

Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti:

percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato

M A R I A P I N A D I S I M O N E

La legge sanitaria del 1888. È noto che in Italia si provvide con molto ritardo rispetto ad altri Stati europei ad attuare un'organizzazione sanitaria nazionale. Al momento dell'Unità l'amministrazione centrale della sanità era infatti affidata a una sezione amministrativa della divisione per le opere pie presso il Ministero dell'interno, e quella periferica agli uffici di prefettura. E anche se una prima significativa innovazione fu apportata dalla legge del 1865¹ con l'istituzione del Consiglio superiore di sanità e dei consigli sanitari provinciali – organi tecnici consultivi del ministro e dei prefetti – bisognerà attendere il governo Crispi per vedere finalmente espressa in Parlamento e realizzata nei fatti una più moderna concezione della sanità e della sorveglianza igienica (Cosmacini 1995; Vicarelli 1997).

Le modalità della riforma furono piuttosto singolari², in pratica con un primo semplice decreto ministeriale Crispi istituì un Ufficio speciale di polizia sanitaria e con r.d. 22 giugno 1887 ne affidò la direzione a Luigi Pagliani, professore d'igiene dell'Università di Torino. L'ufficio in base al r.d. 3 luglio 1887 fu quindi trasformato in Direzione di sanità pubblica e, pochi giorni dopo, il 31 luglio, ancora con un decreto ministeriale, se ne definirono ordinamento e attribuzioni. Veniva intanto istituito (r.d. 14 luglio 1887) alle dipendenze della direzione un ufficio di ingegneri sanitari incaricati di svolgere servizi ordinari e ispezioni nei comuni malsani; e con il r.d. 27 novembre 1887 si completò l'ordinamento dell'amministrazione centrale con l'istituzione di due laboratori di chimica e di batteriologia e micrografia. Come si vede nel giro di pochi mesi si mise in piedi un'organizzazione caratterizzata da una forte presenza di personale tecnico che ribaltava nettamente la situazione precedente (Fargion 1983; Calandra 1984).

Il primo importante compito della direzione e di Pagliani stesso fu la preparazione del progetto di legge di riforma sanitaria e del suo regolamento attuativo. La legge che fu approvata il 22 dicembre 1888³, assorbì – per ammissione dello stesso Crispi – molti dei principi che avevano informato i precedenti progetti presentati in Parlamento⁴, e fece propri i voti pronunciati nei congressi, nelle accademie mediche e società di igienisti; ma a differenza di queste prime elaborazioni si costituiva di pochi fondamentali articoli, che garantirono la sua rapida approvazione da parte delle Camere. La legge sottolineava la necessità di immettere personale tecnico presso gli uffici centrali e presso le prefetture; mentre per quanto riguardava l'igiene del suolo, dell'abitato, degli alimenti e delle bevande, la diffusione delle malattie infettive, stabiliva poche norme sufficienti a comminare ammende e pene contro i

contravventori, ma rimandava, per norme più specifiche, a regolamenti successivi (Ognibeni 1982; Della Peruta 1980).

Per evitare ancora lunghe, rischiose, discussioni la legge non menzionava la Direzione della sanità pubblica – come abbiamo visto già funzionante – ma si limitava a indicare genericamente nel Ministero dell'interno l'organo preposto alla vigilanza sull'igiene e la sanità. Questa omissione che probabilmente facilitò l'approvazione della legge, costituiva un pericolo per la sopravvivenza stessa dell'ufficio perché lo poneva alla mercè dei ministri; si poteva infatti immaginare, e da più parti fu fatto rilevare a Crispi, che la direzione di sanità correva il rischio di essere soppressa con la stessa facilità con la quale era stata istituita. E la cosa da lì a pochi anni, come vedremo, si verificò⁵.

L'assistenza ospedaliera inoltre ancora una volta fu lasciata alla legislazione sulle opere pie (Frascani 1984; Carucci 1991).

L'organizzazione dell'amministrazione sanitaria periferica invece era ben specificata. La legge introduceva l'importantissima figura del medico provinciale, laddove la precedente strutturazione prevedeva, al fianco del prefetto, solo il Consiglio sanitario provinciale con funzione esclusivamente consultiva. A differenza di questo il medico provinciale aveva autorità e competenza per agire e prendere iniziative. Se dell'attività dei consigli sanitari è rimasta una scarsa documentazione, di quella del medico provinciale c'è invece una vastissima testimonianza, dovuta al fatto che questi era vincolato all'adempimento di tenersi costantemente informato – tramite la corrispondenza con gli ufficiali sanitari – degli eventi riguardanti i comuni, e di informarne periodicamente la Direzione della sanità. Inoltre il medico provinciale era tenuto a compiere personalmente ispezioni sul territorio, inchieste, controlli. Cosicché esistono ora nell'archivio raccolte sistematiche di relazioni che descrivono puntualmente le condizioni igieniche di tutte le province e inoltre relazioni e dati statistici per ciascuna materia che la Direzione volle approfondire.

Le prime relazioni ovviamente portarono al governo un prezioso contributo di informazioni. Sono in generale articolate in una enumerazione di dati obiettivi relativi ai più rilevanti fenomeni demografici e sociali: natalità, mortalità, movimento della popolazione, attività lavorative, elencazione delle malattie infettive delle quali furono fatte denunce all'ufficio del medico provinciale; fino ad arrivare all'analisi delle cause della morbilità e mortalità. Infine comprendono la descrizione delle condizioni igieniche dei comuni relativamente a tre settori in particolare: stato delle acque potabili, cimiteri e situazione dei suoli e dell'abitato. Una necessaria connessione tra la diffusione delle epidemie e le deplorevoli condizioni igieniche del territorio venne denunciata un po' da tutti i medici provinciali che descrissero città prive di sistema fognario, rete idrica, in alcuni casi perfino di cimiteri⁶. È da notare che ciascun rapporto è caratterizzato da livelli di approfondimento diversi, legati alla soggettività del medico, alla sua preparazione e sensibilità, quindi il complesso delle relazioni ben si presta anche alla valutazione storica della professionalità di più generazioni di sanitari.

Tutte queste informazioni andarono a sommarsi a quelle già rese pubbliche dalle famosissime inchieste parlamentari e determinarono le decisioni che il governo prese con più urgenza.

La Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica. In quest'ottica di grande attenzione alla materia dell'igiene, che peraltro si andava affermando proprio in quegli anni, l'organizzazione della Direzione della sanità pubblica fu completata con la creazione di una Scuola di perfezionamento nell'igiene pubblica annessa ai laboratori della sanità. L'idea della scuola era venuta a Pagliani nel novembre del 1887, durante l'esperienza dell'epidemia di colera; e si era rinforzata quando aveva incominciato l'esame dei primi progetti per il risanamento dei comuni, inviati al Ministero in base alla legge 15 gennaio 1885. In entrambe le circostanze Pagliani ricordava di aver potuto valutare fra i sanitari una quasi totale mancanza di cognizioni delle materie concernenti l'igiene pubblica⁷. La cosa lo preoccupava perché il successo della riforma che si stava varando dipendeva interamente dalla capacità di quei sanitari. Allora fu attribuito alla scuola proprio il compito di formare i futuri ufficiali sanitari e i medici provinciali affinché avessero conoscenza delle nuove scoperte sull'igiene; e nozioni – come recita il programma della Scuola – di ingegneria sanitaria, igiene del lavoro, batteriologia e micrografia, chimica applicata all'igiene, demografia e assistenza pubblica, polizia sanitaria delle principali malattie infettive, fisica tecnica e meteorologia.

La vicenda della Scuola d'igiene è di grande interesse perché foriera di eventi importanti⁸. Pagliani pensò di mettere a disposizione il personale tecnico e i laboratori della Direzione che avevano cominciato a lavorare nel secondo semestre del 1888; nello stesso tempo chiese il concorso del Ministero dell'istruzione pubblica nelle nomine e nella vigilanza. Ma il mondo universitario che vedeva lese le sue prerogative sulla formazione, protestò duramente contro questo connubio tra ministeri. La proposta che andò in porto fu quella di una scuola che aveva il carattere di istruzione privata, sotto la tutela del Ministero dell'interno e dell'Istruzione pubblica, e non rilasciava diplomi ma solo attestati di frequenza. Tuttavia l'istituto, il cui regolamento fu approvato con d.m. 31 luglio 1888, riscosse subito un notevole successo, provato dal grande numero di medici iscritti ai corsi.

Nel gennaio del 1889 a Roma cominciò a funzionare l'Istituto vaccinogeno dello Stato, istituito, sempre per volontà di Pagliani, per sopperire alle evidenti carenze dell'industria privata incapace di produrre vaccini qualitativamente e quantitativamente sufficienti ad arginare il vaiolo che nel 1888 faceva ancora registrare 80.000 casi in Italia. L'Istituto era sottoposto alla sorveglianza di una speciale commissione sul modello già sperimentato in Germania e Belgio.

Nonostante gli indubbi successi, nel 1896 alla caduta del governo Crispi, con un regio decreto la Direzione di sanità veniva soppressa e ridotta a semplice divisione della Direzione generale dell'amministrazione civile. La destra che tornava al potere con Rudinì raccoglieva in questo modo il livore delle parti sociali che ritenevano umiliati i propri diritti dalla volontà di Crispi di imporre l'intervento dello Stato, dei funzionari amministrativi che si erano visti soppiantati dai tecnici, dell'Università che aveva mal digerito l'attività scientifica e didattica dei laboratori della sanità. Fu soppresso l'Istituto vaccinogeno dello Stato e così pure la Scuola di perfezionamento. L'assurdità di questi cambiamenti è tutta espressa nella relazione del direttore dell'amministrazione civile al Consiglio superiore di sanità per il 1897 che a proposito dei laboratori affermava: «Col riordinamento dei servizi sanitari, sop-

pressi la scuola di perfezionamento nell'igiene e l'Istituto vaccinogeno governativo, i laboratori della sanità pubblica vennero spogliati *di un cumulo di lavoro estraneo all'azione loro propria*, quella cioè di servire, mediante le ricerche tecniche, di valido ausilio alla causa dell'igiene e della sanità pubblica». Nella discussione che seguì all'esposizione del direttore generale, Emanuele Paternò (allora capo del laboratorio di chimica) reagì con passione e difese quella che riteneva essere l'alta missione dei laboratori scientifici di un grande Stato «non solo quella di fare le analisi; ma di intraprendere nuovi studi nuove ricerche a vantaggio della sanità pubblica». Questi due interventi sintetizzano con chiarezza una vecchia, mai sopita, diatriba tra il mondo accademico e gli istituti di ricerca statali che torna ciclicamente ad animare la società scientifica italiana⁹.

Dal 1897 le università attivarono loro corsi di perfezionamento nell'igiene ai quali erano ammessi medici e ingegneri; i corsi erano tenuti per incarico del Ministero dell'interno e con l'approvazione del Ministero dell'istruzione pubblica. L'anno successivo si portò a compimento la riforma con il r.d. 29 maggio 1898, n. 377 che deferiva all'esclusiva competenza del Ministero dell'istruzione pubblica il conferimento degli attestati relativi agli studi speciali in materia igienica. Fu stabilito tuttavia, per arginare le critiche che arrivarono da più parti, che presso i laboratori della sanità potevano essere ammessi, al fine di fare tirocinio e perfezionarsi, funzionari sanitari già in servizio; potevano organizzarsi corsi complementari d'igiene per aspiranti alle funzioni di ufficiale sanitario nei comuni. Per quanto atteneva agli Istituti vaccinogeni lo stesso Consiglio superiore di sanità «considerati gli inconvenienti che si verificano per la somministrazione del vaccino da Istituti privati alle province e comuni riguardo alla frequente sua inefficacia e talora alla sua nocività» esprimeva il parere di ripristinare l'Istituto vaccinogeno dello Stato.

Dall'attuazione della legge sanitaria alla riforma di Giolitti. Fu presto evidente dunque che il 'riordinamento' della direzione non era stata una misura felice. Già nel 1900 (r.d. 14 gennaio n. 4) nel tentativo di ovviare alla confusione di competenze che si era creata, la divisione fu trasformata in Ispettorato. In pratica si erano ridefinite le attribuzioni dell'Ufficio sanitario relegandole a una esclusiva competenza consultiva. Ma anche i limiti di questo assetto furono subito palesi, poiché i pareri che i tecnici erano chiamati a dare sconfinavano continuamente nell'ambito giuridico¹⁰, senza che essi potessero disporre di idonee consulenze amministrative e giuridiche presso il loro ufficio.

La situazione precipitò nel 1901, quando scoppiarono casi di peste bubbonica a Napoli; in quella situazione di grave emergenza l'organizzazione sanitaria mostrò tutte le sue lacune. Tra l'altro per tentare di mantenere in vita una parvenza di ufficio sanitario si richiamarono al Ministero un numero rilevante di medici provinciali distraendoli dalle rispettive province (ACS-1 (1882-1915), b. 387).

Finalmente nel 1902 l'Ispettorato fu soppiantato a opera di Giolitti, ministro dell'interno nel governo Zanardelli, dalla Direzione generale della sanità pubblica, con il r.d. 28 dicembre n. 538, che dette all'organizzazione sanitaria disegnata da Crispi e Pagliani una forma più stabile, pur riprendendo l'orientamento politico del primo ufficio di Pagliani. La Direzione così riorganizzata infatti si manterrà quasi

invariata fino a quando non si avvierà un serio dibattito sulla necessità di separare la materia sanitaria da un Ministero come quello dell'interno¹¹.

I problemi applicativi della legge sanitaria rimanevano comunque tanti, anche per il fatto già osservato che la legge era stata concepita in maniera da non scatenare immediatamente tutte le possibili contestazioni; l'impegno di Giolitti, una volta costituita saldamente la direzione generale fu quindi quello di trovare soluzioni alle questioni pratiche via via emerse, tenendo fermi i principi sanciti dalla legge dell'88, che egli abbracciò in pieno. La legge 25 febbraio 1904, n. 57, per la riforma sanitaria, e il relativo regolamento applicativo¹² predisposto dal direttore generale Rocco Santoliquido¹³, ribadivano alcuni concetti chiave della legge Crispi, estendendone le potenzialità attraverso opportune modifiche e aggiunte. Gli interventi furono concentrati in quattro questioni sostanzialmente: rendere meno precarie le sorti dei medici condotti comunali, completare l'assistenza sanitaria ai poveri, facilitare una migliore organizzazione della vigilanza igienica locale e avviare una più efficace tutela dell'abitato nelle campagne.

In particolare poiché la pratica applicazione della legge del 1888 aveva dato luogo a una mole ingente di controversie sulle nomine dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, il primo obiettivo della riforma fu quello di stabilire con chiarezza le modalità di accesso a quelle carriere, e dell'eventuale licenziamento, in modo da sottrarle realmente ai giochi di potere delle autorità locali.

La legge del 1888 aveva previsto che i comuni si fornissero di medici con funzioni di ufficiali sanitari. Ma i comuni, cronicamente privi di mezzi finanziari, chiamavano spesso a quella funzione il medico condotto che difficilmente poteva assolvere ai compiti di vigilanza igienica trovandosi sempre alle prese con emergenze sanitarie; né riuscivano a impiantare laboratori. Si cercò di risolvere questo problema dando ai comuni la facoltà di consorzarsi: per provvedere al servizio del medico ufficiale sanitario, per i laboratori di vigilanza igienica, per l'impianto e il funzionamento delle disinfezioni e dei locali di isolamento contro le malattie infettive, per l'impianto ed esercizio delle farmacie; così come già facevano per la costruzione dei cimiteri e le condutture di acqua potabile, per la costituzione di condotte mediche, veterinarie e ostetriche. L'articolo 3 introdusse l'obbligo per i comuni di provvedere, oltre all'assistenza sanitaria, alla somministrazione gratuita dei medicinali ai poveri.

Infine si espressero con maggiore chiarezza le norme relative all'igiene degli abitati in modo da colmare la lacuna della legge dell'88, che non distingueva fra abitazioni urbane e abitazioni dei contadini. Con la riforma si intervenne espressamente sulle abitazioni rurali che erano state trascurate nell'applicazione della legge sanitaria. Si aggiunsero in particolare due commi che identificarono i soggetti responsabili e stabilirono norme e sanzioni adeguate alle peculiari condizioni delle abitazioni rurali: «Quando si tratti di casa rurale adibita per abitazione di coloro che sono addetti alla coltivazione di fondi appartenenti al proprietario della casa stessa, questi è obbligato a mantenere lo stabile in condizione di abitabilità [...] nel caso d'inadempimento il sindaco o l'ufficiale sanitario ne riferiscono al consiglio provinciale di sanità [...]. I proprietari di fondi coltivati mediante l'opera temporanea di operai avventizi, non aventi abitazione stabile nei comuni dove i fondi sono posti,

hanno l'obbligo di provvedere gli operai di ricoveri notturni rispondenti alle necessità igieniche e sanitarie». Questo intervento si rese indispensabile in particolare per favorire la lotta antimalarica che molto impegnò il governo Giolitti.

La riforma voluta da Giolitti si completerà con l'approvazione del testo unico delle leggi sanitarie nel 1907¹⁴. Alla base del testo saranno ancora la legge 1888 e le sue successive aggiunte e modifiche; e le importanti leggi 2 novembre 1901, n. 460, contenente disposizioni per diminuire le cause della malaria; e 21 luglio 1902, n. 427, contenete disposizioni per combattere la pellagra.

La vigilanza igienica su alimenti, suolo e abitato. Nella circolare 9 gennaio 1889 che trasmetteva ai prefetti copia della legge 1888 e ne annunciava l'entrata in vigore, Crispi aveva ammesso che il problema sanitario era tra i più gravi del paese, assicurava di dedicare a esso «le più assidue cure come a uno dei più importanti compiti del ministero» e sottolineava tra gli articoli della legge quello che faceva obbligo a ogni comune di fornirsi di acque potabili di buona qualità. Con una successiva circolare 5 novembre 1889 Crispi comunicò l'approvazione del regolamento generale (r.d. 9 ottobre 1889) che spiegava l'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria nel regno chiarendone l'assetto istituzionale. Per quello che riguardava l'igiene del suolo e dell'abitato, pur rimandando a locali regolamenti d'igiene da compilarsi secondo apposite istruzioni, dava alcune urgenti indicazioni sui requisiti per l'abitabilità delle case, per l'impianto di stabilimenti insalubri, per eliminare le cause principali dei fondi malsani e dell'inquinamento delle acque; tutto questo cercando «di conciliare per quanto possibile i diritti dei privati con la tutela della salute pubblica». L'igiene delle bevande e degli alimenti venne disciplinata indicando le norme generali per la macellazione, per la sorveglianza sui mattatoi e per impedire negli spacci pubblici la vendita di cibi e bevande insalubri, nocivi o adulterati. Si davano infine le misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali, specificando quali fossero le malattie per le quali occorreva la denuncia e le precauzioni contro la loro diffusione.

In base a quanto prescritto dalla legge del 1888 e dal regolamento del 1889, fu nominata con d.m. 18 marzo 1890 una Commissione di tecnici con lo scopo di completare le norme stesse e stabilire in modo uniforme per tutto il regno i limiti entro cui dovesse contenersi l'indagine sulla salubrità di bevande e alimenti, nonché i metodi per valutare il grado della loro nocività. Il lavoro della commissione sfociò nell'elaborazione del regolamento per la vigilanza igienica sugli alimenti e sugli oggetti di uso domestico approvato con r.d. 3 agosto 1890, n. 7045. Questo regolamento speciale doveva servire da guida alle autorità sanitarie comunali nella compilazione dei regolamenti locali d'igiene che contenevano disposizioni particolari dipendenti dalla topografia del comune e dalle altre condizioni locali. Un'altra commissione, nominata con d.m. 5 aprile 1898, fu incaricata di redigere il regolamento speciale di profilassi delle malattie infettive e diffuse che dettava tra le altre disposizioni quelle per l'attività delle stazioni sanitarie di confine. Ma dalla lettura dei documenti relativi a queste elaborazioni emerge soprattutto la grande difficoltà dei comuni a realizzare con opere adeguate le disposizioni normative, nonostante le dolorose conseguenze subite da molte città in occasione di malattie epidemiche.

Risultava inoltre che i comuni non erano nemmeno riusciti a cogliere i vantaggi della legge 15 gennaio 1885, n. 2892, per il risanamento della città di Napoli che all'art. 18 estendeva le agevolazioni nei mutui per la costruzione di opere igieniche previsti per Napoli a tutti i comuni che si trovassero in condizioni d'insalubrità e ne facessero richiesta. La legge 8 febbraio 1900, n. 50 darà ai consorzi, al pari dei comuni, potestà di chiedere il concorso dello Stato nel pagamento degli interessi dei mutui che contraessero per provvedere alle opere di condutture di acqua potabile.

Una volta stabilita la possibilità per i comuni di consorziarsi, la Direzione esercitò pressioni perché la legge del 1885 fosse reiterata, cosa che era avvenuta la prima volta con la l. 16 giugno 1887, n. 4614; e in seguito attraverso altre disposizioni, come la l. 25 giugno 1911, n. 586, e il r.d.l. 31 dicembre 1923, n. 3132, fino al r.d. 16 giugno 1932, n. 681 con il quale la concessioni di mutui di favore per opere igieniche passò dalla competenza del Ministero dell'interno a quello dei lavori pubblici, anche se l'azione di vigilanza e controllo sulla preparazione e il funzionamento rimaneva al Ministero dell'interno che poteva anche svolgere ispezioni¹⁵.

A venti anni dalla promulgazione della legge per Napoli, la Direzione curò un'inchiesta che faceva il punto sul risanamento delle città; i risultati furono raccolti in una monografia presentata all'Esposizione di Milano del 1906. Le informazioni riguardavano il capoluogo di provincia e di circondario, i centri con popolazione superiore ai trentamila abitanti, i centri che pur non rientrando nelle precedenti categorie avessero fatto opere di particolare rilievo. Per ciascun centro si chiesero notizie sulle opere eseguite, i mezzi finanziari impiegati, la riorganizzazioni e i perfezionamenti attuati nei servizi municipali di vigilanza igienica di polizia urbana e di assistenza sanitaria, dati demografici che valessero a rendere conto degli effetti delle opere di risanamento¹⁶.

Le acque potabili. Uno dei primi obiettivi che già il governo Crispi si era posto e aveva posto ai comuni era quello dell'approvvigionamento di acqua potabile. La totale mancanza di acquedotti in molti comuni, insieme all'assenza del sistema fognario era indubbiamente all'origine di gravi epidemie, e inoltre preoccupava il governo anche da un punto di vista politico, dal momento che spesso era alla base di malcontento e veri moti di piazza¹⁷. Dal momento che la legge del 1888 dichiarava obbligatorio e poneva a carico dei comuni la spesa per le acque potabili, si sollecitarono i prefetti a chiedere ai comuni di ricercare buone sorgenti da cui derivare acque salubri e abbondanti e provvedere che queste acque fossero fatte analizzare prima di progettare le condutture. Allo scopo di facilitare le necessarie analisi la Direzione andò in soccorso dei comuni mettendo a loro disposizione i suoi laboratori. Furono moltissimi i comuni che inviarono campioni di acque ai laboratori per le analisi, specialmente a partire dal 1901, quando era andata in porto la legge che consentiva ai consorzi intercomunali di ottenere sgravi sui mutui richiesti per la costruzione di acquedotti. Questa abbondante documentazione si trova in parte nell'archivio della Direzione generale della sanità, in gran parte nelle due serie dei laboratori di chimica e micrografia e batteriologia dell'Istituto superiore di sanità. I fascicoli sono per ciascuna provincia abbastanza omogenei perché il Ministero dell'interno aveva nel 1901 fissato le norme da seguirsi nelle richieste di analisi di cam-

pioni d'acqua. Le analisi chimiche furono tutte effettuate dai laboratori della sanità, le analisi batteriologiche invece potevano essere fatte anche presso i laboratori municipali di vigilanza igienica, secondo un protocollo prestabilito. Per l'apprezzamento dei risultati dell'una e l'altra analisi si vide necessario richiedere che i campioni prelevati dovessero essere sempre accompagnati da un verbale di presa e dalla descrizione dei giacimenti geologici locali, delle condizioni topografiche e altimetriche della sorgente, e notizie sulle condizioni del suolo, abitazioni, vegetazione ecc.

Sempre sulle acque potabili furono fatte varie inchieste dalla Direzione generale. Nell'archivio della Direzione della sanità sono conservate le risposte a tre indagini¹⁸. La prima fu avviata con la circolare del 20 novembre 1896 nella quale il ministro dell'interno chiedeva notizie sui lavori di approvvigionamento eseguiti dai comuni tra il 1886 e il 1896. I medici provinciali risposero fornendo informazioni sull'esistenza dell'acquedotto, le fontane pubbliche, le condutture.

Altre dettagliate informazioni, molto tecniche sulle acque emersero dall'inchiesta del 1899 che riguardava tutti gli aspetti delle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni¹⁹.

La procedura seguita nella rilevazione dei dati fu del tutto nuova, poiché i medici provinciali raccolsero dati forniti direttamente dagli ufficiali sanitari che operavano nei singoli comuni, e li inviarono al ministero allegati ai loro quadri riassuntivi sulle condizioni della provincia. I quadernetti compilati dai sanitari comunali offrono preziosissime informazioni, utili a ricostruire la mappa puntuale delle condizioni igieniche del territorio nazionale, e insieme uno spaccato significativo delle condizioni di vita e di lavoro della popolazione. I diciassette quesiti ai quali ciascun medico aveva risposto riguardavano: 1) l'ubicazione del comune: stato della campagna tipologie delle colture, popolazione; 2) notizie sull'abitato: dai criteri per la concessione dell'abitabilità alla presenza di industrie insalubri; 3) notizie sull'acqua potabile: approvvigionamento, conduttore, sorgenti, analisi delle acque, condizioni di laghi, fiumi, bacini artificiali; 4) fognature; 5) lavatoi pubblici; 6) macelli; 7) esistenza di locali di isolamento; 8) esistenza di stazioni di disinfezione; 9) cimiteri: notizie sulla costruzione, 10) opere di risanamento compiute; 11) malaria: presenza, forme cliniche, condizioni del territorio predisponenti, opere di bonifica; 12) pellagra; 13) anchilostomiasi; 14) gozzo; 15) rabbia dell'uomo; 16) lebbra; 17) esercizio delle professioni sanitarie.

Con la circolare del 6 novembre 1903 si avviò l'inchiesta più corposa sulle acque potabili. Questa si caratterizzava per il fatto di comprendere aspetti tecnici e amministrativi dell'approvvigionamento, per dare un'idea precisa e completa non solo delle condizioni igieniche e sanitarie ma anche dei costi e delle questioni amministrative legate all'impianto e perfezionamento dei sistemi di approvvigionamento. I fascicoli di ciascuna provincia si articolano in undici quadri, sette 'tecnici' e quattro 'amministrativi', con notizie sui comuni e le frazioni delle province: 1) acquedotti: presenza o meno, derivazione delle acque da sorgente o da acque superficiali; 2) condutture fuori dell'abitato, serbatoi e condutture nell'abitato; 3) distribuzione delle acque nelle case, fontanelle pubbliche, freschezza delle acque nell'abitato, numero di abitanti serviti dalla conduttura, dotazione di acqua nelle 24 ore, progetti di condutture; 4) e 5) pozzi: natura del terreno, quantità d'acqua, protezione intor-

no al pozzo, mezzi per attingere l'acqua; 6) cisterne; 7) altre possibilità di approvvigionamento come fiumi e laghi; 8) come si provvede alla spesa per l'approvvigionamento dell'acqua potabile; 9) ammontare della spesa; 10) e 11) spesa per le condutture. Una terza analoga inchiesta risale al 1907.

Vigilanza sulle industrie insalubri. La legge del 1888 prevedeva che il Consiglio superiore della sanità compilasse l'elenco delle industrie insalubri, sentito il parere del Ministero di agricoltura e commercio. A questo scopo nel 1890 era stata nominata dal Consiglio superiore di sanità una commissione composta di tre membri, Pagliani e due funzionari di Pubblica sicurezza. La corrispondenza della commissione riveste un particolare interesse per il dibattito dell'epoca sulla necessità di difendere gli interessi della salute dalle esigenze dell'imprenditoria nascente²⁰. Per esempio è interessante la definizione stessa del concetto di industria insalubre che era da intendersi, si chiarì, «non nel rapporto della loro insalubrità assoluta, ma esclusivamente in relazione ai danni che possono derivare al vicinato, non tenendo affatto conto dell'igiene interna degli stabilimenti» e quindi senza alcuna considerazione per i lavoratori. Per la tutela della loro salute si considerò per molti anni sufficiente l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (1898), mentre si cercò di attuare almeno un tentativo di prevenzione rispetto al lavoro delle donne e dei bambini (Lonni 1982; Frascani 1982; Romano 1984).

Un primo elenco delle industrie insalubri fu approvato con il d.m. 21 aprile 1895. Distingueva le industrie insalubri in due classi, la prima comprendeva quelle che «dovevano essere isolate nelle campagne e lontane dalle abitazioni», la seconda, più blanda, «quelle che esigevano particolari cautele per l'indennità del vicinato». Nell'archivio della Direzione e in quello del Laboratorio di ingegneria sanitaria dell'Istituto superiore di sanità, si trovano documenti relativi ai ricorsi contro l'inclusione in una delle categorie di industrie insalubri e a ispezioni curate da funzionari dei laboratori della Direzione.

Al discorso sulle industrie insalubri, come abbiamo visto, si collega quello del lavoro delle donne e dei fanciulli. Il Consiglio superiore di sanità fu più volte coinvolto, come quello del Lavoro, in problematiche connesse all'applicazione della prima legge dell'11 febbraio 1886, n. 3657, e del regolamento del 17 settembre 1886, n. 4082, in particolare relativamente all'identificazione dei lavori presso industrie insalubri. In base a questa normativa, le industrie erano soggette a denunciare la presenza di fanciulli e donne tra il proprio personale. Il Ministero di agricoltura industria e commercio aveva la facoltà di compiere ispezioni, nel 1898 la vigilanza era esercitata da tre ispettori dell'industria e dagli ingegneri e aiutanti ingegneri del R. Corpo delle miniere. Anche la successiva legge del 1902²¹ attribuiva al Ministero dell'agricoltura, e cioè all'amministrazione che aveva maggiormente a cuore gli aspetti economici della vita industriale, la sorveglianza sull'applicazione delle norme che doveva annualmente presentare alla Camera dei deputati i risultati del servizio di vigilanza. La legge fissava le età e gli orari consentiti per ogni tipo di lavoro, ma, come era successo nella precedente, concedeva ampia possibilità di deroga al Ministero dell'agricoltura, sentito il parere dei consigli provinciali sanitari, in considerazione di particolari necessità tecniche e economiche.

Nello stesso fascicolo si trovano gli atti relativi all'elaborazione del regolamento per l'attuazione della legge del 7 luglio 1907 sul lavoro delle donne e dei fanciulli ACS-1 (1882-1915), b. 80.

Con una relazione del 31 dicembre 1907 il direttore della sanità fece un'attenta disamina del progetto predisposto dal Ministero dell'agricoltura, criticando aspramente l'ampia possibilità di eccezioni alle disposizioni che consentiva di travisare completamente lo spirito della legge. In particolare ancora sottolineava la gravità dell'esclusione del Consiglio superiore di sanità in una materia riguardante l'igiene delle industrie e del lavoro industriale sicuramente di pertinenza della Direzione generale della sanità.

Vigilanza sulle malattie infettive. Un settore molto corposo dell'archivio della Direzione riguarda l'intervento contro le principali malattie infettive che colpivano annualmente ampi strati della popolazione.

È difficile generalizzare, tuttavia si può descrivere una tipologia di carte abbastanza omogenea, comune per i diversi argomenti. In tutti i casi, in relazione alle malattie infettive o comunque molto diffuse, il Ministero dell'interno si interrogava sulle cause promuovendo studi di esperti esterni alla pubblica amministrazione, o di funzionari della Direzione generale e dei laboratori; raccoglieva i risultati di ricerche compiute all'estero; inviava ispettori per verificare le situazioni sui luoghi colpiti; attraverso la diffusione di istruzioni e circolari, stimolava i suoi organi periferici perché vigilassero sulle amministrazioni locali. Per alcune malattie nell'ambito della direzione si prepararono progetti per leggi speciali, è il caso della malaria o della pellagra. Fondamentali informazioni si possono desumere dalle relazioni e quadri statistici sull'andamento epidemiologico delle malattie infettive, inviate dai medici provinciali con una certa continuità dal 1901 al 1920²². C'è in questi rapporti spesso un attento esame dei dati demografici desunti dai verbali di revisione annuale dei registri di popolazione trasmessi dai sindaci alle prefetture: natalità, mortalità, movimenti migratori; inoltre rientravano nello studio delle cause della diffusione delle malattie l'analisi delle condizioni economiche e lavorative della popolazione. Specifici rapporti riguardano le epidemie di malaria e la lotta antimalarica²³. Non è possibile dilungarsi su questo argomento per la vastità della materia e delle testimonianze relative, mi limiterò soltanto a sottolineare alcuni aspetti suggeriti dalla stessa documentazione²⁴.

Le malattie a grande diffusione avevano spesso una connotazione geografica e sociale ben precisa: la pellagra nelle campagne del Nord, la malaria soprattutto nelle campagne meridionali, la tubercolosi nelle città più grandi, il colera particolarmente in zone limitrofe ai porti (Berlinguer 1982). Questa specificità determinava comportamenti sociali ben diversi, che spesso la documentazione testimonia in aggiunta alle notizie di carattere organizzativo, giuridico-amministrative e tecnico-scientifiche.

Per fare un unico esempio si può rilevare che è ben rappresentata la diversità di disposizione d'animo della popolazione rispetto alle epidemie. Alla rassegnata accettazione della malaria da parte dei contadini meridionali – che li portava a rifiutare cure profilattiche opponendo ai medici una pacifica quanto tenace resistenza –

si contrappone la tumultuosa reazione di popolazioni, amministratori e perfino medici, all'insorgere di un'epidemia di colera. Importanti per questo argomento sono i rapporti degli ispettori sanitari inviati nelle località colpite dal colera (ACS-1 (1882-1915), b. 181). Colpisce innanzitutto la forma insolita della corrispondenza che, per la gran parte, consiste in telegrammi cifrati. Quindi il tenore dei testi che descrivono situazioni spesso sconfinanti in una sorta di «caccia all'untore», immotivati respingimenti di persone; internamenti nei locali d'isolamento di cittadini provenienti da paesi reputati infetti o di interi gruppi di nomadi; blocchi di merci sane; minaccia di dimissioni di massa da parte dei sanitari che si rifiutavano di attecchire alle disposizioni prefettizie.

Poiché il tema della sanità a volte si intreccia con quello dell'ordine pubblico, dell'assistenza e dell'amministrazione civile, le indagini possono coinvolgere gli archivi della pubblica sicurezza, e quello delle opere pie. Così ad esempio, le carte relative alla vigilanza sui rimpatriati, oppure i giornali di bordo dei medici impiegati sulle navi che trasportavano emigranti, si compendiano perfettamente con i fascicoli dei rimpatri, conservati nel fondo *Opere pie*. O ancora, a proposito della pellagra, gli aspetti più strettamente sanitari, curati dalla direzione della sanità, trovano un complemento negli interventi di tipo assistenziale organizzati localmente da istituzioni religiose o dai comuni che, tramite la creazione di 'cucine economiche', si preoccupavano di fornire cibo decente alla popolazione bisognosa, o ai contadini nelle stagioni più difficili.

Un cenno a parte merita l'assistenza ospedaliera. Come abbiamo visto gli ospedali rimasero esclusi dalla prima legge del 1865 e dalle successive riforme sanitarie di Crispi e Giolitti poiché gli ospedali, essendo in tutto o in parte destinati a beneficio delle classi meno abbienti, furono fatti rientrare nella gestione amministrativa delle istituzioni di assistenza e beneficenza pubblica (Carucci 1991). La prima legge unitaria sulle opere pie, l. 3 agosto 1862, n. 753, lasciava la massima autonomia alle istituzioni di beneficenza; la legge 17 luglio 1890, n. 6972, voluta da Crispi, non intervenne sul principio dell'autonomia ma vi pose limiti precisi che tendevano a contenere l'ingerenza della Chiesa: le opere pie furono considerate istituzioni pubbliche e pertanto vennero assoggettate al controllo dello Stato. L'intervento dello Stato consisteva essenzialmente nell'approvazione degli statuti e dei bilanci, in controlli sulla gestione dei patrimoni, e infine nell'ingerenza sulle nomine degli amministratori; non era previsto per gli ospedali un vero e proprio controllo sugli aspetti più strettamente sanitari della loro gestione. Pertanto nel fondo della Direzione della sanità pubblica è reperibile una documentazione esigua sugli ospedali, mentre più ricco è quello della Direzione generale dell'amministrazione civile, div. III per l'assistenza e beneficenza pubblica, anche se – date le competenze della divisione – il materiale documentario è di tipo strettamente amministrativo.

¹ La legge 20 marzo 1865, n. 2248, per l'unificazione amministrativa del regno, all'allegato C, dettava prime importanti disposizioni relative alla sanità; all'allegato sull'amministrazione comunale e provinciale attribuiva ai comuni l'onere del servizio sanitario per i poveri, attraverso i medici condotti, e il mantenimento degli esposti; ai consigli provinciali il mantenimento dei mentecatti poveri. Gli ospedali e gli ospizi furono lasciati nella legislazione delle opere pie.

² Informazioni sull'istituzione della Direzione della sanità pubblica sono state tratte da ACS-1 (1882-1915); e da ACS-2. Cfr. ACS-1, *L'organizzazione per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica nel regno d'Italia*, Roma, 1928.

³ Legge 22 dicembre 1888, n. 5849, per la tutela dell'igiene pubblica. Il regolamento attuativo fu approvato con r.d. 9 ottobre 1889, n. 6442.

⁴ Progetti erano stati presentati senza risultati al Senato da Lanza il 6 dicembre 1870 e da Nicotera il 22 dicembre 1876. Nell'aprile 1886 anche il ministro Depretis aveva proposto un codice sanitario, predisposto da Agostino Bertani e insabbiato in Senato.

⁵ Vedi per esempio l'ordine del giorno approvato dall'assemblea generale dell'ordine dei sanitari della provincia di Milano il 16 aprile 1888, che chiedeva al presidente del Consiglio di inserire un articolo nella legge di riforma in cui si dichiarasse istituito l'ufficio speciale di sanità, in ACS-2, b. 29.

⁶ Colpisce nella descrizione del medico provinciale di Avellino la descrizione delle strade della città ancora prive di lastricato «impraticabili d'inverno per fango e pozzanghere, d'estate [...] campo di fermentazioni putride provocate dagli avanzi ed escrementi, misti alle acque di rifiuto che si versano liberamente sopra di esse» (ACS-1 (1882-1915), b. 501, fasc. Avellino).

⁷ Queste considerazioni sono espresse con molta chiarezza in un appunto di Pagliani a Crispi, nelle carte Crispi già citate, e riproposte nella sua *Relazione al Consiglio superiore di sanità intorno all'ordinamento della Direzione della sanità pubblica ed agli atti da essa compiuti dal 1° luglio 1887 al 31 dicembre 1889*.

⁸ Notizie sulla Scuola si trovano nell'archivio della Direzione generale della sanità pubblica; nelle carte Crispi; nell'archivio dell'Istituto superiore di sanità, recentemente versato all'Archivio centrale dello Stato.

⁹ Un ultimo recente esempio si può trovare nelle carte dell'Istituto superiore di sanità, a

proposito della sua riorganizzazione negli anni Settanta.

¹⁰ L'allora ispettore generale Rocco Santoliquido richiese ufficialmente per l'Ispettorato al Ministero dell'interno l'assunzione di personale amministrativo, Cfr. ACS-1 (1882-1915), b. 148.

¹¹ Allora, e siamo nel 1945, la direzione sarà dapprima temporaneamente sostituita da un Alto Commissariato alle dipendenze della Presidenza del Consiglio, quindi dal Ministero della sanità. Per questo dibattito si possono vedere i *Verbali del Consiglio dei ministri*, conservati presso l'Archivio centrale dello Stato, e per gli anni 1943-48 pubblicati dalla Presidenza del consiglio, a cura dell'Archivio centrale dello Stato.

¹² Il regolamento fu approvato con r.d. 19 luglio 1906, n. 466.

¹³ Rocco Santoliquido era stato collaboratore di Pagliani e poi, negli anni bui della soppressione della direzione di sanità, ebbe il merito di mantenere in piedi con sforzo personale le attività e lo spirito che avevano animato quel primo ufficio fino alla sua ricostituzione.

¹⁴ R.d. 1° agosto 1907, n. 636 che approva il testo unico delle leggi sanitarie.

¹⁵ All'Archivio centrale dello Stato è stato recentemente versato l'archivio del Laboratorio di ingegneria sanitaria che appunto comprende i pareri dati dal laboratorio su tutte le opere igieniche costruite dopo il 1934.

¹⁶ Gli atti dell'inchiesta sono conservati in ACS-1 (1882-1915), bb. 904-915.

¹⁷ Si possono confrontare a questo proposito i rapporti dei prefetti, conservati presso l'Archivio centrale dello Stato nel fondo *Ministero dell'interno, Gabinetto, Rapporti dei prefetti*.

¹⁸ Le carte delle inchieste si trovano in ACS-1 (1882-1915), bb. 40-65, e ACS-1 (1867-1900), bb. 262-500.

¹⁹ Cfr. ACS-1 (1867-1900), bb. 263-371 bis.

²⁰ Vedi a questo riguardo gli interventi delle due Camere di commercio di Torino e Milano in ACS-1 (1867-1900), b. 239.

²¹ L. 19 giugno 1902, n. 242, e regolamento approvato con r.d. 29 gennaio 1903, n. 41.

²² Cfr. ACS-1 (1882-1915), bb. 309-332 e ACS-1 (1910-20), bb. 201-273.

²³ ACS-1 (1882-1915) e ACS-1 (1910-20), categorie 20183.4 e 20183.23. Si possono citare ancora a titolo esemplificativo: *Notizie e bollettini sulla peste bubbonica inviati dagli stati esteri* (1897-98); *Statistica dei militari sifilitici* (1891-95); *Inchiesta sui brefotrofi, con partico-*

lare riguardo al problema della sifilide da baliatico (1891); *Bollettini sui casi di colera* (1910-20); *Notizie sull'epidemia influenzale e dati statistici sulle epidemie tra i civili e i militari al fronte* (1915-20); *Dati statistici sulla tubercolosi. Relazioni sulla pellagra* (1911-12).

²⁴ A proposito della malaria, se ne può trovare

una significativa esemplificazione nel repertorio delle fonti elaborato presso l'Archivio centrale dello Stato. Il repertorio, in corso di pubblicazione, scandaglia in maniera molto analitica più fondi archivistici e evidenzia le grandi possibilità che tali fonti offrono alla ricerca storica.

Riferimenti archivistici

ACS Archivio centrale dello Stato

ACS-1: ACS, *Ministero dell'interno. Direzione generale della sanità pubblica*

ACS-2: ACS, *Archivio Crispi. Deputazione di storia patria di Palermo*

Riferimenti bibliografici

- G. Berlinguer 1982, *Evoluzione nosologica dalla rivoluzione industriale alla rivoluzione tecnico-scientifica*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 11-17.
- C. Borro-Saporiti 1984, *L'endemia tubercolare nel secolo XIX ipotesi per ripensare un mito*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 844-878.
- P. Calandra 1984, *L'igiene e la sanità*, in S. Cassese (a cura di), *L'amministrazione centrale*, UTET, Torino, 126-136.
- P. Carucci 1991, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione*, in *Studi in memoria di Giovanni Cassandro*, Ministero per i beni culturali e ambientali, 1991, 109-137.
- Cent'anni fa la sanità. La legge Crispi-Pagliani del 1888*, 1988, Nuova CEI, Milano, 128.
- P. Corti 1982, *Per una storia sociale del Mezzogiorno d'Italia: la malaria*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 255-290.
- P. Corti 1984, *Malaria e società contadina nel Mezzogiorno*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 635-680.
- G. Cosmacini 1995, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*, Laterza, Roma-Bari.
- A. De Bernardi 1984, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 681-708.
- F. Della Peruta 1980, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, «Studi storici», 21, 713-759.
- M. Di Simone 1998, *L'amministrazione sanitaria in Italia e la malaria*, «Medicina nei secoli, arte e scienza», 10, 3, 379-395.
- L. Faccini 1984, *Tifo, pensiero medico e infrastrutture igieniche nell'Italia liberale*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 709-740.
- V. Fargion 1983, *L'assistenza pubblica in Italia dall'Unità al fascismo: primi elementi per un'analisi strutturale*, «Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione», 30, 2, 25-69.
- P. Frascani 1982, *La disciplina delle industrie insalubri nella legislazione sanitaria italiana (1865-1910)*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 713-736.
- P. Frascani 1984, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 299-334.
- A.L. Forti-Messina 1984, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 431-496.

- G. Gattei 1984, *La sifilide: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 741-800.
- Il dibattito parlamentare sulla legge Crispi del 1888. Centenario della prima legge di sanità pubblica (1888-1988)*, 1988, Nuova CEI, Milano.
- A. Lonni 1982, *Fatalità o responsabilità? Le "jatture" degli infortuni sul lavoro: la legge 1898*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 737-762.
- G. Ognibeni 1982, *Legislazione e organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 583-604.
- R. Romano 1982, *Gli industriali e la prevenzione degli infortuni sul lavoro (1894-1914)*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Angeli, Milano, 129-146.
- R. Romano 1984, *Sistema di fabbrica, sviluppo industriale e infortuni sul lavoro*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 1022-1059.
- U. Tucci 1984, *Il vaiolo, tra epidemia e prevenzione*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 391-429.
- G. Vicarelli 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia, Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna.