malattia; iii. alcune im-

Key words: Public health - Malaria - Archivio Centrale dello Stato.

portanti occasioni di verifica create sempre dalla stessa direzione; iv. infine alcune notizie sulla documentazione dell'Istituto Superiore di Sanità, recentemente versata all'Archivio Centrale. Per ulteriori e più esaurienti informazioni rimando invece al lavoro - presentazione e inventario delle carte della Direzione generale della Sanità e dell'Istituto superiore - realizzato per il *Repertorio delle fonti* (M. Piccialuti, in questo fascicolo).

La legislazione

Venendo alla legislazione, occorre partire dalla situazione appena di poco precedente alle leggi specifiche sulla malaria per spiegare come, a fine secolo, l'Italia non disponesse di una legge organica sulla sanità e soprattutto di una vera e propria amministrazione sanitaria. Secondo il codice del 1865¹ la materia sanitaria rientrava tra le competenze del Ministero dell'Interno (in particolare della Direzione generale dell'amministrazione civile) e, alla periferia, dei prefetti e dei sindaci.

Il servizio sanitario, alla stregua degli altri servizi del Ministero, aveva un carattere essenzialmente amministrativo che non prevedeva ruoli di tecnici sanitari. I medici condotti dipendevano dai Comuni e, slegati dagli organi centrali dello Stato, erano completamente assorbiti nella cura degli indigenti. Questo ritardo della pubblica amministrazione meraviglia soprattutto se confrontato con i progressi che nello stesso periodo scienziati anche italiani stavano realizzando nella determinazione dell'eziologia di molte malattie, malaria compresa.

Verso la fine del secolo i risultati delle inchieste parlamentari² impressionarono le coscienze sulle pessime condizioni di vita della popolazione e di questo quadro i dati forniti nel 1887 dalla prima statistica sulle cause della mortalità disegnarono i contorni più netti.

L'epidemia malarica incideva quasi più di ogni altra causa sulla morbilità e sulla mortalità³ specie infantile; e si proponeva, oltre che come problema medico, come fattore scatenante di questioni sociali, economiche e demografiche. Con costanza secolare le epidemie avevano modificato la struttura economica delle regioni e condizionato gli spostamenti delle popolazioni. La malaria imperversava su tutto il territorio nazionale com-

portando un tributo altissimo di sangue e denaro; ma soprattutto colpiva il Mezzogiorno e la classe dei contadini⁴.

Personalità politiche, come Giustino Fortunato o Saverio Nititi, arrivarono ad additare la malaria come il principale fattore di depressione di tutta la vita economico-sociale del Mezzogiorno d'Italia. La sensibilità di questi uomini politici, insieme alla forte motivazione ideale del nutrito gruppo di medici presenti in Parlamento, fu determinante per portare finalmente a conclusione la discussione della prima legge italiana per la tutela della salute e dell'igiene pubblica, presentata da Crispi, elaborata da Luigi Pagliani.

Meriti fondamentali della legge del 1888⁵ furono aver stabilito il principio dello Stato *tutore della salute pubblica*; aver portato alla conoscenza di tutti che le scienze nuove come l'igiene e la batteriologia potevano portare risultati pratici di immenso valore nella gestione della salute pubblica, anzi potevano rivoluzionarla completamente; quindi, come ha osservato Giorgio Cosmacini l'aver creato *gli strumenti necessari per una gestione tecnicamente corretta della sanità*⁶. Nel giro di pochi mesi tra il 1887 e il 1888 - mentre era in discussione e si avviava verso l'approvazione la legge sulla sanità - Crispi istituì, sempre all'interno del Ministero dell'Interno, la Direzione di Sanità pubblica e chiamò lo stesso Pagliani a dirigerla. Contemporaneamente deliberò la creazione di una serie di istituti e laboratori che ne assicuravano la funzionalità: un Ufficio di ingegneri sanitari incaricati di svolgere servizi ordinari di ispezione nei comuni malsani; due laboratori, uno chimico e l'altro di micrografia e batteriologia per le indagini richieste dalla Direzione; l'Istituto vaccinogeno dello Stato; una Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica, che avrebbe formato il personale tecnico della pubblica amministrazione.

La Direzione, finalmente slegata dall'Amministrazione civile, veniva dotata inoltre di una efficace organizzazione periferica con l'istituzione della figura del medico provinciale e, nei comuni e nei porti, dell'ufficiale sanitario. Questa struttura dette finalmente luogo a un flusso di informazioni che cominciò a muoversi con immediati benefici, tra il centro e le località più remote della penisola. Determinò inoltre la possibilità concreta per il governo di gestire iniziative in materia di igiene e sanità.

Va detto per inciso che la Direzione subì le vicissitudini della politica, e infatti fu soppressa con la caduta di Crispi nel 1896, per rinascere come Ispettorato, quindi come Direzione generale nel 1902, a opera di Giolitti. Ma questi fatti, pur determinando rilevanti conseguenze, non riuscirono ad azzerare quanto era stato fatto fino a quel momento.

Nel 1898 infatti l'Ispettorato poteva promuovere la sua prima inchiesta sulle condizioni igienico-sanitarie dei Comuni⁷ ritenendo che la circostanziata conoscenza delle condizioni locali sarebbe stata propedeutica a ogni successivo sviluppo della normativa sanitaria.

La normativa specifica, di carattere prettamente sanitario, relativa alla malaria, prese l'avvio con la legge del 23 dicembre 1900, n. 505⁸ sulla vendita del chinino per conto dello Stato, presentata dai deputati Leone Wollemborg, Angelo Celli, Giustino Fortunato, Leopoldo Franchetti e Francesco Guicciardini.

Il chinino era conosciuto come rimedio per le febbri malariche da almeno due secoli: l'obiettivo della legge era di mettere il farmaco a disposizione della popolazione a un prezzo accessibile e in luoghi ben distribuiti sul territorio, che vennero individuati nelle tabaccherie e altre rivendite di generi di privativa.

Lo Stato si impegnava dunque ad acquistare la materia prima, a far preparare il chinino e a diffonderlo nella forma più semplice perché, accogliendo le obiezioni che erano state con forza mosse dalla lobby dei farmacisti⁹, lasciava a questi ultimi lo smercio dei preparati più complessi. Non solo, sempre per arginare la vigorosa opposizione di quelle associazioni, si prevede che lo smercio di chinino potesse essere effettuato anche dalle rivendite di privative, ma solo nel caso in cui si trovassero a una adeguata distanza dalle farmacie. La legge comunque conservava una forte motivazione sociale laddove prescriveva che gli utili che il Ministero delle Finanze avrebbe ricavato dalla vendita del chinino non fossero incamerati dallo Stato, ma tornassero a beneficio delle popolazioni maggiormente colpite dalla malaria, disponendo che queste somme andassero a costituire un fondo destinato a sussidi per diminuire le cause della malaria.

Lo Stato inoltre garantiva sulla vendita dei sali di chinino una vigilanza amministrativa e sanitaria che si sarebbe attuata con il

coinvolgimento del Consiglio Superiore di Sanità, dei laboratori chimico e batteriologico, di medici provinciali e ufficiali sanitari, e del Corpo delle Guardie di Finanza.

La stessa legge istituì una Commissione di vigilanza sul servizio del chinino, incaricata di dare parere sui quesiti che le fossero posti dal Ministero delle Finanze e sulle erogazioni dei sussidi. La commissione si componeva di due senatori, due deputati, dal direttore generale delle privative, dal direttore generale della Sanità, da un rappresentante del Ministero dell'Agricoltura, dal direttore della Manifattura dei tabacchi di Roma. Come risulta dai verbali (conservati nell'archivio da quello della seduta inaugurale del 10 aprile 1902 a quella del 10 giugno 1916) Angelo Celli vi lavorò attivamente fino al 1914, anno della sua morte.

Altra fondamentale legge fu quella del 2 novembre 1901, n. 460, che dettava le disposizioni per diminuire le cause della malaria (non più che a un contenimento si poteva pensare in quel momento, anche se della malaria si conoscevano le cause e i meccanismi di trasmissione), seguita subito dal regolamento del 1902. La legge d'iniziativa di alcuni deputati, tra i quali ancora Celli e Giustino Fortunato, aveva un carattere *eminente educativo* - spiegò Celli nella relazione -, cioè si prefiggeva lo scopo di rendere più efficace la legge sul chinino e di stabilire strumenti atti a contenere la malaria, senza esercitare una forte coercizione.

La prima disposizione impegnava i medici provinciali a censire e delimitare le zone malariche, all'interno delle quali si sarebbe potuto dar corso alle altre disposizioni. Con il secondo articolo si sanciva il principio dell'obbligatorietà della cura dei malarici e quindi che la malaria fosse da considerarsi una malattia sociale¹⁰. Si riconobbe che l'onere della cura e dell'assistenza dei malati non poteva ricadere sui lavoratori costretti a prestare la loro opera in zone infette, ma spettava ai Comuni e alle congregazioni di carità, che a loro volta si sarebbero rivalsi ogni anno sui proprietari delle terre, in proporzione all'estensione dei loro possedimenti. Lo stesso valeva anche per gli operai impiegati nelle bonifiche, nella costruzione delle ferrovie e delle strade. Per loro avrebbero pagato il chinino gli appaltatori dei lavori. La legge introduceva con cautela il riconoscimento di una valenza sociale dell'infortunio sul lavoro, anche per i contadini, ma solo nel caso di *morte per perti-*

ciosa, e solo quando si potesse accertare la mancata somministrazione del chinino. L'articolo 4 prescriveva che tutte le amministrazioni statali si preoccupassero di difendere dagli insetti le abitazioni dei loro impiegati, come già stavano facendo le Società ferroviarie nelle stazioni e nei caselli, e come avrebbero fatto il Ministero delle Finanze per le abitazioni e i ricoveri delle guardie doganali e degli operai delle saline. Si evitò di indicarne l'obbligatorietà per tutti i proprietari di terre e appaltatori di lavori, preferendo confidare sul fatto che i buoni risultati ottenuti dalle amministrazioni pubbliche avrebbero convinto i datori di lavoro della necessità di adeguarsi alla norma, per ragioni umanitarie e anche per l'indubbio vantaggio economico che poteva loro venire dalla salute dei dipendenti.

Nel progetto di legge che contemporaneamente era stato elaborato dal Consiglio Superiore di Sanità¹¹ richiamava la necessità del prolungamento della cura dei malarici oltre il periodo delle febbri, per evitare le recidive; ma questa proposta fu ritenuta troppo avanzata e onerosa per il momento e quindi, pur ritenendola giusta, non fu accolta dai deputati. Fu invece inserito l'emendamento proposto da Valeri appoggiato da Baccelli, presidente del Consiglio Superiore, che prescriveva di inserire nei capitolati d'appalto l'obbligo assoluto, al termine dei lavori, di porre le cave di prestito, che erano state scavate sugli argini delle strade, in condizioni di permettere il libero deflusso delle acque.

Nel regolamento si precisarono i criteri per la determinazione delle zone malariche e si cercò di ampliare il testo della legge estendendo ai famigliari dei coloni, che a qualsiasi titolo prendessero parte ai lavori dell'azienda agricola, la somministrazione gratuita del chinino. Rimasero comunque esclusi i bambini più piccoli - che non erano in condizione di concorrere al lavoro - e le famiglie degli operai.

Come osservò Baccelli durante la discussione alla Camera: *lo Stato è un ente che si muove a passo misurato e lento*; anche se i problemi furono chiari ai più, sin dall'inizio, e se altrettanto chiari apparvero i rimedi, si dovette procedere per gradi, e dilazionare negli anni e in altre disposizioni normative tutte le prescrizioni necessarie per far fronte adeguatamente e con giustizia alla malattia.

Dalla lettura degli Atti parlamentari e delle relazioni del Direttore della Sanità al ministro, o di alcuni verbali del Consiglio Superiore, emergono chiaramente i dubbi che aveva lo Stato a dar subito corso a una legge troppo impegnativa, ma anche le forti pressioni esercitate da coloro che da questa normativa vedevano compromessi i loro interessi: ancora i farmacisti ma anche, con una certa miopia, proprietari terrieri e imprenditori.

Tuttavia il processo era avviato. Nel 1903 nasceva l'Azienda del chinino di Stato, che aveva nella Farmacia militare di Torino l'officina per la produzione del medicinale.

Nel 1904 una norma generale, che imponeva ai Comuni e alle congregazioni di carità la somministrazione gratuita dei medicinali agli infermi poveri¹², ovviò in parte all'esclusione di alcune fasce di popolazione dalla somministrazione del chinino. Con altra legge del 19 maggio¹³ si ampliò la portata delle disposizioni antimalariche prescrivendo l'obbligatorietà della prevenzione; fu data inoltre facoltà ai comuni di abilitare altri medici, oltre quelli condotti, a rilasciare le prescrizioni di chinino gratuito; e si estese a altri enti pubblici e a privati la possibilità di acquistare il chinino a prezzo di favore. Con il regolamento unico del 28 febbraio 1907¹⁴ si modificò la disposizione sulla delimitazione delle zone malariche che si volle limitare, semplificando, alla constatazione di più casi di febbre malarica contratta sul luogo, prescindendo dalle condizioni di paludismo e anofelismo. Si deliberò che alla somministrazione gratuita del chinino avessero diritto tutti gli operai e coloni, anche non iscritti nell'elenco dei poveri; e che la distribuzione del farmaco dovesse essere fatta dai medici, se necessario, anche presso le abitazioni dei malati. Per ovviare poi al vero boicottaggio attuato da molte farmacie, si stabilì che l'Intendenza di Finanza, accertata un'infrazione da parte dei farmacisti, dovesse revocare la concessione e passare l'incarico dello smercio del chinino alla rivendita di private prima esclusa per la vicinanza con la farmacia.

Con l'emanazione del d.l.igt. 21 marzo 1918, n. 482 si appor-tarono altri aggiustamenti che favorirono il miglioramento dei servizi di distribuzione del chinino. Si estese il diritto ai sussidi, oltre che ai comuni, a tutti quegli enti che avessero cooperato con la Direzione generale della Sanità e anche a singoli sanitari che si fossero distinti nell'attuazione del servizio antimalarico.

La legge 22 giugno 1933, n. 831 spostò alle province le competenze prima spettanti ai comuni, come la fornitura del chinino, e rese obbligatori in ogni provincia i comitati antimalarici previsti con la circolare del 27 marzo 1929. Infine il testo unico delle leggi sanitarie del '34 e il regolamento del '35 introdussero altre innovazioni: si estese l'assistenza profilattica e curativa anche ad altre categorie di lavoratori tra cui gli impiegati che prestavano servizio nei luoghi della bonifica e alle loro famiglie; la stessa assistenza fu assicurata agli operai che risiedevano in comuni non malarici ma contraevano la malattia nei luoghi di lavoro. Non si arrivò neanche allora a considerare l'infezione malarica tra i casi di infortunio sul lavoro. Si deliberò tuttavia che, in caso di morte, l'istituto assicuratore fosse tenuto a pagare una sovvenzione ai parenti dell'operaio e, in caso di accertata omissione di cura, il datore di lavoro dovesse corrispondere un'indennità valutata in cinque annualità di salario.

Prime esperienze di campagna antimalarica e organizzazione della lotta alla malaria

Il percorso della normativa strettamente legata alla malaria si può dire si conclude con il testo unico delle leggi del '34. Prima di affrontare il tema dell'applicazione che di questa normativa fece la Direzione generale della Sanità è indispensabile fare un riferimento ai primi esperimenti che furono tentati in alcune zone d'Italia. Mentre era in discussione la prima legge sul chinino, alcuni studiosi si impegnarono in esperienze pratiche di campagne antimalariche per cercare conferme e possibilità di pratica attuazione ai loro studi teorici. Il Ministero dell'Interno, che non disponeva ancora di un progetto organico, finanziò alcuni studi che avrebbero preparato il terreno, al momento opportuno, a un'azione di più largo respiro¹⁵.

Si possono citare a questo proposito almeno tre esempi tra i più significativi. La prima esperienza documentata di trattamento sistematico fu attuata da Bartolomeo Gosio, tra il 1898 e il 1899, quando assistente del laboratorio chimico, collaborò alle ricerche del prof. Robert Koch, venuto in Italia per studiare la malaria nella maremma grossetana. L'esperienza si basava essenzialmente sull'osservazione quotidiana di un certo numero di

persone e sulla chinizzazione razionale dei malati, per tutto il tempo delle febbri e per un periodo successivo, fino all'accertamento della guarigione clinica.

Nel 1900 il prof. Battista Grassi ottenne un sussidio del Ministero dell'Interno e la collaborazione del medico provinciale Druetti per una serie di esperimenti condotti in un territorio a Sud di Battipaglia, lungo la linea ferroviaria per Reggio Calabria. Scopo dell'esperienza era soprattutto quello di provare la possibilità di preservare l'uomo dalla malaria, sottraendolo alla puntura degli insetti che ne sono il veicolo, mediante l'applicazione di reticelle metalliche a tutte le aperture comunicanti con l'esterno delle abitazioni e con la dotazione di speciali coperture alle persone che, per esigenze di servizio, avessero dovuto lasciare le case così protette nelle ore serali.

In Sardegna, sempre nel 1900, il prof. Claudio Fermi compì studi per il Ministero dell'Interno all'Asinara. La sua esperienza puntava sulla protezione dei locali, ma soprattutto su interventi di piccola bonifica, quali la petrolizzazione delle acque, il periodico svuotamento di tutti i contenitori di acque, dai pozzi fino ai mastelli della biancheria; la distruzione delle zanzare aeree con miscuglio di polvere di piretro, crisantemo, valeriana.

L'isola dell'Asinara costituì il primo esempio di paese liberato dalla malaria mediante la distruzione delle zanzare, ma fu anche esemplificativo della enorme difficoltà che questo lavoro comportava. Apparve altrettanto chiaro che quei criteri rigorosi e quella vigilanza erano inattuabili in luoghi che non avessero le caratteristiche che rendevano quasi unica la situazione dell'isola: la scarsità d'acqua, l'assenza di fiumi, la facilità con la quale si potevano costringere i suoi abitanti all'esperimento.

Con l'emanazione delle due prime leggi del 1900 e del 1901 prese l'avvio - da parte della Direzione generale della Sanità - l'organizzazione della vera e propria lotta antimalarica, che si giovò anche dei risultati raccolti dai primi esperimenti descritti.

Prima ancora che i medici provinciali terminassero il lavoro di delimitazione delle zone malariche, le amministrazioni interessate cominciarono ad attuare le norme antimalariche partendo dalle zone di malaria più grave: le ferrovie realizzarono la

protezione delle stazioni e dei caselli; i comuni cominciarono la distribuzione del chinino di Stato. Via via che terminavano la prima definizione delle zone malariche, i medici provinciali trasferirono alla Direzione le relazioni e le carte topografiche che descrivevano minuziosamente il territorio di loro competenza¹⁶. Quindi con più applicazione, a partire dal 1904, vigilarono che nei luoghi definiti malarici fossero applicate tutte le disposizioni volute dalle leggi e ne informavano con relazioni annuali la Direzione.

Dall'insieme di tutti i rapporti che per varie ragioni i sanitari e le prefetture inviavano al Ministero dell'Interno si chiariscono le condizioni igienico-sanitarie del nostro paese; i risultati dei primi interventi e insieme i comportamenti degli amministratori, dei sindaci, dei proprietari, dei malati. Ma con più evidenza affiorano i gravi problemi scaturiti dal trattare con un'unica soluzione un problema tanto complesso. A proposito delle statistiche per esempio (che si basavano sull'obbligo di denuncia dei casi di malaria da parte dei medici) emerse che non tutti i malarici si presentavano al medico, perché, essendo abituati a convivere con le febbri, preferivano curarsi da sé; i medici poi vuoi per incuria, vuoi perché oberati da più incarichi oltre la condotta, si limitavano a denunciare solo i casi più gravi.

Molti proprietari, specie al Nord, si mostrarono attenti nella distribuzione del chinino, anche perché comprendevano il grave danno economico che veniva alle loro aziende dalla malattia dei dipendenti. Ma nei grandi latifondi questo problema non era avvertito con la stessa sensibilità. I proprietari, lontani dai loro possedimenti, specialmente durante la stagione estiva, ignoravano la situazione dei loro lavoratori. A questo atteggiamento di indolenza dei proprietari facevano riscontro la diffidenza ed il fatalismo dei contadini, che li portavano a usare il chinino, nel migliore dei casi, a scopo curativo, mai profilattico.

C'era poi il problema delle categorie non protette: bambini e avventizi. Gli avventizi che risiedevano d'inverno in località immuni, non sostenuti dalle prime leggi sulla malaria (che prevedevano la tutela solo per i residenti nelle località definite malariche), divenivano fatalmente malarici recidivi, anzi causavano involontariamente il riallacciarsi annuale delle epidemie. Se la

vita media dei lavoratori nelle zone di malaria era comunque più breve, la mortalità, in particolare dei bambini, era altissima. A quanto scrisse il dott. Tropeano a proposito della Basilicata, nelle località a più alta endemia malarica si contavano novanta morti su cento nati. Anche quando fu provato che l'uso del chinino riduceva sensibilmente i decessi per malaria, i dati numerici non si abbassavano nella giusta proporzione a causa dell'incidenza della mortalità infantile. Le cause erano diverse, ma essenzialmente tre: i bambini erano esclusi dalla somministrazione obbligatoria del chinino; erano le prede preferite delle zanzare; non accettavano un preparato amaro come il chinino. La Farmacia militare di Torino studiò allora, anche sulla spinta di richieste che venivano da varie parti del mondo scientifico e dell'opinione pubblica, la possibilità di trovare un rimedio che ovviasse a questo problema. Ma occorsero diversi anni di studi e polemiche per ottenere la formulazione di un tannato di chinino, confezionato in cioccolatini, che rispondesse ai criteri di efficacia terapeutica accettati dal Consiglio superiore di Sanità. Altre iniziative vennero prese nell'Italia centrale, dove si cominciò presto a costruire reparti speciali per la cura dei bambini.

Momenti di verifica

Un primo punto sull'andamento della lotta alla malaria la Direzione volle farlo nel 1906, con la nomina di una commissione di clinici, patologi, e igienisti, incaricata di verificare i risultati della prima applicazione delle norme contro la malaria¹⁷. La commissione si limitò in un primo momento all'osservazione dell'epidemiologia della malaria, quindi, come gli stessi componenti avevano richiesto, fu incaricata di seguire campagne antimalariche in diverse zone d'Italia, in piena autonomia. Lo scopo di queste esperienze era quello di valutare l'opportunità pratica di alcune applicazioni che avevano destato perplessità. Tra le questioni più significative, furono poste e sperimentate la profilassi dei sani con il chinino; l'uso del tannato di chinino nella cura dei bambini; la protezione meccanica delle abitazioni dagli insetti.

Le campagne si protrassero fino al 1911. Nel corso degli anni, ciascun commissario inviò relazioni e documentazione alla Direzione generale della Sanità; dai documenti emerge una so-

stanziale omogeneità di vedute, specialmente sulla conclusione che solo un sistema integrato di interventi poteva garantire risultati soddisfacenti. Ma il fatto che rende particolarmente interessanti questi rapporti è che ciascun esperto esprimeva personali valutazioni, dettate dalle proprie cognizioni e opinioni, e dalla realtà variegata che si trovò di fronte, trovandosi in regioni tanto diverse del paese.

Per quello che riguardava la profilassi chininica ci si interrogò sulla possibilità della cura preventiva dei sani. Praticamente in nessuna regione d'Italia si riuscì ad attuarla, perché comportava un'applicazione troppo lunga ed era condizionata a una fiducia nel farmaco e nei medici non facile da riscontrare nella popolazione. Ottimi risultati si riconobbe invece in quella che venne chiamata *bonifica umana* e cioè la cura insistente e radicale dei malarici, protratta oltre la stagione epidemica.

Errico De Renzi, che si occupò della provincia di Caserta, Badaloni, della provincia di Rovigo e Cacciapuoti, della provincia di Salerno, richiamarono l'attenzione sul fatto che l'attenuazione della malaria era dovuta specialmente ai lavori di bonifica idraulica e meglio ancora ai lavori di bonifica idraulica ed agraria. Bartolomeo Gosio - che si era occupato della Calabria e Basilicata prima di assumere l'incarico di capo del Laboratorio di batteriologia, di converso, più che sui lavori di bonifica idraulica - che aveva constatato essere spesso causa di altri danni igienici - invocò l'attenzione sulla piccola bonifica e sulla coltivazione intensiva delle terre. Come già aveva fatto Celli, denunciò la cattiva igiene alimentare, causa di una scarsissima resistenza alle malattie, le abitazioni mal riparate, le pessime condizioni di lavoro. Analizzando il programma di bonifica umana, raccontò i problemi che si incontravano nel tentativo di introdurre questa pratica tra la popolazione, scogli che si possono riassumere nell'ignoranza, nella diffidenza, nella sfiducia, nella *resistenza passiva*. Gosio pertanto indicò come obiettivo primario per la Direzione quello di una massiccia propaganda che coinvolgesse, oltre i medici, i giornali, i maestri, i sacerdoti, i carabinieri, con le parole che riassumono efficacemente quanto già si faceva nel campo dell'informazione:

Ben vengano anche le circolari, istruzioni, tutto l'infinito carteggio, i richiami, le minacce dirette a spingere i comuni a mettersi in ordine col nuovo regime ... Tutta quella somma di pratiche e di vicende frammiste a polemiche e dissidi ha finito per produrre un vivissimo provvido risveglio ... Così lo stesso dibattito sulla legge, sui suoi vizi e lacune, la pubblicità davanti agli spacci di sale e tabacchi, i consigli pratici sulle scatole di sigari, sui quaderni, cartoline illustrate e altri oggetti per opera dello Stato e di enti e comitati. Il portato primo importantissimo è stato la nascita della cognizione del diritto alla cura e la profilassi presso la classe lavoratrice¹⁸.

A questo proposito raccontò ancora di aver osservato con soddisfazione finalmente cittadini insorgere contro il Municipio che non aveva predisposto l'acquisto di sufficiente chinino.

Per quanto poi riguardava gli interventi antimalarici da privilegiare, Gosio riteneva che nelle regioni di cui si era occupato non era possibile attuare altro che una rigorosa distribuzione di chinino, perché le zanzariere non avevano senso in abitazioni che non si riusciva neanche a chiudere né si potevano utilizzare i pesci larvifagi perché il maggior numero di zanzare deponeva le uova in acquitrini piccolissimi che si prosciugavano tra una pioggia e l'altra.

Il prof. Zagari, che si era occupato della provincia di Sassari, denunciò l'incuria, l'incapacità e la povertà dei comuni.

La Direzione accolse le osservazioni della commissione e negli anni successivi esortò i medici provinciali a raddoppiare gli sforzi per controllare che i comuni usassero al meglio le possibilità offerte dalle leggi per attuare la lotta alla malaria.

Si incoraggiarono la costruzione di dispensari antimalarici, l'assunzione di personale straordinario per la somministrazione del chinino e la propaganda, l'istituzione di ambulatori antimalarici nei centri abitati e di condotte mediche straordinarie nelle campagne.

Questo ulteriore sforzo dell'amministrazione portò discreti successi che furono tuttavia presto vanificati dallo scoppio della prima guerra mondiale. Già dopo il primo anno di guerra il numero dei decessi quasi raddoppiò per salire rapidamente, di anno in anno. L'emergenza portò ancora una volta la Direzione a ripensare l'organizzazione del programma antimalarico. Si ammise di aver trascurato i controlli sugli interventi di piccola bo-

nifica, che la legge prevedeva e non si era mai smesso di raccomandare nelle circolari.

Per aver comunque la conferma scientifica del fatto che questo tipo di intervento giovasse realmente alla lotta antimalarica, venne nominata una commissione di esperti¹⁹. La commissione, presieduta da Grassi, compì una serie di studi i cui risultati furono portati a una riunione, il 2 gennaio 1919. Gli interventi suggeriti dalla commissione - che comprendevano interventi antianofelici e lavori di manutenzione dei corsi d'acqua - furono poi raccomandati dalla Direzione ai prefetti e medici provinciali. E per preparare adeguatamente il personale a questo tipo di lavori, si creò a Nettuno, alle dipendenze dei laboratori della Sanità, una Scuola pratica di malariologia, ove tennero corsi i tecnici dei laboratori.

Con il ventennio fascista anche l'organizzazione della lotta antimalarica subì una notevole trasformazione. Come abbiamo notato dalla legislazione, c'era stato uno spostamento di competenze verso la provincia, ma la novità che più incise sull'attività della Direzione fu la creazione di enti che nacquero o comunque intrapresero l'attività di assistenza sanitaria per coadiuvare e rinforzare l'organizzazione statale, ma in sostanza determinarono l'abdicazione da parte dello Stato da alcune sue funzioni. Per questi ultimi anni, la documentazione dell'Archivio della Sanità diventa molto lacunosa, forse non a caso. Perché, a parte le possibili dispersioni e il fatto che piccoli nuclei di documentazione della Direzione generale della Sanità si possono ancora trovare presso il Ministero della Sanità (e si spera di recuperarli presto), è vero tuttavia che in questa frammentazione di compiti l'Ufficio aveva finito col perdere quel controllo saldo sull'attività che si svolgeva nelle province e quel coordinamento delle attività di assistenza sanitaria gestite da altre amministrazioni (statali e non), che i direttori del periodo liberale avevano tanto faticato a conquistarsi.

La documentazione della Direzione si arresta con gli anni Trenta, ma a questo archivio si salda quello dell'Istituto superiore di Sanità, che appunto sorse nel '34, ereditando i laboratori della Sanità: micrografico batteriologico, e chimico, che funzionavano dal 1887; e quello fisico, Ufficio del radio che era sorto come ufficio per le sostanze radioattive presso il Ministero del-

l'Economia nazionale nel 1923, ed era passato nel 1925 alle dipendenze della Direzione generale della Sanità. L'Istituto assorbiva inoltre la Stazione sperimentale antimalarica fondata a Roma dalla Rockefeller Foundation. Fu proprio con un finanziamento della fondazione americana che si costruì e arredò l'attuale sede di viale Regina Elena, nella quale a partire dal 1935 cominciarono a funzionare cinque laboratori, oltre i tre citati: un laboratorio di epidemiologia e un laboratorio per gli studi della malaria. Quest'ultimo, sotto la direzione di Alberto Missiroli - che era già direttore della Stazione sperimentale della Rockefeller Foundation - continuò la lotta alla malaria, fino alla sua definitiva eradicazione con l'uso del DDT, negli anni del secondo dopoguerra. Le carte rilevanti per lo studio della malaria, tra quelle recentemente versate all'Archivio centrale dello Stato, sono state tutte inventariate per il *Repertorio delle fonti per la storia della malaria*: i fascicoli sono compresi nelle serie dei Servizi amministrativi e del personale, della Segreteria didattica e del Laboratorio di malariologia, secondo la provenienza:

Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità pubblica (1867-1934) bb. 3054:

Categoria 20183 *Malaria* bb.160 (riguardano interamente la malaria e il chinino di Stato)

Categoria 20173.C *Congressi* bb. 5

Categoria 20173.E *Società delle Nazioni* bb. 2

Categoria 20175 *Esposizioni* bb. 7

Categoria 20900.22 *Bonifica dell'Agro romano* b. 1

Categoria 21000 *Inchieste sanitarie* bb. 102

Ministero della Sanità, Istituto superiore di Sanità (1934-1960 con documenti dal 1888) bb. 1000 circa (è tuttora in corso il riordinamento):

Serie del Laboratorio di parassitologia bb. 7 (riguardano interamente la malaria)

Serie dei Servizi amministrativi e del personale bb. 5

Serie della Segreteria didattica bb. 5.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Allegato C della legge 20 marzo 1865, n. 2248 per l'unificazione amministrativa del Regno.
2. Mi riferisco soprattutto all'Inchiesta sulle condizioni sociali ed economiche della Sicilia, presieduta da Romualdo Bonfadini (1875); all'Inchiesta agraria e sulle condizioni della classe agricola in Italia, presieduta da Stefano Jacini (1877); all'Inchiesta sulle strade ferrate, presieduta da Torelli (1880); all'Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno, di Agostino Bertani (1880). Atti delle due inchieste Jacini e Bonfadini sono conservati presso l'Archivio centrale dello Stato.
3. Il dato sulla mortalità per malaria del 1887 era di 20.000 decessi, e non si può considerare come un dato assoluto perché in situazioni di concomitanza di fattori degenerativi non sempre il decesso veniva attribuito alla malaria.
4. Sull'incidenza della malaria sulle condizioni di vita nel Meridione molto è stato scritto. Citerò soltanto due importanti contributi di Paola Corti che ha con molta attenzione studiato e fondato i suoi scritti sull'Archivio della Direzione generale della Sanità: CORTI P., *Malaria e società contadina nel Mezzogiorno*. In: *Storia d'Italia. Annali*, VII, *Malattia e medicina*. Torino, Einaudi, 1984, pp. 656-678; ID., *Per una storia sociale del Mezzogiorno nell'età liberale: la malaria*. In: BETRI M.L. e GIGLI MARCHETTI A. (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*. Milano, 1982, p. 255 sgg.
5. Legge 22 dicembre 1888, n. 5849. Il regolamento applicativo fu approvato con r.d. 9 ottobre 1889, n. 6442.
6. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale*. Bari, Laterza, 1983, p. 406. Sempre a proposito della legislazione vedi anche: OGNIBENI G., *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*. In: *Salute e classi lavoratrici in Italia...* op. cit. nota 4, pp. 583-604.
7. Vedi Archivio centrale dello Stato (d'ora in poi ACS) Ministero dell'interno, Direzione generale della sanità pubblica (d'ora in poi MI, DG SP) (1867-1900) bb. 263-371 bis che contengono gli atti dell'inchiesta. In particolare i questionari ai quali tutti i medici provinciali risposero, comprendono uno specifico quadernetto (quesito XI) sulla profilassi della malaria.
8. Un elenco delle più importanti leggi e decreti sulla malaria e sulle bonifiche è pubblicato in appendice al citato Repertorio di fonti per la storia della malaria, conservate presso l'Archivio centrale dello Stato. Atti preparatori e corrispondenza relativa alla legislazione si possono trovare in ACS, MI, DG SP, (1882-1915), bb. 81, 82, 83, 95, 96, 142 bis; e (1896-1934) b. 57 bis.
9. Vedi ACS, MI, DG SP, (1882-1915) b. 140.
10. Sull'argomento dell'assistenza pubblica vedi FARGION V., *L'assistenza pubblica in Italia dall'Unità al fascismo, primi elementi per un'analisi strutturale*. Rivista trimestrale di scienza dell'Amministrazione 1983; 30: 25-69.
11. Il progetto votato dal Consiglio superiore di Sanità con il titolo *Legge recante provvedimenti per combattere la malaria*, si può trovare in ACS, MI, DG SP, (1882-1915) b. 83.
12. Legge 25 febbraio 1904, n. 57.
13. Legge 19 maggio 1904, n. 209.
14. R.d. 28 febbraio 1907, n. 61 che approva il regolamento unico delle leggi sanitarie.
15. Documentazione relativa a questi e altri episodici esperimenti, finanziati dal Ministero dell'Interno, si possono trovare in ACS, MI, DG SP, (1882-1915) bb. 85 e 86; (1896-1934) b. 58 bis; e (1910-1920) b. 94 bis.
16. I fascicoli, divisi per provincia, relativi alla delimitazione delle zone malariche, si possono trovare in ACS, MI, DG SP, (1882-1915) bb. 101-111; e una seconda serie di

- fascicoli relativi alle delimitazioni, revocche, modificazioni, attuate dopo l'emanazione del testo unico delle leggi del 1907, in ACS, MI, DG SP, (1910-1920) bb. 107-110.
17. Gli atti della commissione, insieme a nomine e relazioni, si possono trovare in ACS, MI, DG SP, (1882-1915) bb. 81, 84-93, 95, 96 bis.
 18. GOSIO B., *Un triennio (1906-1908) di lotta antimalarica nelle Calabrie e Basilicata. Studi e proposte*. Roma, Rip. Unione cooperativa, 1908, pp. 740.
 19. La commissione per la piccola bonifica fu istituita con dd.mm. 12 luglio 1917, 16 dic. 1917 e 28 febbraio 1918. Gli atti relativi sono in ACS, MI, DG SP, (1910-1920) b.103.

Correspondence should be addressed to:

Mariapina Di Simone, Archivio Centrale dello Stato, P.le degli Archivi - 00144 Roma (I)