

## Principali fenomeni sociosanitari nei primi decenni del processo italiano di integrazione unitaria

*Raimondo Villano*

*Accademico Effettivo A.S.A.S.*

*Classe Scienze medico-biologiche - Decreto Ministero B.A.C. 86/2007*

### Abstract it/en

*Ci si sofferma, nell'ambito dei primi decenni del processo italiano di integrazione unitaria, su talune rilevanti eliminazioni di disomogeneità amministrative e tecniche e sul varo di impianti legislativi e si approfondiscono la gestione delle emergenze epidemiologiche e lo sviluppo scientifico ed industriale.*

\* \* \*

*There dwells, in the early decades of the Italian trial, unified integration, elimination of certain significant inhomogeneity of administrative and technical facilities and the launching of legislative and deepen the management of emergencies and epidemiological scientific and industrial development.*

Un saluto alle autorità e ai colleghi, un grazie al Presidente Iacovelli per l'invito a quest'evento.

Il processo di Unità d'Italia, che si sviluppa in un coacervo di fenomeni evolutivi magmatici ed epocali coinvolgenti gran parte d'Europa, genera sia il superamento delle frammentazioni geopolitiche con l'omogeneità prima e l'uniformità poi organizzativa e legislativa sia un *climax* ed un *humus* particolarmente favorevoli alla divulgazione/diffusione di eventi e informazioni, effetto che rende la società dell'epoca sostanzialmente assimilabile ad una sorta di vera e propria microprotosocietà globale *ante litteram*.

Nell'ambito dei processi unitari mi soffermerò su talune rilevanti **eliminazioni di disomogeneità amministrative e tecniche e sul varo di impianti legislativi**, mentre tra i fenomeni che incidono sulla società dell'epoca approfondirò la **gestione delle emergenze epidemiologiche e lo sviluppo scientifico e industriale**.

**In epoca pre-unitaria** la disomogeneità amministrativa rende **difficile applicare pesi e misure**, avendone ogni Stato di propri, per cui vi sono molte tavole comparative; inoltre, è difficile anche decifrare e spedire le ricette mediche per le **varie denominazioni ufficiali e dialettali delle droghe**, per cui vi sono molti **Dizionari di Sinonimia**.

Dal **1861 al 1870** si adotta, fra le tante, come **Farmacopea Ufficiale** quella **degli Stati Sardi** e poi, fino al 1892, il più completo e scientificamente rigoroso **Codice Romano**, approvato da Pio IX ed ufficiale nello Stato Pontificio: trattato teorico-pratico moderno farmacologico e chimico-farmaceutico che introduce ai metodi analitici e avvia il mutamento delle farmacopee moderne.

La **conquista della Città Eterna** carica di notevole **valore simbolico le decisioni politiche**, anche molto accentratrici della classe dirigente risorgimentale: emblematica, ad esempio, è l'approvazione di Camera e Senato (senza alcuna discussione) dell'ingente stanziamento di mezzo milione di lire per creare i laboratori di chimica, fisiologia e fisica nell'Università di Roma, dove il chimico Cannizzaro aspira a realizzare un centro di ricerca di livello europeo.

Nel **1862** la **legge Rattazzi** coordina le istituzioni ospedaliere e assistenziali.

Nel **1865**, poi, nascono leggi determinanti sullo sviluppo legislativo fino ai giorni nostri. Come allegato alla **Legge di "Unificazione amministrativa dello Stato"** nasce la **prima normativa sanitaria organica** che introduce un principio valido per oltre un secolo: la sanità deve soggiacere all'autorità politica, rappresentata nelle Province dai Prefetti. L'applicazione della legge, tuttavia, evidenzia carenze soprattutto per i pochi tecnici nelle Commissioni. Le funzioni sanitarie, poi, sono centralizzate nel Ministero dell'Interno che si avvale di Prefetti, Sottoprefetti, Sindaci e Consigli di Sanità e vi è l'obbligo ai Comuni di assistere i poveri. Tali prestazioni gratuite, però, sono limitate a spese per medici, chirurghi e levatrici (ma solo se non provvedono istituzioni specifiche), non comprendono cure e ricoveri ospedalieri, eccetto in Toscana e vari territori di ex Stati preunitari dove, per leggi o consuetudini, c'è obbligo per i Comuni di rimborso spese agli ospedali per la cura dei malati poveri. Nasce, con legge di unificazione amministrativa, il **Consiglio Superiore di**

**Sanità**, per trasposizione in sede nazionale di una legge del Regno di Sardegna del 1859. Vittorio Emanuele, poi, istituisce la **Scuola di Farmacia** abolendo l'ibrido da Scienze naturali e Medicina.

Nel **1870** nasce il **progetto di Codice Sanitario** per un'unica Farmacopea, ma la Commissione elaboratrice ha difficoltà ad armonizzare le metodiche e a comporre diversi usi e tradizioni locali.

Nel **1892**, poi, esce la **prima edizione** della **Farmacopea**, testo ufficiale di: qualità e requisiti preparativi dei farmaci, divieto di sostituibilità dei componenti (eliminando i cosiddetti "*qui pro quo*" dei vecchi Antidotari), obblighi del servizio farmaceutico, metodi di indagine, sostanze obbligatorie. Con la Farmacopea, la cui detenzione è obbligatoria per le categorie di filiera, l'empirismo è sostituito dal rigore scientifico. Nel **1902** esce la **seconda edizione** che elimina sostanze di dubbia efficacia, esenta il farmacista dal controllo istologico e microbiologico delle droghe, obbliga l'acquisto dall'industria di alcune sostanze chimiche e introduce nuove forme farmaceutiche (pillole e granuli). Nel **1909** esce la **terza edizione** con modifiche di formule di medicinali eroici, indicazioni di impurità e falsificazioni, esenta il farmacista dall'analisi botanica delle droghe, inserisce la tabella di conversione di gocce in grammi, norme di sterilizzazione e nuovi farmaci (come ASA, fenacetina, codeina e siero antidifterico). Molte sono le innovazioni in Farmacopea fino alla quinta del 1926, che introduce vaccini e arsenobenzoli.

Nel **1888** si armonizzano legislazioni preunitarie con la **legge Crispi** che, con la gestione rigida in Direzione Generale, Medico Provinciale e Medico Comunale, con il riconoscimento giuridico della condotta medica, con la gestione dell'igiene e la vigilanza sulle professioni, contribuisce all'aumento di aspettativa di vita da 33 a 44 anni. Essa, tra l'altro, afferma il **libero esercizio della farmacia** quale bene patrimoniale privato trasferibile anche a non farmacisti e avviabile senza vincoli e limitazioni territoriali, salvo obbligo di direzione di un farmacista che può non essere titolare o proprietario della farmacia. Ciò determina squilibri territoriali nel servizio.

Nel **1890** (L. 6972) si regola il domicilio di soccorso per il pagamento di spese di degenza ospedaliera dei bisognosi; l'obbligo di erogazione dei sussidi di spedalità è esteso a tutti i Comuni e si creano gli **IPAB** con funzioni, già proprie delle organizzazioni religiose, di assistenza sanitaria e ospedaliera, gratuita solo per indigenti e affetti da malattie sociali. Nascono l'**Istituto Superiore di Sanità**, i **Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi** e i **Consigli Sanitari Provinciali**.

Nel **1901** nasce il **Regolamento Generale** per le professioni sanitarie e l'Ufficio Centrale Sanitario.

Nel **1904** è introdotto l'**Ufficiale Sanitario** e l'obbligo di **assicurazione per i lavoratori** dell'industria. Nel **1907** nasce il primo **Testo Unico delle Leggi Sanitarie** che rende organica la materia e vige fino al 1934. Nel **1910** nascono gli **Ordini Sanitari Provinciali**, ritenuti necessari per tutelare i diritti dei singoli e per garanzia allo Stato di efficienza e regolarità di funzionamento dei servizi. I Direttivi formano ed aggiornano l'Albo Professionale, vigilano sulla disciplina degli iscritti e collaborano con Prefetture e Comuni. In seguito, nonostante la legge non preveda Organi Centrali, nascono federazioni nazionali degli Ordini.

Nel **1913** si vara la legge **Giolitti** che regola le farmacie, abolendo antichi privilegi e risolvendo questioni a lungo controverse. Si afferma che l'**assistenza farmaceutica è attività primaria dello Stato**, esercitata direttamente attraverso enti locali o delegata a privati in regime di **concessione governativa**. La **farmacia**, dunque, è concessione *ad personam*, non acquisibile, vendibile o trasferibile per successione o a qualsiasi altro titolo mentre si può conseguire la **titolarità** solo per concorso pubblico per titoli. L'apertura delle farmacie non è più discrezionale ma per **pianta organica** su quote di residenti, evitando le concentrazioni nelle città a scapito delle zone rurali, e si introduce l'**intervento pubblico** di gestione dei Comuni, che all'uopo discrezionalmente aprono farmacie anche in deroga alla pianta organica. La legge è difesa sostenendo che "*è nell'interesse pubblico, dà il miglior servizio al minor costo e con maggiori comodità. Il costo della prestazione farmaceutica è fissato dallo Stato che controlla sia il più basso possibile*".

In **ambito epidemiologico**, dopo il **1860** persistono molti **problemi** e nel **1873** il **Maggiorani** in Senato denuncia che dilagano tisi, scrofola, rachitide, pellagra, colera, malaria, difterite, "*la sifilide serpeggia indisciplinata fra i cittadini ed in ispecie fra le milizie e il vaiolo rialza il capo*". Inoltre, la mortalità infantile è circa il 50% del totale, per infezioni prevalentemente gastroenteriche da carente igiene e per ripercussioni su maternità ed infanzia di molte estese piaghe sociali: lavoro, sovente durissimo, protratto anche negli ultimi mesi di gravidanza; parto non assistito;

“esposizione” dei neonati “alla ruota”. La realtà unitaria italiana consente il superamento della parcellizzazione disomogenea nel contrasto epidemiologico.

Nel **1874** con **Regolamento** sono istituite le **Commissioni Municipali di Sanità** e ad ogni Comune è imposto di redigere un **Regolamento di Igiene**.

Per il **contrasto della malaria** nel **1900** si vara la **legge sul chinino di Stato** che regola acquisto e vendita del chinino a prezzo calmierato, istituisce un fondo di gestione dei sussidi per la lotta ed emana disposizioni su difese passive da zanzare in luoghi di lavoro e su bonifica di zone lacustri. Per evitare ritardi distributivi il Ministero delle Finanze stipula un accordo con quello della Guerra per affidare la produzione del chinino alla **Farmacia Militare Centrale di Torino**. Inoltre, tra il 1900 e il 1905 è costituito in Italia un *corpus* organico di leggi per contrastare la malaria e dai 16.464 morti del 1895 si giunge a 3.533 nel 1909. In tale periodo il chinino è capillarmente distribuito a prezzi bassissimi in tabaccheria ed fornito per obbligo dai datori di lavoro gratuitamente ai lavoratori in zone malariche.

Nel **1905** nasce in Eritrea la **prima industria italiana** per produrre grandi quantità di vaccino antivaaioloso: l'**Istituto Siero Vaccinogeno dell'Asmara**. Nel **1907** si avviano le cure per la **prevenzione della pellagra**.

Tra i vari **scenari morbigeni** dell'epoca successiva figurano: la “immensa fabbrica di donne pubbliche” della Grande Guerra che nel 1917 ridà vigore alla **sifilide**; il flagello pandemico di **influenza “Spagnola”** che coinvolge oltre un miliardo di persone, la metà della popolazione del globo, caratterizzandosi come evento planetario combattuto con l'indispensabile Aspirina; la **violenta recrudescenza della malaria** che dal 1914 ogni anno causa oltre 2.000 morti e circa 130 mila malati per la deflagrazione della Grande Guerra che distrugge molti impianti di bonifica e destabilizza l'organizzazione dei servizi sanitari distributori di farmaci a base di chinino; il trattamento delle numerosissime **ferite** provocate in epoca bellica **da granate** dirompenti.

Nel **1922** nasce a Torino lo **Stabilimento del Chinino di Stato**, unica struttura europea che fa l'intero ciclo lavorativo del chinino. Tale evento e l'acquisto di una piantagione di china a Giava spezzano il monopolio olandese dei derivati della china e dà rilevanti economie. I farmaci dello stabilimento sono apprezzati per qualità e costo anche all'estero e molti Paesi europei, asiatici ed americani lo acquistano. Nel **1923** nascono i **dispensari per le malattie veneree**. Nel **1925** nasce a Roma con finanziamenti della *Rockefeller Foundation* la **Stazione Sperimentale per la Lotta contro la Malaria**.

Nel giugno **1927** nelle Province sono istituiti **Consorzi antitubercolari** per la lotta alla malattia, assistere i malati e tutelare i sani, e si dispone che ogni assicurato per vecchiaia e invalidità versi un contributo capitaro per preordinare la gestione di assistenza e cura sua o di familiari in caso si ammali di tubercolosi. Tale importante malattia sociale, inoltre, è affrontata dal regime con energica azione di lotta e imponente apparato di edilizia sanitaria, con bonifiche e Campagne Nazionali Antitubercolari; benché l'ideologia terapeutica prevalga su quella preventiva, la mortalità tubercolare passa da 37.168 unità del 1929 a 31.998 del 1932 e nel lasso 1923-40 il tasso di mortalità cala dall'1,5% allo 0,75%.

Nel **1924**, poi, per raccomandazione della Commissione Igiene della *Société des Nations* sulla costituzione di Istituti sperimentali di sanità, nasce l'**Istituto Superiore di Sanità**.

In **ambito scientifico**, poi, **nel secondo '700** l'alchimia è quasi scomparsa e la **chimica è su base veramente scientifica**; la farmacologia è sperimentale ai **primi dell'Ottocento** mentre in clinica al **nichilismo terapeutico** subentra la più razionale **farmacologia terapeutica**, in Italia con i fisiologi Moleschott e Moritz e il farmacologo Cantani.

La necessità di avere più “*principi attivi*” puri e la nuova “tecnologia terapeutica” dei farmaci di sintesi sono parte dell'ampio processo che da fine '700 è l'**avvento della tecnologia in medicina** con l'esordio della clinica e l'esigenza di misurare e oggettivare il più possibile la malattia avvalendosi di strumenti, dal termometro allo stetoscopio fino poi ai raggi X. Anche la terapia medica usa nuove mezzi di somministrazione, come le siringhe metalliche o di vetro.

**Durante il '900** fiorisce il **positivismo** e nasce la **Farmacognosia**. Molte farmacie diventano piccola officina dove, con moderni mezzi e nuova mentalità sperimentale tipicamente positivista, il

farmacista scopre nuovi farmaci: oltre duemila alcaloidi, altrettanti glucosidi e innumerevoli composti di varia natura chimica con indicazioni terapeutiche clinicamente sperimentate.

Nel **rapporto fra chimica e industria** l'innovazione si realizza in ogni stadio produttivo con trasferimento di tecnologie e competizione per le materie prime, e lo sviluppo è connesso a processi cruciali che rinviano a specifiche reattività chimiche (come nitrificazione, idrogenazione e catalisi).

Nel **secondo '800** nascono nuovi coloranti sintetici per l'industria tessile e si scopre la loro capacità interattiva con l'organismo umano: si intuisce la possibilità di ottenere farmaci per sintesi chimica, il cui avvento innesca il **processo di industrializzazione farmaceutica** che muta il farmaco in specialità: facilmente disponibile, innovativa terapeuticamente e oggetto di profitto economico sottoposto a regole di mercato. Inizia una fase della farmacologia che porta alla rivoluzione terapeutica, nata in Germania e Svizzera tedesca.

Al nascere del Regno d'Italia l'**industria farmaceutica** è agli albori o quasi inesistente e l'eco degli eventi svizzeri e tedeschi è tardiva e attenuata per le arretrate condizioni politico-economiche e per la diversa tradizione culturale e scientifica. Nei Paesi di lingua tedesca l'industria farmaceutica sorge come continuazione o filiazione di quella chimica dei coloranti; nei Paesi di lingua latina nasce direttamente dai molti laboratori che affiancano le botteghe dei farmacisti. Se in Germania e Svizzera nascono commercianti-industriali e chimici-imprenditori, in Italia e in Francia emerge la nuova figura del **farmacista-imprenditore**, che muta in stabilimento la sua "officina" retro bottega. Vi sono farmacisti-industriali "maggiori" (**Schiapparelli, Carlo Erba, Zambelletti**), e "minori", benché protagonisti per inventiva e iniziativa, come **Malesci, Manetti, Alitti, Cassia, Dompè, Ciccarelli, Recordati, Corvi**, ecc.

Nel **1899** l'**Aspirina** è l'evento che segna la **nascita della farmacologia industriale** e del **farmaco come genere di largo consumo**. Quest'ultimo fenomeno è agevolato da *produzione di massa, nuovi mezzi di comunicazione, emergente marketing, pubblicità diffusa e graduale alfabetizzazione* della popolazione che muta molte persone in "dottori di se stessi".

All'**alba del XX secolo** lo **sviluppo tecnologico** non è più empirico ma progettato con criteri scientifici molto più rigorosi e precisi rispetto al passato. Tale contesto nella Germania in pieno sviluppo economico fa nutrire al **Kaiser Guglielmo II** la convinzione che nel connubio tra scienza e tecnologia si rispecchino il prestigio, il progresso economico e la potenza militare della nazione.

In Italia, invece, non vi è un progetto strategico centrale e l'**industria chimica**, alla pressante **richiesta di incentivi fiscali** per le materie prime essenziali, riscontra che il governo spesso non sa neanche creare un indirizzo fiscale e tariffario coerente. Anzi, emerge una "strana" disponibilità governativa a sostegno di specifici comparti industriali che causano una complessiva vulnerabilità del settore chimico di fronte a incursioni del capitale finanziario e nella capacità di affermazione di autonomia imprenditoriale e industriale.

In Italia nel **1915** i laboratori di specialità sono solo 25, per lo più di farmacisti e monoprodotti; nel **1919** sono 115, ma solo una trentina medio-grandi; **fra le due guerre** all'industria farmaceutica è evidente che una produzione quantitativa irilevante è possibile, come oltralpe, solo in strutture di dimensioni idonee e si tenta invano di consorzio aziende, accanto alle grandi Erba, Schiapparelli, Lepetit, Molteni. Le fusioni sono solo a due, come **Manetti & Roberts** o **Tutolo Ciaburri**; fa' eccezione **Granelli** che si sviluppa con più entità. Di fronte alla politica individualistica delle piccole aziende italiane, avanzano le forti straniere che conquistano crescenti aree di mercato.

Infine, un altro fenomeno sociale significativo in Italia è la **pubblicità farmaceutica**. Essa dal 1870 incarna un nuovo stile commerciale prepotentemente simbolico che costituisce il passaggio da una cultura di élite a una cultura popolare, occupando muri di strade, locandine di teatri, bar e negozi; essa è elemento sistematico d'influenza e orientamento delle masse di cui esponenzialmente nel tempo amalgama ed uniforma abitudini e costumi attraverso l'uso di nuove modalità di comunicazione che ben reggono la prova del tempo giungendo sostanzialmente fino ai giorni nostri.