

LA SANITÀ ITALIANA IN EPOCA LIBERALE

(Prospettiva Marxista – settembre 2021)

Si possono sintetizzare tre grandi modelli sanitari adottati dalla borghesia italiana nella sua storia nazionale, ognuno di questi sviluppatosi in successione temporale: uno residuale e privatistico nella fase liberale che va dall'Unità fino a dopo la prima guerra mondiale imperialista; uno mutualistico affermatosi a partire dal fascismo ma che ha trovato continuità in gran parte della prima Repubblica; ed, infine, uno a carattere pubblico sancito nel 1978, ancora vigente sebbene affiancato da un apparato privatistico in continua crescita.

Gli aspetti più interessanti riguardanti il primo periodo, che tocchiamo rapidamente in quest'articolo, sono l'azione politica di igiene pubblica svolta dallo Stato, il ruolo determinante delle Opere Pie e quindi della Chiesa cattolica, il sorgere di problematiche legate a specifiche malattie che accompagnarono l'ascesa capitalistica italiana al rango di potenza imperialista, per quanto attraversata da tare e ritardi peculiari rispetto ai suoi diretti competitori, ed infine accenneremo ai riflessi sanitari dello sconvolgente momento della Grande Guerra.

La preparazione e i primi provvedimenti

Quella che veniva chiamata "polizia sanitaria" risaliva in alcune aree della penisola addirittura al Trecento, epoca di rapido inurbamento, di prosperità dei commerci e di nascita delle banche, ma anche teatro di una pandemia che ha scosso come non mai l'intera società europea e mediterranea. Le prime magistrature sanitarie furono messe in campo in risposta al dilagare della peste nera tra il 1346 e 1353, che costrinse le molteplici autorità politiche presenti allora nello Stivale ad istituire una serie di contromisure d'emergenza. Tra queste, ora presto ora tardi, si annoverano i Lazzaretti e le procedure di isolamento, quali il periodo di quarantena per come venne ad essere formalizzato nella repubblica di Venezia durante la peste del 1468. Dal Cinquecento e Seicento questi organismi assunsero un carattere stabile, non limitato ai periodi di recrudescenza epidemica.

Complice il movimento illuminista e l'ascesa sociale della borghesia, vi fu una cesura significativa nelle politiche statuali inerenti la sanità nella seconda metà del Settecento, si pensi in Italia ai grandi progetti di riforma evocati da Johann Peter Frank nella Lombardia asburgica. La polizia medica venne ad essere associata all'assolutismo illuminato e rientrò con le sue prerogative nel processo di accentramento dei poteri pubblici di uno Stato che era influenzato sia dall'aristocrazia che dalla borghesia in avanzata¹.

In quasi tutti gli Stati pre-unitari erano dunque presenti istituzioni di tutela pubblica sanitaria, ma in tutta la prima metà dell'Ottocento, e in gran parte anche dei decenni successivi, gli Stati italiani reputavano la salute pubblica un problema sostanzialmente di ordine sociale.

L'amministrazione sanitaria del Regno di Sardegna, su cui si conformerà quello dello Stato unitario, era segnata da modelli organizzativi ereditati dall'*ancien regime* e quando nasce il Regno d'Italia è emblematico che la politica sanitaria sia demandata al Ministero degli Interni.

Si tratta infatti di un problema politico, quello che un apparato statale incontra nel momento in cui non riesce a dotarsi di una forza coercitiva sufficientemente adeguata alle proprie ambizioni o necessità e ciò in parte era dovuto anche a ragioni mediche. Oltre a malattie invalidanti, erano le modalità di sviluppo fisico, pregiudicate da un regime alimentare carente e dalle condizioni malsane delle abitazioni, a determinare difficoltà per la borghesia perfino di disporre di un esercito sufficientemente sano e numeroso: tra il 1866 e il 1871 le percentuali dei riformati alla visita di leva oscillano infatti tra il 30% e il 40% degli uomini valutati².

Nei primi anni del Regno d'Italia un dato su tutti dimostra l'arretratezza sociale ed è la mortalità infantile: su mille nati vivi nel 1863, primo dato disponibile, ben 225 bambini non

sopravvivevano al primo anno (negli anni Trenta questo dato è sceso a uno su dieci). In termini assoluti si tratta, solo in quell'anno, di quasi 224 mila bambini deceduti, circa l'1% dell'intera popolazione italiana di allora.

A serpeggiare per la penisola erano allora malaria, tubercolosi, sifilide. Regolari le epidemie di tifo, colera, difterite e vaiolo. Estremamente diffuso il rachitismo e la pellagra, causate da malnutrizione. L'aspettativa media di vita non superava i 55 anni e quasi la metà dei morti era costituita da bambini al di sotto dei cinque anni. Preceduta da una inchiesta parlamentare sotto il Governo Crispi, in cui emergevano drammatiche condizioni di vita, specialmente dell'operaio nel latifondo meridionale ma anche del giovane proletariato nelle città che andavano rapidamente inurbandosi, è la *Legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica* del 1888, la prima grande riforma sanitaria italiana³.

Essa, rompendo una lunghissima inattività legislativa su questo fronte, pone in essere una serie di misure per contrastare le pessime e diffuse condizioni igieniche, a partire dalla costruzione delle reti fognarie e degli acquedotti, stabilisce anche dei regolamenti igienici, come ad esempio per la macellazione delle carni, oltre che criteri per i cimiteri.

Tuttavia non poteva dirsi esistesse allora un Welfare sanitario statale vero e proprio, l'intervento pubblico si limitava solo a particolari malattie o alla piaga degli indigenti, dei vagabondi, dei malati disabili abbandonati e dei poveri, per i quali c'era anche l'iscrizione ad una specifica lista.

Il ruolo della Chiesa

Lo Stato liberale, per un lungo periodo, ha svolto in pratica un intervento residuale in materia sanitaria, agendo in maniera circoscritta laddove esisteva un fenomeno eccezionale, un'emergenza tale da assumere un carattere di interesse politico generale e impellente per la borghesia. A svolgere sistematicamente sul territorio l'assistenza agli ammalati erano invece istituzioni private a carattere religioso, le cosiddette Opere Pie, la cui origine in Italia risale al Medioevo e il loro fiorire al Rinascimento.

In questi primi ricoveri, privati ma gratuiti, accanto alle suore, vero architrave organizzativo, vi erano medici liberi professionisti volontari *pro bono*, le lavandaie nel ruolo di proto-infermiere ed i portantini, per muovere i malati e portare vie le salme. Quello che le Opere Pie facevano nei fatti era in buona sostanza sfamare e tenere puliti. Perché la medicina arrivi effettivamente a curare occorre attendere lo sviluppo dell'industria chimica e farmaceutica, ovvero l'arrivo degli antibiotici, successivamente dei vaccini, in generale dei farmaci⁴.

Le Opere Pie al loro apice erano una foresta di 22 mila istituzioni, con un patrimonio superiore al bilancio dello Stato, pari a circa due miliardi di lire (8,5 miliardi di euro attualizzati), ed una rendita annua di cento milioni di lire (420 milioni di euro). Tra queste, gli ospedali veri e propri erano circa un migliaio, ma detenevano un terzo del patrimonio. Gli introiti provenivano da enormi lasciti che venivano reinvestiti in proprietà immobiliari tanto che solo una minima parte delle risorse, più o meno il dieci per cento, finiva in assistenza sanitaria: «*contano tra i loro organici più avvocati, contabili e tesorieri che medici, e detengono quote cospicue del patrimonio edilizio di città come Genova o Napoli, o posseggono alcune delle migliori tenute della bassa Lombardia o del Veneto*»⁵.

Fu Urbano Rattazzi nel 1862 a spingere il giovane Regno d'Italia a esercitare funzioni di controllo sugli enti cattolici, ridelineandone la figura giuridica. La sanità privata cattolica subì poi un ulteriore attacco con la legge Crispi del 1890, quando vennero soppresse numerose Opere Pie ed incamerato il loro patrimonio, e soprattutto con la loro trasformazione in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza, sotto il diretto controllo dei Comuni (per giunta con la proibizione della presenza del clero negli organi di gestione). Lo scontro tra Stato e Chiesa su questo punto non fu di poco conto. Crispi volle laicizzare la gestione del povero argomentando di volerla togliere a «*mani rapaci o incapaci*». Gli organi di informazione cattolica, come *La Civiltà Cattolica*, *L'Osservatore Cattolico* e *La Voce della Verità*, nel tentativo di opporsi all'ingerenza statale accusarono il Governo di «*statolatria*» e definirono il liberalismo «*ladrocinio*». La normativa di Giolitti del 1904, in linea con la regolamentazione

crispina, portò però ad un ulteriore accentramento delle prerogative dello Stato.

Ad ogni modo, ancora dal periodo di Crispi fino all'ultimo Giolitti, principalmente per l'inerzia complessiva dell'amministrazione statale, sono ancora le Opere Pie ospitaliere, e gli istituti da esse derivate, a costituire la più grande organizzazione sanitaria presente in Italia, a conferma dell'eccezionale potere di controllo sociale esercitato allora dalla Chiesa.

Gli anni della prima Grande Guerra imperialista fino al 1922 furono una fase di transizione in cui entrarono in crisi le Opere Pie e lo Stato assunse un peso maggiore, anche in virtù di misure straordinarie attuate durante il conflitto.

«Pallidi, macilenti, avvizziti, costoro a vent'anni sembrano già vecchi, si stancano facilmente, si ammalano ad ogni causa morbosa a cui s'espongono; i loro figli, delicati, sparuti, malaticci, quando non muoiono nella prima età sono destinati a menare la stessa esistenza travagliata dagli stessi malanni». Giovanni Boeri (*Malattie professionali in rapporto al lavoro eccessivo, 1884*)⁶

A contribuire alla spinta per l'approvazione della legge del 1888 fu l'epidemia di colera verificatasi tra il 1885 e '86. Già nel triennio 1865-67 il colera aveva provocato più di 150 mila vittime, più di tutte le guerre risorgimentali messe assieme. Ora, la nuova ondata imperversava su larga scala e devastava, a causa anche delle condizioni urbane profondamente anti-igieniche, tre città portuali come Genova, Napoli e Palermo. Questa malattia, che perfino qualche storico borghese definisce come "una malattia di classe", più di altre era particolarmente virulenta tra gli strati poveri e la classe operaia, a causa del degrado in cui erano costretti a vivere e lavorare.

Ma l'epidemia di colera, travalicando i confini dei quartieri proletari, costituiva un problema per le stesse classi dominanti. Le cronache sono generose di candide testimonianze in tal senso. Pietro Betti nel 1855 scriveva che *«nelle pestilenze il contagio, incominciando a fare stragi nella classe povera, guadagna infine anco la più agiata. [...] giunge un momento in cui la loro massa e la loro diffusione è tale e tanta, per cui neppure la classe più facoltosa può preservarsene»*. Enrico Mayer (in *Ricordi del cholera in Livorno nel 1854*) era ancora più esplicito riguardo le motivazioni che dovevano spingere all'intervento pubblico: *«non è solo carità, ma previdenza: perché il sollievo del povero è altresì preservazione del ricco e la voce dell'umanità è consiglio di universale salute»*⁷.

I processi capitalistici di industrializzazione e di urbanizzazione, a cui sono connessi l'irrompere sulla scena del movimento operaio e delle sue lotte, posero all'ordine del giorno solo a fine Ottocento e primi del Novecento una serie di provvedimenti inerenti la salute stessa della classe proletaria: l'assicurazione contro gli infortuni, il riconoscimento giuridico delle società di mutuo soccorso, una limitazione del lavoro minorile, ecc⁸.

Con l'età giolittiana c'è l'avvio dei primi elementi di Stato sociale, una prima incubazione di *Welfare State* sull'esempio della Germania guglielmina. La legge sugli infortuni sul lavoro del 1898, ad esempio, sancisce un sistema di assicurazione obbligatoria per gli operai delle industrie, delle costruzioni e imprese edili, delle miniere (ma non dei braccianti). Ma ancora nel 1913, al *Congresso nazionale operaio per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro*, viene rivendicato, ma non ottenuto, non solo l'assicurazione per le malattie, l'invalidità, la vecchiaia e la maternità, ma anche che le malattie professionali fossero assimilate agli infortuni. In quegli anni si sviluppa la medicina del lavoro, in ritardo rispetto a Francia e Inghilterra, nonostante vi fosse stato in Italia un precursore come Bernardino Ramazzini (1633-1714), citato anche da Marx nel *Capitale*. Occorre il protagonismo operaio perché oltre alle rivendicazioni sindacali riguardo a orari, salari e disciplina di fabbrica, ecc. si ponessero sul tavolo anche i variegati aspetti specifici della salute della forza-lavoro salariata.

Ecco allora che veniva alla luce il legame tra condizione proletaria e malattia: su cento persone ammalate di tubercolosi novanta appartenevano alla classe lavoratrice⁹. La tubercolosi, ed anche la malaria divenuta anch'essa endemica, hanno un nesso stringente con i ritmi e gli ambienti di lavoro malsani (che possono essere da un lato, per la tisi, luoghi chiusi con scarsa ventilazione e dall'altro, per la malaria, l'aperta esposizione alla campagna, ma si pensi anche alle febbri delle mondine nelle risaie). Se dunque l'abito tisico si cuciva su misura

della deficienza di aria, luce e nutrizione, specifiche malattie professionali, allora come oggi, non lasciavano scampo ad un nesso di causa ed effetto nella tragicità dei grandi numeri: la tisi degli scalpellini è in realtà silicosi, come quella che affligge chi lavora l'alabastro, l'anemia dei minatori è anchilostomiasi, i lavoratori del piombo erano affetti da saturnismo, diffusissime le malattie polmonari per le cenciaiole, le cotoniere, le lavoranti di cappelli, di spazzole e pellicce, tra le setaiole si riscontrava l'anemia e la clorosi, la periostite cronica tra le fiammiferarie, ecc¹⁰. Nelle fabbriche e nelle campagne, laddove insomma il capitale si valorizzava con l'impiego feroce di forza-lavoro, fosse essa di fanciullo o di donna gravida, «*la voce dell'umanità*» non era «*consiglio di universale salute*», semplicemente perché essa era la voce del borghese.

«[...] nelle ore d'offensiva, i malati da “studiare” son centinaia e tutti gridano e imprecano e maledicono e ti strappano l'anima coi loro “mamma” gorgogliati nel sangue. [...] E tu sei lì con il coltello in mano sospeso sull'arto che la scheggia ha quasi staccato dal busto – e lo trattiene un brandello – [...]. E t'industri ad allacciare un'arteria che lo dissangua, a legargli stecche di ferro, di legno, rami secchi presso gli arti spezzati, per vedertelo medicato o fasciato, morire in regola senza una parola. E via e via, a decine e a decine». Corrado Tumiati (in *Zaino di sanità*)¹¹

Le guerre oltre che essere state madri di malattie sono state anche scuole di chirurgia. A fine Ottocento, quando l'imperialismo italiano si lancia nelle sue prime avventure espansioniste, veniva investito nelle forze armate tra il 24% e il 27% del bilancio statale. Ciò non impedì sonore sconfitte, come ad Adua nel 1896, dove su 16 mila uomini impiegati si registrarono diecimila morti, senza contare i seviziati e i mutilati in quelle iniziative colonialiste (che offrirono ai chirurghi e alla loro arte cerusica un notevole laboratorio di tecniche ricostruttive)¹².

Ovviamente il primo conflitto imperialista rappresenta un salto di qualità sconcertante, senza precedenti. Il servizio sanitario militare dipendeva dal ministero della Guerra, sotto il comando del Generale Della Valle, ed era costituito dal Corpo della Sanità Militare e dalla Croce Rossa Italiana, a cui si affiancavano come volontari i Cavalieri di Malta, quelli dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro e i gesuiti¹³. L'organizzazione sanitaria, già nei primi mesi, si dimostra tuttavia inadeguata, soprattutto perché non si aspettavano un tale flusso di feriti. Durante tutto l'arco della guerra si sono contati due milioni e mezzo tra feriti e ammalati. La varietà di ferite riportate dai soldati era impressionante, dovute principalmente alle armi da fuoco - fucili, pistole, mitragliatrici, proiettili esplosivi shrapnel (con dentro pallette di piombo), granate, ecc. -, ma anche dall'arma bianca a causa dell'utilizzo a breve distanza anche di strumenti tipici del Medioevo come mazze ferrate, clave, spadoni e tirapugni (celebre il pugnale degli Arditi).

Se il primo utilizzo militare dell'aviazione è avvenuto proprio ad opera dell'imperialismo straccione italiano nella guerra di Libia del 1911, l'utilizzo sistematico di ricognizione e caccia bombardieri si presenta durante la Grande Guerra, quando dal cielo vengono lanciate anche le prime armi chimiche (inaugurate nella seconda battaglia di Ypres nel 1915, da cui il nome di gas iprite). I gas tossici sono irritanti, vescicanti, asfissianti, mortali, il loro impatto si traduce anche in una dimensione psicologica di terrore, forse ancora di più di quella provocata dalla vista dei carri armati, che non sono ancora lontanamente quelle macchine efficienti che diverranno con la *blitzkrieg* nazista. La medicina si specializza anche contro gli effetti delle bombe incendiarie e dei lanciafiamme, nasce infatti allora il triage relativamente alle ustioni.

Nell'esercito, data anche la grande concentrazione di truppe e le mostruose condizioni di vita al fronte, si diffondono e rinvigoriscono la malaria, il tifo petecchiale, il colera e soprattutto la tubercolosi. La trincea era infatti fabbrica di tisi, oltre che di dissenteria. Per finire si abbatte l'epidemia di influenza spagnola che nella sola popolazione italiana miete in pochi anni qualcosa come seicentomila vittime, una cifra solo questa analoga ai morti catalogati in battaglia¹⁴.

Alla spagnola fanno poi da corteo la meningite cerebro-spinale, l'encefalite e altre malattie infettive come il vaiolo, anche se il vero flagello della sanità militare sono state le

diffusissime infezioni, tra cui in primis la gangrena gassosa.

A tutto questo si aggiunga l'autolesionismo, lo shock provocato dalle bombe, il piegarsi della psiche al fatalismo e alla rassegnazione ("se non si muore oggi si muore domani", "un minuto ci sei e un altro sei morto", erano frasi diffuse), tutti quei fenomeni poi definiti dalla psichiatria come disturbo da stress post-traumatico rilevabile nei reduci e nei prigionieri di guerra tornati a casa, l'utilizzo di droghe, alcool principalmente, per instillare la sfida del pericolo ma anche per ottenebrare la mente, fino al prodursi di quelli che venivano bollati, con un termine orrendo, "scemi di guerra"¹⁵. Anche questi problemi devono avere in mente i marxisti conseguenti tra i cui compiti ci sarà ancora quello di trasformare la guerra imperialista in rivoluzione comunista, sulla scorta dell'esempio bolscevico.

NOTE:

- ¹ Roberto Cea, *Il Governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Franco Angeli, Milano 2019.
- ² Giovanna Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma 2010. Interessante è che questo problema stia risorgendo nell'imperialismo più maturo e avanzato di tutti, quello statunitense, come risulta infatti da un'impressionante fotografia rilasciata dallo stesso Pentagono (come riferito dal sito di *Usa Today* del 15 maggio 2019): appena il 29% della fascia compresa tra 17 e 24 anni ha le caratteristiche idonee per entrare nell'esercito. La causa di ciò è in primo luogo l'obesità, specie negli Stati del Sud, ma anche i procedimenti penali e la mancanza di un titolo di studio equivalente ad un diploma superiore che precludono l'accesso al servizio militare.
- ³ L'architettura della legge Crispi-Pagliani, con la divisione delle responsabilità tra Stato, ministeri e Comuni, rimase in vigore per novant'anni, fino alla nascita del SSN.
- ⁴ Voltaire con un suo pungente aforisma fulminò così una professione che ancora poco poteva basarsi sulla scienza: «i medici utilizzano medicine che non sanno cosa sono, per malattie che conoscono ancora meno, per pazienti che non conoscono affatto». Ancora nel secondo Ottocento italiano la professione del medico non era ammantata da diffuso prestigio sociale (si ricordi *il Signor Dottorino* di Emilio De Marchi), e anzi spesso si contendeva un ruolo pratico contro sedicenti maghi e stregoni, ciarlatani insomma.
- ⁵ Paolo Frascani, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia*, Annali 7, Malattia e Medicina, a cura di Franco della Peruta, Giulio Einaudi editore, Torino 1984.
- ⁶ Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Laterza, Bari 2016.
- ⁷ Anna Lucia Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia*, Op. Cit.
- ⁸ Giuseppe Sacchi, nella sua inchiesta *Sullo stato dei fanciulli nelle manifatture* (1842), testimonia della polvere di cotone che gli operai bambini erano costretti a respirare in un lavoro logorante fin dalla più tenera età: essi «entrano nella filatura a sette ed otto anni vispi e allegri e ne escono larve d'uomini». Nel 1876 Vittorio Ellena, un funzionario ministeriale, compilò una statistica per cui ancora nell'anno 1870 nelle sole fabbriche tessili erano impiegati oltre novantamila fanciulli, più del 23% del totale della forza lavoro. Questi erano retribuiti solo un terzo del salario degli adulti, ma avevano orari non inferiori alle dodici ore giornaliere e coprivano anch'essi i turni notturni. Le concessioni borghesi su questo fronte furono avere e dannatamente faticose da strappare: al 1902 l'età minima di lavoro passò dai nove ai dodici anni e per lo più il provvedimento rimase sulla carta per anni in assenza di ispezioni adeguate.
- ⁹ Nella condizione proletaria va inclusa, oltre ovviamente alla questione delle abitazioni, anche l'alimentazione, per cui si pensi solo all'oscuro morbo della pellagra, alla fine associato all'eccessivo, se non quasi esclusivo, consumo di granoturco, sotto forma di polenta. Per lo stato di salute non si può poi non menzionare indicatori generali, confermati anche dall'antropometria militare, che illustrano per gli operai e i contadini, rispetto ai membri delle classi dominanti, un'aspettativa di vita, un'altezza e un'ampiezza toracica sensibilmente inferiore.
- ¹⁰ Al 1900 su 1,412 milioni di lavoratori industriali 558 mila sono donne, in particolare sono la metà delle impiegate nell'abbigliamento e il 70% nel tessile. Le terribili condizioni di lavoro hanno anche riflessi sulla gravidanza e la mortalità infantile tanto che si parla di "strage degli innocenti". Anche qui la discriminante di classe è evidente: la media del 20% di bimbi nati morti entro il primo anno vede in realtà il 35% di decessi tra i figli delle operaie, percentuale che sale addirittura al 50% se i figli sono dati in balia.
- ¹¹ Guido Caironi, *La medicina in trincea. Conoscenze, tecniche e organizzazione sanitaria sul fronte italiano*, Gino Rossato Editore, Vicenza 2020.
- ¹² Giorgio Cosmacini, *Guerra e medicina. Dall'antichità ad oggi*, Laterza, Bari 2011.
- ¹³ La Croce Rossa Italiana militarizzò il suo personale, composto da 9500 infermiere e 1200 medici, e dispiegò 209 apparati logistici, tra cui ospedali, ambulanze, tende e treni ospedali.
- ¹⁴ Si stima invero che dei circa 600 mila decessi in guerra il 48,6% morì in seguito a ferite e il 33% per malattie, gli altri sono i dispersi, i militi ignoti, o quelli decimati per disciplina militare.
- ¹⁵ Il servizio psichiatrico del Regio Esercito ha contato 40 mila casi trattati sotto le armi e in 27 mila gli individui affetti da sintomi permanenti anche dopo la guerra, sintomi che erano principalmente: tremori e brividi incontrollati, crolli nervosi, mutismo e incapacità di reazione a stimoli esterni, dissociazione di identità.