

Le
infezioni
nella
storia
della
medicina

The
infections
in the
history of
medicine

La nascita dei sanatori e lo sviluppo socio-sanitario in Europa ed in Italia

**La lotta alla tubercolosi dal periodo post-risorgimentale
al 1930**

**The fight against tuberculosis and developments in public
health from 1890 to 1930 in Italy**

Sergio Sabbatani

Unità Operativa di Malattie Infettive, Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, Italy

■ PREMESSA

Il concetto di aiuto collettivo, sviluppatosi come estensione laica della *“cristiana solidarietà”*, nel corso della fine del XIX e della prima metà del XX secolo si è ulteriormente trasformato, compiendo un salto di qualità sul piano organizzativo. Questo processo nel decennio tra il 1920 ed il 1930 in Italia ha fatto nascere l’assistenza sociale e sanitaria gestita, istituzionalmente, dallo Stato, pur con il contributo importante di organizzazioni volontarie e di associazioni scientifiche.

La moderna assistenza sanitaria, fondata sui valori della solidarietà, deve molto al medico toscano Giuseppe Barellai¹. Questo medico filantropo spese quasi tutta la sua vita per dar vita, prima in Toscana, poi dopo l’Unità d’Italia anche in altre regioni, ad un’organizzazione umanitaria con forti caratteristiche sociali, improntata alla solidarietà e volontarietà. Alla sua morte, nel 1884, in Italia si poteva contare su oltre 20 colonie marine, tutte collegate all’organizzazione da Lui fondata.

Come abbiamo riportato in un nostro precedente lavoro, tra la fine del settecento e l’inizio del secolo successivo, in Italia ed in Inghilterra

si era radicata l’opinione, sostenuta da evidenze per l’epoca solide, che attribuiva al clima marino un importante ruolo terapeutico nella tubercolosi [1]. Più in particolare *“l’aria di mare”* avrebbe efficacemente contrastato l’evoluzione della tisi, dallo stadio iniziale, più facilmente controllabile, alla fase più progredita, non suscettibile di cure risolutive [2, 3]. Inoltre già nella prima metà del XIX secolo il ruolo favorevole del clima montano era stato consigliato da Biagio Castaldi² che sperimentò (su se stesso) gli effetti salutari di una buona e sostanziosa alimentazione e del soggiorno in altura. Dopo questa personale esperienza, tra il 1847 ed il 1856, Egli trattò quattro tisici con le medesime modalità riportando ottimi risultati [4]. In un suo studio, datato 1858, il Castaldi osservava che la frequenza della tisi decresceva con l’altitudine, a partire dai 600 metri, ed era rarissima nei paesi a più di mille metri. Castaldi attribuiva l’effetto terapeutico, più che al clima, all’altitudine [5]. Il merito di aver posto l’accento sul clima va ascritto a Ermanno Brehmers³. Egli fece costruire due sanatori, il primo nel 1859 a Göbersdorf, in Slesia, a 560 m. sul mare, il secondo, nel 1875, a Falkenstein [6]. Contemporaneamente, grazie alle ambianta-

¹Giuseppe Barellai (1813-1884). Oltre ad essere medico filantropo ed appassionato organizzatore, partecipò alla battaglia di Curtatone (1848), rimanendo sul campo a curare i feriti, facendosi fare prigioniero dagli Austriaci. Internato in Boemia e liberato nel 1849, in seguito si dedicò completamente allo studio ed alla cura della tubercolosi.

²Biagio Castaldi (1821-1864) anch’Egli malato di tisi, fu studioso di vaglia in quanto aveva pubblicato, già nel 1847, un lavoro sull’uso della polvere di nitrato d’argento mescolata a polvere di carbone, mistura assunta per via inalatoria, e somministrata allo scopo di attivare un processo cicatrizzante in caso di TBC polmonare.

³Ermanno Brehmers (1826-1889).

zioni letterarie, cresceva la notorietà di Davos in Engadina⁴.

Oltre al soggiorno in località climatiche veniva attribuito un ruolo importante all'alimentazione, raggiunse infatti anche le 6.000 calorie giornaliere, venivano introdotte in eccesso carne, uova, latte [7].

Già dal 1874 nel sanatorio di Göbersdorf era prevista una sezione assegnata ad ospitare persone appartenenti al ceto popolare. In seguito questo allargamento fu adottato anche a Falkenstein, a Ruperstheim e dal 1895 in Svizzera, nel Cantone di Berna, Heiligenschwendi [7].

La Germania fu all'avanguardia in quel periodo perché, grazie alla legge di assicurazione sociale contro le malattie (1883), furono costruiti numerosi sanatori ad Hannover (70 letti), a Grabowsee (189 letti), a Oberderg (114 letti), a Stiege (80 letti). Ma oltre a questi luoghi di cura anche altri, più piccoli, entrarono in attività.

Da un punto di vista scientifico e organizzativo fu importantissimo il Congresso di Berlino del 1889 nel quale veniva affermato, nella risoluzione conclusiva, che *"La TBC è una malattia popolare e la lotta contro di essa deve venire condotta con i mezzi di tutto il popolo"* [7].

Nel Nuovo Regno d'Italia le prime colonie di bosco o montane furono istituite, facendo tesoro delle pionieristiche esperienze varate nel Gran Ducato di Toscana, in particolare a Lucca tra il 1821 ed il 1864 (ospizio marino di Viareggio), a Firenze a partire dal 1853, a Prato dal 1864 e a Pistoia dal 1866. In Emilia, nel 1874, la bolognese Opera Pia Ospizi Marini attivò a Rimini una sua casa, seguita nel 1878, dai cittadini di Casale che fondarono colonie marine ed alpine. In Lombardia, nel 1881, la Pia Istituzione di cura climatica, gratuita per i fanciulli gracili delle scuole elementari milanesi, iniziava la sua attività. Questo approccio preventivo nell'ambito scolastico era affiancato, nel 1884, ancora a Firenze dalle stazioni scolastiche estive volute dal Comune, da Brescia con la sua Stazione Sanitaria Alpina (1884), e da Cremona con la Pia Istituzione per la cura climatica ai fanciulli gracili (1888) [8].

Vorremmo sottolineare che i bambini di Bolo-

gna, già dal 1874, potevano contare su uno stabilimento costruito sulla spiaggia di Rimini, dove oltre ai bambini gracili bolognesi, venivano accolti fanciulli provenienti da altre città. Questa residenza marittima poteva contare su 450 posti letto, estensibili fino a 600. L'Istituto, sorto sotto il nome di Opera Pia consorziale Bologna-Imola, in seguito fu dedicato ad Augusto Murri (1842-1932) [8].

Che la luce intensa svolgesse un ruolo nella cura della tubercolosi fu evidenziato dal danese Niels Finsen⁵, ma già Lazzaro Spallanzani⁶ nel 1769 aveva notato l'azione battericida del sole. In precedenza nel 1892 Antonino Sciascia⁷ aveva applicato il fotocauterico ed il suo sistema di cura elioterapica. Egli, dopo avere distinto l'azione dello spettro violetto ed ultravioletto da quello rosso ed infrarosso, applicò per primo l'elioterapia alla cura della tubercolosi. Le forme tubercolari dei gangli linfatici, quella delle articolazioni e delle ossa, della cute, delle sierose e quella renale erano le più suscettibili alla azione dei raggi solari. Si riteneva che più che l'azione del calore⁸ fosse l'attività dei raggi solari, sull'intero sistema nervoso, a causare i maggiori benefici con un "risveglio" di tutte le attività biologiche dell'organismo [9]. Secondo Omodei Zorini l'elioterapia (col metodo di Finsen) era dannosa nella TBC polmonare in quanto provocava facilmente intense reazioni congestizie ed essudative che predisponavano alla riattivazione dei focolai morbosi e alla emottisi [10]. Nei confronti della lotta alla tubercolosi, nell'ultimo ventennio del XIX secolo si affermò il valore del concorso collettivo negli studi, corroborato dall'azione propulsiva delle associazioni scientifiche. Queste, riunendosi in congressi nazionali ed internazionali, svolsero una profonda funzione di stimolo e di indirizzo sui governi degli stati più moderni. Le eccezionali scoperte scientifiche in ambito microbiologico di quel periodo, grazie all'opera divulgativa, intrinseca al dibattito dei ricercatori e mediante l'ispirazione di leggi collegate a campagne d'opinione, guidarono importanti indirizzi di politica sanitaria. Questo sinergico

⁴Già dal 1841 erano stati concentrati a Davos trenta ragazzini scrofolosi per essere curati mediante la buona nutrizione, la pulizia sistematica, la vita all'aperto e l'esposizione al sole.

⁵Niels Finsen (1860-1904). Nel 1896 fondò il *Finsen's Medicinske Lysinstitut* per lo studio degli effetti biologici e terapeutici della luce. Ricevette il premio Nobel per la medicina nel 1906. Nel 1897 Finsen consigliava per la prima volta l'uso della fototerapia nella cura del Lupus.

⁶Lazzaro Spallanzani (1729-1799). Fra le numerose scoperte dello Spallanzani sono da ricordare l'individuazione del succo gastrico e la distinzione fra globuli bianchi e globuli rossi (1768).

⁷Antonino Sciascia (1839-1925). Avendo Egli per primo applicato l'elioterapia, datane comunicazione al XIII Congresso Oftalmologico di Palermo (1892), ha il merito di aver introdotto l'utilizzo della luce in medicina.

⁸Il Bacillo di Kock muore, se è esposto ai raggi diretti del sole, in circa 10 minuti.

smo d'azione alimentò la crescita sociale e sanitaria, ma gli scarsi presidi terapeutici a disposizione non potevano consentire un altrettanto efficace contrasto dell'epidemia tubercolare.

Nel 1889 a Boston, la Società Americana di Climatologia, riconosceva che la miglior opportunità di cura per i tisici era il sanatorio. Questa posizione venne ribadita l'anno dopo a Berlino al X Congresso Internazionale di Medicina Interna [7]. La prima Lega Nazionale contro la TBC fu fondata in Francia nel 1891, seguita nel 1893 dall'Associazione Svizzera per lottare contro la TBC e costruire i sanatori. Due anni dopo fu costituito il Comitato Centrale Tedesco per la lotta alla tubercolosi.

In Italia, a partire dal 1898, erano sorti diversi comitati locali (Siena, Pisa, Padova) e l'anno seguente queste associazioni davano vita alla *Lega Italiana*, sotto il patronato del Re d'Italia e con Presidente Guido Baccelli⁹. Nel 1900 si tenne a Napoli, su iniziativa della Lega Italiana, un congresso sulla tubercolosi che, nella mozione conclusiva, riportava due importanti obiettivi programmatici. Il primo era l'istituzione di una Cattedra per lo studio sperimentale e clinico della tubercolosi, il secondo auspicava l'intervento dello Stato e degli Enti pubblici per la costruzione dei sanatori. Riprendendo infine le indicazioni emerse dai Congressi di Berlino (1889) e di Parigi del 1898 si rilanciava la proposta di formare un Comitato Internazionale con i rappresentanti di Francia, Germania ed Italia.

■ L'INFLUSSO DEI RISULTATI SCIENTIFICI SULLE LEGISLAZIONI EUROPEE

Come ricorda nella sua brillante sintesi il fisiologo Arcangelo Ilvento: *"Il concetto, scaturito dalle indagini della scienza ed elaborato in forma pratica nei congressi, prende la sua figura nella legislazione ed entra a far parte della vita sociale di un popolo"* [7]. Ci sembra interessante questa riflessione per meglio comprendere ciò che avvenne tra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del secolo successivo.

Dopo le scoperte di Kock e Pasteur non furono ripetuti gli errori compiuti nel XVIII secolo, quando i provvedimenti sanitari antitubercolari, adottati nelle più importanti città italiane

erano stati ritirati, a distanza di pochi decenni, dalla loro introduzione. Questo atteggiamento contraddittorio era collegato al fatto che nel Settecento non si era compreso che il contagio ed il decorso della malattia tubercolare non erano assimilabili ad altre malattie acute epidemiche, come peste e colera. È noto che la TBC è una malattia ad evoluzione cronica ed a decorso molto lento che presenta saltuarie ma progressive (per gravità) riaccensioni. Da questa constatazione deriva che nel caso della TBC i provvedimenti di carattere medico contumaciale, per essere efficaci, avrebbero dovuto essere affiancati dalla crescita di un'organizzazione sociale e sanitaria, a sostegno dei malati e dei familiari. Ciò per consentire meglio il superamento della crisi che, generalmente, colpiva sia chi era vittima della malattia sia i familiari dei malati.

Grazie alla grande scoperta del *Mycobacterium tuberculosis* (1882), con la dimostrazione definitiva che la tubercolosi era una malattia contagiosa, si crearono le condizioni favorevoli che condussero al varo di legislazioni specifiche. Questa dimensione sociale e legislativa consentì il salto di qualità più importante per impostare, su altre basi, la lotta alla malattia.

La Nazione all'avanguardia fu sempre la Germania (1883) seguita dalla Gran Bretagna (1890) e da alcune città dell'Impero Austro-Ungarico come Trieste (1887) e Merano (1889), ove vennero varati provvedimenti e normative che prevedevano iniziative atte a circoscrivere il contagio nella società.

Nel 1897 in Italia si adottarono le prime disposizioni per il raggruppamento dei tisici in reparti di isolamento, mentre sono del 1899 le normative per la lotta contro la tubercolosi negli ospedali, negli opifici ed in generale nei luoghi di lavoro a carattere industriale. Nel 1900 fu indetto dallo Stato Italiano un concorso pubblico a premi per un progetto di sanatorio popolare [7]. Però la spinta alla lotta contro la TBC veniva dal basso. Nel 1899 si costituiva a Pisa un Comitato per l'edificazione di un sanatorio popolare; questo Comitato avrebbe in seguito organizzato anche una conferenza di propaganda indirizzata alla lotta antitubercolare. Nello stesso anno a Padova veniva fondato il primo Comitato Regionale della Lega Nazionale contro la tubercolosi.

Il secolo XX si apre, in alcuni stati europei

⁹Guido Baccelli (1832-1916). Clinico medico a Roma, sostenne l'importanza dell'insegnamento delle malattie da lavoro agli studenti di medicina. Fu anche fautore della bonifica delle Paludi Pontine.

all'avanguardia come Germania e Svizzera, con la costituzione, in ambito veterinario, di modelli organizzativi in grado di contrastare la tubercolosi nei bovini. In questi paesi furono contemporaneamente adottate disposizioni che comprendevano non solo l'obbligo di denuncia dei decessi per tisi negli ospedali, ma anche la denuncia generale dei decessi sul territorio, per la stessa causa, in tutta la popolazione. È sempre la Germania che guida, in Europa, l'adeguamento della normativa sanitaria alla moderna visione scientifica della tubercolosi, ormai unanimemente riconosciuta malattia contagiosa. Ricordiamo che in quel Paese, nel 1883, era stata promulgata la prima legislazione¹⁰.

Al Congresso contro la tubercolosi di Londra del 1901 fu raccomandata, per la prima volta, l'istituzione dei dispensari antitubercolari. L'anno seguente alla prima Conferenza Internazionale, cui parteciparono 21 stati, fu costituita un'Assemblea Costituente dell'Ufficio Internazionale per la lotta alla tubercolosi. Questo Ufficio ebbe il merito di convocare 11 Conferenze Internazionali, prima del 1914, ove i maggiori studiosi, in rappresentanza dei governi e delle diverse comunità scientifiche nazionali, ebbero modo di confrontarsi sui diversi temi scientifici e sociali proposti, indirizzando poi i rispettivi paesi verso scelte omogenee e condivise dalla comunità scientifica internazionale.

L'organizzazione sanitaria antitubercolare italiana nacque alla fine dell'Ottocento, inizialmente grazie a circoscritte iniziative volontarie che tuttavia presentavano il limite di tenere scarsi rapporti con la neocostituita Lega contro la TBC (1899). Bologna ebbe un certo ruolo in questa fase. Già nel 1900 veniva inaugurato a Budrio, paesino della "bassa bolognese", il primo istituto ospedaliero specializzato, ospitava 100 letti e fu edificato grazie alla donazione di un generoso privato¹¹. La scelta di costruire un sanatorio in una zona non montana fu dettata dalla volontà di mantenere gli ammalati nel loro ambiente climatico abituale, l'intento era

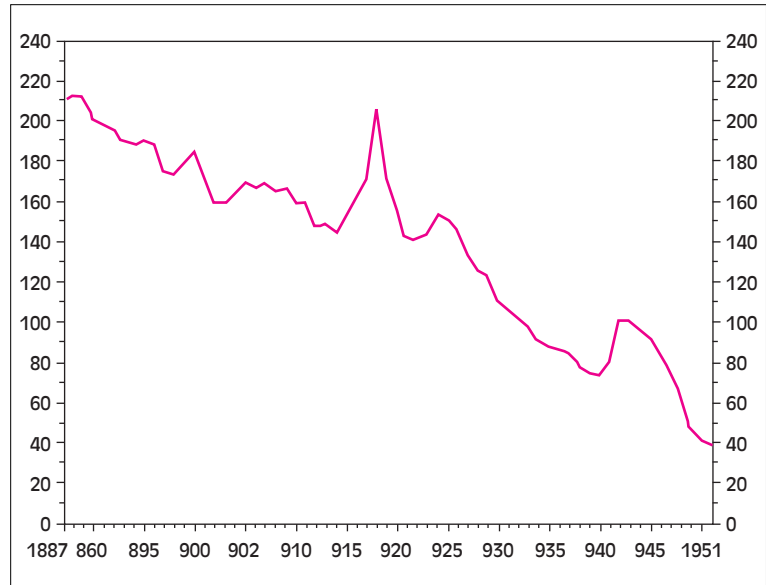
ottenere "guarigioni" più stabili di quelle che si realizzavano in ambiente montano. In effetti, non era raro vedere pazienti curati in montagna che, quando tornavano alle condizioni climatiche normali presentavano brusche ricadute (10). Contemporaneamente al sanatorio di Bologna, sorgeva a Gries (Bolzano), un altro istituto. Nel 1903 si apriva un sanatorio privato nelle Prealpi di Sondrio, a Pineta di Sortenna. Nel 1904 era la volta di Livorno, nel 1905 di Roma (Ospizio Umberto I), nel 1906 di Genova, nel 1909 di Torino, nel 1914 di Venezia. Un grande sanatorio, con vocazione alla cura dei ceti popolari, venne costruito nei primissimi anni del secolo in Valtellina, a 1250 metri d'altitudine [11].

I dispensari antitubercolari furono propagandati e proposti nel nostro paese a partire dal 1904. Nel 1911 iniziò la sua attività a Roma un grande dispensario, donazione della Regina Margherita [7]. A Bologna nel marzo 1914 la locale Associazione contro la tubercolosi aprì il primo dispensario antitubercolare della Regione, mentre contemporaneamente era attivato un reparto tisiatico all'Ospedale S. Orsola. Nei primi tre Congressi Italiani contro la TBC - Milano 1906, Firenze 1909 e Torino 1913 - si portarono in discussione tre argomenti di straordinaria importanza per l'epoca: l'utilizzo del dispensario come mezzo profilattico e come mezzo curativo, l'assicurazione obbligatoria dei lavoratori contro le malattie, la richiesta di un contributo legislativo e finanziario dello Stato. Già l'anno primo si era tenuto un convegno di Deputati del Regno che aveva portato alla stesura di un programma con un finanziamento di 200.000 £. del bilancio statale, relativo al 1914, per favorire la lotta alla tubercolosi [7]. Come si è detto, la pressione dell'opinione pubblica era, per l'epoca, abbastanza forte e in quegli anni si andavano costituendo numerose associazioni volontarie per cooperare nella lotta alla malattia tubercolare. Si osservi che tutte contribuivano, direttamente o indirettamente, a contrastare la tubercolosi attraverso programmi di sostegno indirizzati verso categorie svantaggiate.

¹⁰Legge del 13 giugno 1883 sull'assicurazione contro le malattie. L'organizzazione delle Casse di malattia interessava il 90% della popolazione e poteva provvedere all'assistenza degli assicurati, a domicilio ed in ospedale, per sei mesi. Questa legge fece sorgere numerosi Istituti antitubercolari di vario tipo e contribuì, enormemente, a responsabilizzare gli ammalati di tubercolosi che si denunciavano volontariamente alle prime manifestazioni sospette. La legge fu modificata il 10 aprile 1892 ed emendata di nuovo il 19 luglio 1911, con una legge sull'ordinamento dell'assicurazione nazionale, che comprendeva pure l'invalidità e gli infortuni. Ricordiamo inoltre la legge del 15 luglio 1899 sull'assicurazione contro l'invalidità. Questa legge prevedeva che dopo i primi sei mesi di assistenza a carico della Cassa Malattia, gli infermi passavano a carico di questa seconda assicurazione, che organizzava, anche finanziariamente, i trattamenti curativi a lunga scadenza. Questa legge consentì di costruire l'estesissima rete di sanatori che poteva vantare la Germania.

¹¹Bologna e provincia dopo questo primo sanatorio videro incrementare ancora le loro potenzialità di cura ed accoglienza. Nel 1917 la città poteva contare su 242 posti letto per una popolazione complessiva di 642.203 abitanti (8).

Figura 1 - Mortalità per TBC (tutte le forme) in Italia dal 1887 al 1951 (dati proporzionali a 100.000 abitanti). Le fasi di accentuata deflessione si sono verificate nel periodo 1900-1914, in coincidenza con la diffusione della diagnostica radiologica, della collassoterapia secondo Forlanini e con la creazione delle prime istituzioni sanatoriali e dei dispensari antitubercolari; nel 1927-1940 grazie all'istituzione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari e dell'assicurazione obbligatoria contro la TBC; nel 1945 ed anni seguenti grazie alla diffusione della terapia antibiotica antitubercolare ed all'applicazione della schermografia a livello di massa nella diagnostica precoce.



Purtroppo con lo scoppio della prima guerra mondiale furono stroncate tutte le iniziative di collegamento e coordinamento fra le diverse nazioni. Con il riemergere delle antiche rivalità, vennero meno gli organismi sanitari internazionali che negli anni precedenti avevano consentito scambi di idee, omogeneizzando le linee d'indirizzo organizzative dei diversi governi ed apparati sanitari.

In Italia i dati raccolti a posteriori dimostrano che già a partire dal 1914 si registrò una ripresa significativa dei decessi per tubercolosi, in particolar modo fra i bambini. La figura 1 consente di rilevare il trend di mortalità per tubercolosi dal 1887 al 1951: si osservi il picco del 1918 che si ripropose, seppure con intensità minore, durante il secondo conflitto bellico nel 1942-1943. Nel 1887 le denunce di morte per TBC furono 62.614, mentre nel 1951 scesero a 18.844, con un decremento rilevante: 211 morti (per 100.000 abitanti) vs 39.5.

Tra il 1914 ed il 1918 questa tendenza, caratterizzata dalla riaccensione del fenomeno, si registrò non soltanto negli stati belligeranti, ma anche fra le popolazioni degli stati neutrali [7]. Con la chiamata alle armi anche di soggetti a rischio si delineò, rapidamente, una crescita della tubercolosi fra i diversi eserciti e poi tra i prigionieri di guerra che si andavano ammassando, nei campi di prigionia, nel prosieguo del conflitto. Il contagio in trincea e nelle caserme, il deficit di alimentazione dei soldati e della popolazione civile erano i fattori epidemici più significativi; si osservavano però peculiarità e ca-

ratteristiche varianti in ogni paese. In Francia, per esempio, con l'utilizzo di truppe africane nelle retrovie, dal Reno alle Alpi, si osservò la diffusione massiva dell'epidemia tra questi soldati. Queste truppe, provenienti da regioni che in quell'epoca non avevano ancora subito un'importante pressione epidemica tubercolare, si trovavano, per la prima volta nella loro vita, a contatto con l'infezione.

In Italia, tra il 1917 ed il 1918, furono rimpatriati 11.000 prigionieri dai campi di detenzione austriaci perché affetti dalla malattia tubercolare. A partire dal 1916 la Federazione delle Opere antitubercolari aveva proposto un piano per far fronte ad un'emergenza di questo tipo. L'anno seguente la Direzione Generale di Sanità Militare era in grado di accogliere in centri di accertamento diagnostico circa 20.000 soldati. Nel 1918 la mortalità in Italia per TBC toccò la cifra di 73.000 decessi; negli anni precedenti allo scoppio del conflitto i deceduti erano annualmente circa 50.000 [7].

Lo stesso anno il mondo fu colpito dalla pandemia influenzale chiamata "spagnola". Si calcolano complessivamente tre milioni di morti, probabilmente tra questi molti erano i defedati. Non è da escludere che una buona percentuale lo fosse a causa di una tubercolosi latente, ove la "spagnola" esercitò il ruolo di fattore precipitante, in una condizione fisica già compromessa.

Dopo la guerra, nel 1919, a Cannes in Francia, si tenne una grande riunione internazionale, su iniziativa delle Croci Rosse del Nord-America,

Francia, Giappone, Inghilterra ed Italia. Nella terza sessione si discusse il tema tubercolosi e nella mozione conclusiva venne richiesto ai vari governi di “...costituire un conveniente numero di dispensari, come centri di diagnosi e di propaganda. Si chiedeva l’esecuzione dell’esame medico sistematico dei fanciulli nelle scuole, la cura in sanatorio ed il ricovero in ospedale dei malati, l’istituzione di scuole all’aperto per fanciulli sospetti di essersi infettati, colonie di lavoro post-sanatoriali, vigilanza nel commercio del latte, il miglioramento nel tenore di vita delle popolazioni, auspicando infine la collaborazione dei diversi servizi pubblici”.

Nel 1920 a Parigi si costituiva, fra i Paesi che avevano aderito alla Società delle Nazioni, l’Unione Internazionale per la Lotta alla Tubercolosi, espressione delle associazioni nazionali o, in mancanza di queste, dei rispettivi governi. Tra il 1920 ed il 1930 si tennero sette Conferenze Internazionali ed in ognuna ci si attenne a tre temi generali: uno scientifico, uno clinico, ed uno sociale.

Come si può apprezzare, la tubercolosi mobilitava la maggior complessità possibile di contributi proprio perché si era compreso, e con ciò si deve riconoscere una grande modernità, che per contrastare questo flagello si doveva organizzare un approccio multifocale ed il più possibile trasversale.

In Italia già nel 1907 alla Conferenza Internazionale di Roma si era stabilito di affidare alla Lega delle Croci Rosse di condurre a termine una ricerca per accertare la diffusione della malattia negli ambienti operai industriali. Per vari motivi, tra cui anche il primo conflitto mondiale, questa indicazione non fu subito sviluppata. Fu ripresa in considerazione solo nel 1928-29, quando l’Ufficio d’Igiene di Milano l’adottò sviluppando un’inchiesta fra le operaie di una fabbrica ove si lavorava la gomma, ottenendo interessanti risultati [7].

Nel 1920 e nel 1921, per ricordare il loro problema, gli ex-militari italiani, dichiarati invalidi perché tisi e costituitisi in associazione, tennero due congressi, rispettivamente, a Milano ed a Roma. Questa spinta rivendicativa venne recepita dal Governo Italiano che, costituendo l’Opera Nazionale per gli Invalidi di Guerra, andò ad inglobare anche le richieste dei militari tubercolotici, disciplinando le cure per questi malati. Anche l’Opera Nazionale per la Maternità e l’Infanzia, voluta nel 1925 dal Governo, si occupò della prevenzione: accudiva i figli dei tubercolotici mediante provvedimenti di prevenzione primaria e secondaria. E’ del 1915 la

nascita dell’Opera di Prevenzione Antitubercolare Infantile (Mangiagalli), che andò a svolgere la sua missione a Milano, assistendo i figli dei tisi. In questo caso si registrarono elargizioni significative di banche e di privati in varie città italiane (Torino, Milano, Verona, Palermo, Alessandria, Milano, Trapani, Roma, Reggio Calabria). A Torino la famiglia Agnelli si distinse per generosità [7].

In Italia nel periodo 1919-1930 crebbe la disciplina legale assicurativa e mediante il concorso attivo di nuovi strati di popolazione, prima non coinvolti, si ottenne così un’organizzazione di tipo nazionale più efficace. Nel 1919 una legge specifica decuplicava gli stanziamenti di bilancio, concedendo crediti e sussidi per la costruzione di dispensari e sanatori. Si trasformarono così i Comitati Provinciali Antitubercolari in Consorzi fra i Comuni, Province ed Opere antitubercolari, con l’intento di meglio coordinare ed unificare l’azione da svolgere. Nel 1923 venne data facoltà ai Prefetti di dichiarare l’obbligatorietà dei Consorzi e nel 1927 una Legge rese obbligatoria, in ogni provincia, la costituzione del Consorzio antitubercolare come ente di diritto pubblico destinato alla disciplina della lotta, alla tutela ed assistenza del malato, nonché alla profilassi dei sani nella rispettiva provincia. In particolare con il Decreto Legge del 17 ottobre 1927 si imponeva a tutti gli assicurati per invalidità e vecchiaia, un contributo per organizzare ed eseguire l’assistenza, nel caso che essi o persone di famiglia si fossero ammalati di TBC. Si calcolò che, grazie a questi provvedimenti, quasi la metà della popolazione italiana sia stata coinvolta nei benefici assicurativi. Si ottenne un sensibile calo del tasso di mortalità: 160 decessi per 100.000 abitanti nel 1920, 112 decessi per 100.000 nel 1930 (Figura 1). Il cartogramma riportato in Figura 2 consente di valutare, nel 1927, la mortalità per tubercolosi (tutte le forme), per ciascuna provincia.

Questa nuova spinta propulsiva era anche espressione di un processo aggregativo dei diversi gruppi di volontariato che si riunirono dando luogo, il 25 ottobre 1922, alla Federazione Nazionale Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi.

Il nuovo organismo federativo propose al Governo Italiano un progetto di finanziamento a favore delle iniziative di lotta, che richiedeva una tassa minima pro-capite per ogni cittadino italiano ed una tassa sui pubblici spettacoli. La tassa fu istituita ed andò a favore dell’attività di

Consorti Antitubercolari, andando a carico, in misura variabile, del bilancio comunale e del bilancio provinciale. Su questa importante base di finanziamento si sviluppò la rete dei Consorzi Antitubercolari in Italia [7].

Se prima del conflitto bellico la lotta alla tubercolosi si affidava largamente alla volontarietà ed all'associazionismo spontaneo, durante la prima guerra mondiale, con la drammatica ripresa dell'epidemia tubercolare, si cominciò ad affrontare strutturalmente il problema. Si crearono i presupposti perché lo Stato fosse coinvolto, in prima persona, nell'organizzazione e pianificazione dei problemi sanitari e sociali collegati alla tubercolosi.

Al termine della guerra l'Esercito sciolse i suoi ospedali per tubercolotici, conservando attivo solo il sanatorio di Anzio. Parimenti la Croce Rossa Italiana liquidava le sue unità attive in tempo di guerra, impegnandosi con successo nella costruzione di nuovi sanatori civili, che contribuirono, significativamente, alla lotta alla TBC negli anni venti e trenta. Inoltre, sempre la Croce Rossa si occupò dei figli dei tubercolotici costituendo i preventori. Famoso fu quello di Fara Sabina aperto il 16 novembre 1918 e chiuso il 16 luglio 1919. Ospitava 100 letti e fu trasformato in collegio permanente per i figli di tubercolotici [11]. Le Figure 3 e 4 mostrano bambini milanesi e di Bergamo sottoposti a sedute di elioterapia in colonie gestite dalla Croce

Figura 3 - Sedute di elioterapia presso il Trotter di Milano (foto di: *Proprietà dell'Archivio Storico della C.R.I. di Bergamo*).

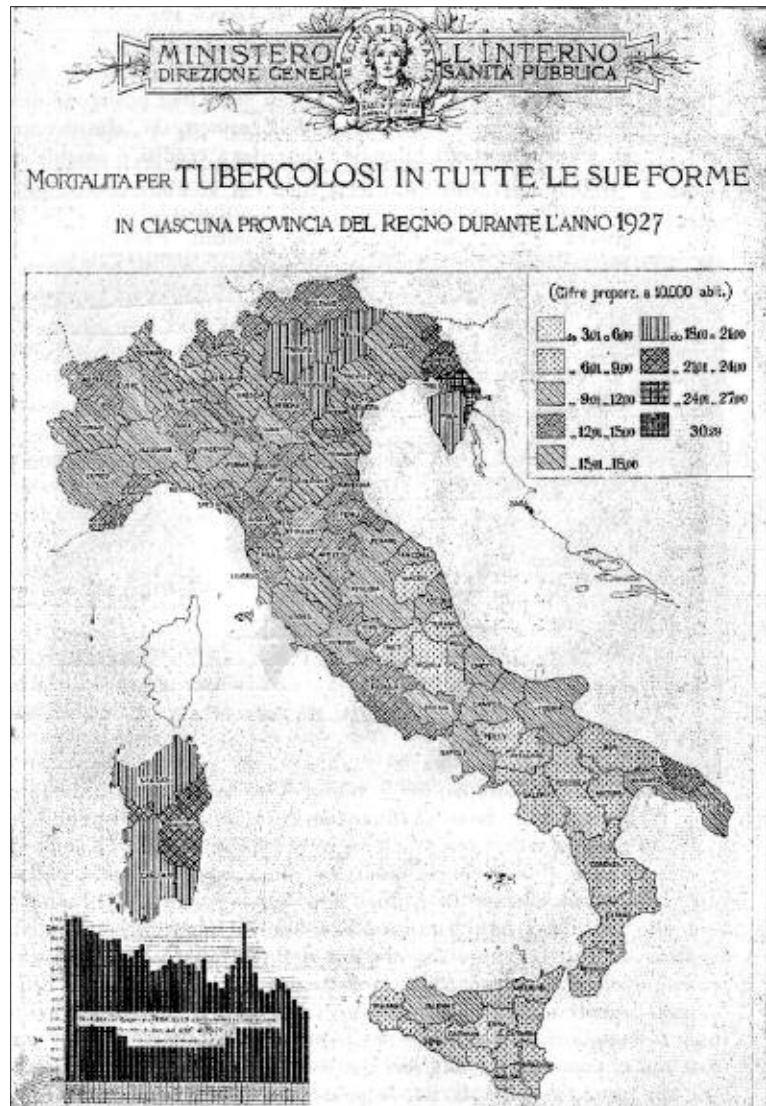


Figura 2 - Nel cartogramma viene presentata in Italia (provincia per provincia) la mortalità nel 1927 per tubercolosi (in tutte le sue forme).





Figura 4 - Colonia elioterapica delle Croce Rossa di Bergamo (foto di proprietà dell'Archivio Storico della C.R.I. - Bergamo).



Figura 5 - Pazienti del sanatorio tubercolare di Cuasso al Monte (Varese) (foto di proprietà dell'Archivio Storico della C.R.I. - Bergamo).

Rossa. In queste istituzioni furono compiuti studi sulla costituzione dei bambini figli di tisi, si diagnosticarono infezioni latenti, si applicò la climatoterapia¹² e si sviluppò, a livello

di massa, l'educazione fisica che nel periodo del *ventennio fascista* fu particolarmente favorita.

Nel 1923, in occasione del Congresso Nazionale degli Igienisti, la Federazione tenne nella stessa città, Venezia, un Convegno e nel medesimo anno fu conclusa un'inchiesta sulle associazioni ed istituzioni attive in Italia nella lotta antitubercolare. In questo proficuo fermento nel 1925 si tenne a Napoli, il primo Congresso Nazionale contro la tubercolosi, i temi affrontati furono: *sanatori di altitudine, di pianura e di mare; vaccinazione preventiva; finanziamento della lotta antitubercolare*. In occasione di questo consesso si fondò la Società Italiana di Studi Scientifici sulla Tubercolosi e tre mesi dopo, nel corso del XIX Congresso Nazionale dei Medici Condotti, si costituiva anche l'Associazione Antitubercolare dei Medici Condotti [7].

Tutto questo fiorire di iniziative portò finalmente nel maggio 1927 alla Legge Assicurativa contro la tubercolosi. Al Congresso Nazionale di Milano dello stesso anno i temi congressuali furono: *dispensario antitubercolare; finanziamento della lotta contro la TBC; tubercolosi e costituzione*.

Nel 1928 la Federazione organizzò a Roma, per formare i medici impegnati contro la TBC, un corso di aggiorna-

mento sulle ultime acquisizioni sanitarie e scientifiche¹³.

L'organizzazione sanitaria a favore dei tubercolotici, in mancanza dei presidi farmacologici

¹²Bologna era all'avanguardia: oltre all'Opera Pia Ospizi Marini per fanciulli scrofolosi che aveva già dal 1874 una sua casa sulla spiaggia di Rimini, esistevano le colonie scolastiche bolognesi. Queste iniziarono a funzionare nel 1889 e divennero ente morale nel 1910; avevano sede a Castiglion dei Pepoli, località montana dell'Appennino bolognese. Inoltre, dal 1918 era attiva la Colonia Scolastica di Casaglia e dal 1923 la Casa del Sole, istituita dal Comitato Femminile pro Mutilati e Tubercolotici di guerra. Nella provincia di Bologna, nel 1923, l'Amministrazione Comunale di Budrio cominciò ad inviare i bambini gracili all'ospizio marino A. Murri di Rimini, mentre, da Imola, l'Opera Pia Ospizi Marini inviava i fanciulli alla Colonia montana di Sestola (Modena) (8).

¹³L'organizzazione di questo corso ebbe l'appoggio della Confederazione dell'Industria e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

indispensabili ancora non disponibili¹⁴, rispondeva come poteva al dilagare dell'epidemia tubercolare. Si implementavano così i posti letto nei sanatori: erano 12.000 nel 1923, nel 1930 divennero 32.000¹⁵. In termini di mortalità e morbilità pur presentando miglioramenti la situazione rimaneva drammatica. Nel 1910 la mortalità per tubercolosi era pari a 161 decessi per 100.000 abitanti, nel 1920 era di 160, per scendere a 112 nel 1930. (Dati Ministero dell'Interno – Direzione Generale Sanità Pubblica).

L'Italia in quegli anni contava i morti. Uno studio del 1931 rilevava che *“al quinto anno dall'inizio della lotta alla TBC si registravano 10.000 decessi in meno all'anno, grazie alla pianificazione degli interventi di prevenzione e dell'assistenza curativa”*. Inoltre si riportavano mille decessi in meno su 6.000 morti per meningite tubercolare. All'epoca la meningite tubercolare presentava un tasso di letalità del 100% [7].

Negli anni venti e trenta del secolo scorso l'Italia, grazie all'intervento dello Stato, fece notevoli passi in avanti nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria per i malati con TBC, affiancandosi, seppure in ritardo, a Germania, Inghilterra, Danimarca, Olanda e Francia. L'avvento dell'Assicurazione Sociale contribuì a questo miglioramento, mancava però quella cultura politica ed economica che avrebbe evitato, con una maggiore distribuzione del reddito prodotto, che i ceti sociali più deboli ed emarginati, rimanessero, a causa di povertà, denutrizione e forzata coabitazione¹⁶, ad alto rischio di contrarre l'infezione micobatterica.

Per questi motivi la tubercolosi in Italia era destinata, ancora negli anni quaranta e cinquanta, seppure riducendosi il tasso di letalità, a costituire un'importantissima causa di morbosità¹⁷ e mortalità.

Un ringraziamento ai Responsabili dell'Archivio Storico della C.R.I. di Bergamo.

¹²Bologna era all'avanguardia: oltre all'Opera Pia Ospizi Marini per fanciulli scrofolosi che aveva già dal 1874 una sua casa sulla spiaggia di Rimini, esistevano le colonie scolastiche bolognesi. Queste iniziarono a funzionare nel 1889 e divennero ente morale nel 1910; avevano sede a Castiglione dei Pepoli, località montana dell'Appennino bolognese. Inoltre, dal 1918 era attiva la Colonia Scolastica di Casaglia e dal 1923 la Casa del Sole, istituita dal Comitato Femminile pro Mutilati e Tubercolotici di guerra. Nella provincia di Bologna, nel 1923, l'Amministrazione Comunale di Budrio cominciò ad inviare i bambini gracili all'ospizio marino A. Murri di Rimini, mentre, da Imola, l'Opera Pia Ospizi Marini inviava i fanciulli alla Colonia montana di Sestola (Modena) (8).

¹³L'organizzazione di questo corso ebbe l'appoggio della Confederazione dell'Industria e della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

¹⁴La streptomycina fu isolata dallo *Streptomyces griseus* da Selmann A. Waksman (1888-1973) e coll. nel 1944. Importanti furono gli studi effettuati nel 1947 all'Istituto Forlanini su un vasto materiale d'autopsia, oltre 200 casi, che dimostrarono gli esiti immediati e a distanza della terapia con questo antibiotico nelle varie forme di TBC polmonare ed extra-polmonare [12]. L'attività antitubercolare dell'acido para-aminosalicilico (PAS) fu accertata nel 1946. L'idrazide dell'acido isonicotinico (INI) è entrata nell'armamentario antitubercolare nel 1952.

¹⁵A questi si dovevano aggiungere i posti letto previsti ed in allestimento collegati all'attività dall'Assicurazione Nazionale contro la TBC.

¹⁶La città di Bologna tra il 1889 (anno del varo del primo Piano Regolatore) ed il 1930 si impegnò, particolarmente, in un processo di ristrutturazione edilizia che portò ad un'importante bonifica urbana ed alla nascita di nuovi quartieri popolari e residenziali più salubri [12].

¹⁷In Italia fu possibile conoscere la morbosità tubercolare solo a partire dal 1933, quando si registrarono 70.000 nuovi casi, ed era pari a 1,72 casi per 1.000 abitanti [10].

RIASSUNTO

L'Autore presenta la traiettoria compiuta dalla crescita sociale e sanitaria in Italia che dapprima, grazie alla nascita spontanea di associazioni sociali e scientifiche, poi per l'intervento dello Stato, consentì lo sviluppo della rete sanatoriale. A partire dal 1890 i convegni, i congressi ed i dibattiti politici furono numerosi e proficui, tanto da consentire il varo di una normativa assicurativa specifica che, dal 1927, interessò nel nostro Paese circa la metà della popolazione.

Il primo conflitto mondiale causò un grave arresto del trend virtuoso relativo alla mortalità e morbilità dell'epidemia tubercolare, mentre fra il 1900 ed il 1914 era stata osservata una sensibile ri-

duzione dell'epidemia. Bologna, unitamente ad altre città toscane e lombarde, si contraddistinse per le precoci iniziative sia in ambito curativo (sanatori), sia preventivo (colonie marine e montane). Intorno al 1930 nonostante questa crescita socio-sanitaria ed assistenziale la tubercolosi in Italia continuava comunque a costituire un importante problema.

In Europa la Germania fu la nazione che seppe guidare, più di tutte le altre, sul piano sociale, scientifico e legislativo la lotta alla tubercolosi. Già nel 1883 in quel Paese era stata varata una legge assicurativa contro le malattie e si costituiva una rete di sanatori.

SUMMARY

The Author presents the developments in society and public health that paved the way, thanks to the birth of social and scientific associations and later to state intervention, for the establishment of hospitals for tuberculosis in Italy at the beginning of the 20th century. From 1890 onwards many fruitful meetings, conferences and debates ultimately led to the passing of a specific law on public health care; in 1927 this law covered about half the population. The First World War was undoubtedly the prime cause that stopped the downward trend in mortality and morbidity from the tuberculosis epidemic in the early 20th cen-

tury. Early on, Bologna, together with other cities in Tuscany and Lombardy, developed plans for therapy (i.e. hospitals for tuberculosis) and prevention (i.e. holiday camps). However, in Italy in the 1930s tuberculosis continued to be a major problem despite such improvements in public health.

In Europe, Germany was the nation that pioneered the fight against tuberculosis by social, scientific and legislative means. Since 1883 there had been a specific law for insurance against illnesses and a network of sanatoria had been established.

■ BIBLIOGRAFIA

- [1] Sabbatani S. L'intuizione di Girolamo Fracastoro sul contagio della tisi ed i suoi oppositori. Storia di un'idea. *Infez. Med.* 12, 4, 284-291, 2004.
- [2] Cocchi A. Dei bagni di Pisa, 1750, Firenze.
- [3] Gilchrist H., The use of sea voyages in Medicine and particularly in a consumption. 1756, Londra.
- [4] Castaldi B. Gazzetta Medica degli Stati Sardi. 1858, Torino.
- [5] Abba F. La contagiosità ed evitabilità della tubercolosi. 1912, Pisa.
- [6] Dettweiler D., Die Behandlung der Lungen-Schwindsucht in geschlossenen Heilanstalten. 1880, Berlino.
- [7] Ilvento A. La tubercolosi attraverso i secoli. Storia di una idea (Edito da: Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi), 1933, XI, Roma.
- [8] Campani A., Ilvento A., Mendes G., Colonia e Ospizi Marini, In: *Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia. Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi* (Salute e Igiene, Ed.) 1924, pp. 7-36. Roma.
- [9] Appunti originali dattiloscritti del Prof. Guido Mendes. (Reperiti presso la Biblioteca dell'Istituto Forlanini di Roma).
- [10] Omodei Zorini A. Tisiologia (V edizione) Casa Editrice Idelson, 1963, Napoli.
- [11] Campani A., Ilvento A., Mendes G., Descrizione dei principali Sanatori Provinciali e Comunali, In: *Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia. Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi* (Salute e Igiene Ed.) 1924, pp 41-83. Roma.
- [12] Sabbatani S., La tubercolosi tra ottocento e novecento. Aspetti epidemiologici e ruolo del risanamento urbano nella prevenzione della tubercolosi a Bologna. *Infez. Med.* 13, 1, 48-56, 2005.