

I primi decenni di unità

Fatta l'Italia, occorre armonizzare le legislazioni preesistenti, anche in ambito sanitario

DI RAIMONDO VILLANO

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 come *Farmacopea Ufficiale* quella degli Stati Sardi e poi, fino al 1892, il più completo e scientificamente rigoroso *Codice Romano*, approvato da Pio IX e ufficiale nello Stato Pontificio: trattato teorico-pratico moderno farmacologico e chimico-farmacologico 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, per 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, rappre-

sentata nelle Province dai prefetti. L'applicazione della legge, tuttavia, evidenzia carenze soprattutto per i pochi tecnici nelle commissioni. Le funzioni sanitarie sono centralizzate nel ministero dell'Interno, che si avvale di prefetti, sottoprefetti, sindaci e consigli di sanità e vi è l'obbligo per i 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. 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.

LA FARMACOPEA UFFICIALE

Nel 1892 esce la prima edizione della *Farmacopea*, testo ufficiale. Si occupa 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 edizione del 1926, che introduce vaccini e arsenobenzoli.

Nel 1888 si armonizzano le legislazioni preunitarie con la legge Crispi. 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 si regola il domicilio di soccorso per il pagamento di spese di degenza ospedaliera dei bisognosi; l'obbligo di erogazione dei sussidi 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.

Nel 1901 nascono il Regolamento generale per le professioni sanitarie e l'Ufficio centrale sanitario. Nel 1904 la figura del-



La farmacia militare centrale di Torino

l'ufficiale Sanitario e l'obbligo di assicurazione per i lavoratori dell'industria. Nel 1907 viene varato 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 e aggiornano l'albo professionale, vigilano sulla disciplina degli iscritti e collaborano con prefetture e Comuni.

DA GIOLITTI IN POI

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 qualsia-

si 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; 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 e in ispecie fra le milizie e il vaiolo rialza il capo». Inoltre, la mortalità infantile è circa il 50 per cento del totale, per infezioni prevalentemente gastroenteriche da carente

igiene e per ripercussioni su maternità e 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 vengono istituite le Commissioni municipali di sanità e a 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 ne regola acquisto e vendita 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, si elabora un *corpus organico* di leggi per contrastare la malaria e dai 16.464 morti del 1895 si passa ai 3.533 nel 1909. In tale periodo il chinino è capillarmente distribuito a prezzi bassissimi in tabaccheria e 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 antivaioleso: l'Istituto siero vaccinogeno dell'Asmara. Nel 1907 si avviano le cure per la prevenzione della pellagra.



COME ERAVAMO

SIFILIDE E MALARIA

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 realizza l'intero ciclo lavorativo del farmaco. 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 e americani li acquistano. Nel 1923 nascono i dispensari per le malattie veneree. Nel 1925 si fonda 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 al-

la 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; nel periodo 1923-1940 il tasso di mortalità cala dall'1,5 per cento allo 0,75.

LA NUOVA FARMACEUTICA

La necessità di avere più principi attivi puri e la nuova tecnologia dei farmaci di sintesi sono parte dell'ampio processo che da fine Settecento 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 nuovi strumenti, dal termometro allo stetoscopio fino poi ai raggi X. Anche la terapia medica usa nuovi mezzi di somministrazione, come le siringhe metalliche o di vetro. Molte farmacie diventano piccole officine 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 nitratura, idrogenazione e catalisi). 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. Emerge la figura del farmacista-imprenditore, che

muta in stabilimento la sua "officina" nel retrobottega: Schiapparelli, Carlo Erba, Zambelletti, Malesci, Manetti, Alitti, Cassia, Dompè, Ciccarelli, Recordati, Corvi...

Nel 1899 l'Aspirina segna la nascita della farmacologia industriale e del farmaco come genere di largo consumo. 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. In Italia, però, 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 irrilevante è possibile, come oltralpe, solo in strutture di dimensioni idonee e si tenta invano di consorzio aziende, accanto alle grandi Erba, Schiapparelli, Lepetit, Molteni. 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. È elemento sistematico d'influenza e orientamento delle masse di cui esponenzialmente nel tempo amalgama e 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.

