

Quando la conoscenza guida l'azione politica: la Legge Crispi-Pagliani del 1888

FRANCESCO M. FIORE MELACRINIS*

Abstract:

The article examines the evolution of public health legislation in Italy from the Unification to the approval of the Crispi-Pagliani law, one piece of the Crispi reform agenda, which contributed to the modernization of the country and the reduction of the mortality rate. Initially, health reforms faced political resistance due to the difficulty of accepting state intervention in the private lives of individuals. However, scientific discoveries profoundly changed the sensitivity and political narrative on the issue of health. Through the analysis of parliamentary debates, the article highlights how scientific knowledge led the government to enact a law for the protection of public health, eventually advocating for the creation of a Ministry of Health.

Keywords:

Liberal Italy, Germ Theory, Health-Care Reform, Mortality Rate, Crispi

Introduzione

Il passaggio da una medicina basata su istinto e credenze popolari a una medicina fondata sulla scienza e sulla sistematica indagine empirica rappresenta una delle trasformazioni più significative nella storia dell'uomo¹ e della salute pubblica. In Italia questo passaggio trovò una delle sue massime espressioni nella riforma sanitaria promossa dal governo Crispi, culminata nell'approvazione della legge Crispi-Pagliani del 1888, che, «spartiacque decisivo nella storia delle istituzioni sanitarie italiane»², trasformò il sistema sanitario della penisola, allineandolo agli standard dei paesi europei più moderni e contribuendo a una drastica riduzione del tasso di mortalità.

L'analisi del dibattito parlamentare che accompagnò l'adozione della legge mostra come il pensiero scientifico e le sue applicazioni pratiche abbiano permeato l'agire

* Department of Social and Political Sciences Università di Milano Bocconi.

1 M. Foucault, *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998, p. 67.

2 R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale: Stato, igiene e politiche sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2019, p. 66.

della classe dirigente italiana, in un'epoca in cui il paese era alle prese con condizioni igienico-sanitarie inadeguate e politiche sanitarie inefficaci per fronteggiare la minaccia epidemica del colera, trasformando la salute pubblica in uno dei principali obiettivi dell'azione di governo. Al tempo stesso l'analisi delle disposizioni della legge permette di valutare sotto una nuova luce obiettivi e modalità dell'azione riformatrice guidata da Crispi, oggetto, come noto, di un vivo dibattito tra contemporanei e storici³. In questo senso la novità del progetto di legge è rappresentata, infatti, da un approccio che non considera il rapporto tra struttura centrale e amministrazione periferica come meramente unidirezionale, ma affida invece la vigilanza e tutela della salute dei cittadini all'attività di rilevazione e controllo esercitata da funzionari locali, ufficiali sanitari e medici provinciali.

1. *L'organizzazione della sanità pubblica in Italia dopo l'Unità e la prima emergenza sanitaria nazionale*

Il 20 marzo 1865 venne promulgata la legge n. 2248 «Per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia»⁴, che all'allegato C disciplinava la sanità pubblica. La tutela della sanità pubblica veniva affidata al ministero dell'Interno e ai suoi organi dipendenti (prefetti, sottoprefetti e sindaci). Inoltre, la legge stabiliva che il ministro, nell'esercizio dell'azione di governo in materia sanitaria, fosse assistito da un Consiglio superiore di sanità (CSS), e che i prefetti e i sottoprefetti venissero coadiuvati, rispettivamente, da Consigli sanitari provinciali (CSP) e da Consigli sanitari di circondario (CSC). La legge disciplinava poi la composizione dei consigli di sanità: questi erano composti da 15 membri, ovvero da un presidente e dal procuratore generale presso la Corte d'appello, residente nella capitale, da sei consiglieri ordinari (di cui tre eletti tra professori o medici o chirurghi, un farmacista, e due esperti in materie giuridiche o amministrative) e da sei consiglieri straordinari (stessa composizione dei consiglieri ordinari con l'aggiunta di un professore in veterinaria). Nei

3 Sull'operato e il pensiero di Crispi nei suoi aspetti di politica interna, F. Crispi, *Discorsi elettorali (1865-1886)*, Stabilimento tipografico italiano, Roma 1887; *Scritti e discorsi politici (1849-1890)*, Unione cooperatrice editrice, Roma 1890; *Discorsi parlamentari*, Tipografia della Camera dei Deputati, Roma 1915; T. Palamenghi Crispi (a cura di), *Francesco Crispi: politica interna. Diario e documenti*, Treves, Milano 1924. Cfr. inoltre L. Valiani, *Il primo governo Crispi e la questione sociale*, in «Criterio», 1, 1957, pp. 610-620; G. Candeloro, *Storia dell'Italia moderna*, vol. 6, Feltrinelli, Milano 1979; i contributi raccolti in E. Artom et al., *Crispi e il suo tempo. Atti del XIX Convegno storico toscano (Lerici, 25-28 settembre 1969)*, in «Rassegna storica toscana», 16, 1970; R. Romanelli, *Francesco Crispi e la riforma dello Stato nella svolta del 1887*, in «Quaderni storici», 6, 1971, pp. 763-834; D. Adorni, *Francesco Crispi. Un progetto di governo*, Olschki, Firenze 1999, pp. 252-258; C. Duggan, *Creare la nazione. Vita di Francesco Crispi*, Laterza, Roma-Bari 2000; F. Della Peruta, *Riforma sanitaria e riforma delle Opere Pie*, in A.G. Ricci, L. Montevecchi (a cura di), *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per dare forma alla Nazione*, Ministero per i beni e le attività culturali, Roma 2009; G. Scichilone, *Francesco Crispi*, Flaccovio, Palermo 2012. Sulla valutazione della politica crispina nella stessa Italia liberale cfr. S. Trovalusci, *L'ultimo titano del Risorgimento. Il mito di Francesco Crispi nell'Italia liberale (1876-1901)*, Viella, Roma 2023.

4 Legge 20 marzo 1865, n. 2248, Allegato C, Legge sulla Sanità Pubblica, Gazzetta Ufficiale (GU) n. 113 dell'11 maggio 1865.

CSP, invece, il prefetto era il presidente del consiglio sanitario, affiancato da un vicepresidente, da sei consiglieri ordinari e quattro straordinari e dal procuratore del Re presso il tribunale di circondario. Nei CSC il sottoprefetto era il presidente e, oltre a un vicepresidente, vi erano cinque consiglieri, di cui tre ordinari e due straordinari. I membri ordinari del CSP e del CSC dovevano essere almeno due dottori in medicina o chirurgia e un farmacista. Inoltre, la legge prevedeva la presenza di un veterinario e dei conservatori e vice-conservatori del vaccino contro il vaiolo. I membri del CSS e del CSP, a eccezione del presidente, che era il prefetto, erano nominati dal Re; i membri del CSC, a eccezione del presidente, che era il sottoprefetto, erano invece nominati dal ministro dell'Interno, coadiuvato dal prefetto locale. Gli incarichi avevano durata di tre anni.

Le funzioni generali dei consigli di sanità erano disciplinate dagli articoli 15-21. Oltre a 'vegliare' sulla tutela della sanità pubblica i consiglieri di sanità potevano proporre alle autorità l'adozione di provvedimenti. Potevano altresì svolgere funzioni di ispezione in ospedali, luoghi di detenzione, scuole e stabilimenti sanitari non dipendenti dai consigli sanitari militari e consegnare al prefetto delle proposte di miglioramenti igienico-sanitari nel rispettivo circondario (art. 22). La legge dava anche precise disposizioni ai sindaci in termini di vigilanza sulle condizioni igieniche sanitarie all'interno del proprio comune. All'articolo 28 era stabilito che essi dovevano vigilare «sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti di polizia sanitaria». L'articolo 29 estendeva invece i poteri di vigilanza dei sindaci sia ai luoghi pubblici, per quanto riguardava il controllo di cibo e bevande posti in commercio, che alle abitazioni private, al cui scopo i sindaci avrebbero potuto «dare gli ordini opportuni, ed all'uopo farli eseguire d'ufficio al fine di rimuovere le cause d'insalubrità al vicinato».

Analizzata la legge nella sua interezza, emerge chiaramente che la sanità veniva considerata come un complesso apparato burocratico centralizzato volto a coprire e controllare il territorio italiano, senza tuttavia garantire una distribuzione equa dei servizi sanitari, che risultano distribuiti in modo disomogeneo sul territorio. Inoltre, i consigli sanitari erano privi di un effettivo potere di intervento sulla sanità e igiene pubblica, mentre ai sindaci, non dotati di consiglieri medico-sanitari, venivano attribuiti i principali compiti di intervento. Da notare, inoltre, l'assenza di alcune importanti disposizioni, come la previsione in bilancio di una spesa obbligatoria dei comuni per il servizio sanitario gratuito per i poveri e l'istituzione del medico condotto⁵. L'assenza di quest'ultimo, in particolare, comportava, indirettamente, la concentrazione del personale sanitario nelle aree urbane, a discapito dell'area rurale. I limiti della legge sono bene illustrati dal confronto tra gli indici di mortalità in Italia e nei principali paesi europei nel grafico 1⁶. Come si può riscontrare dal grafico 1, nel 1862, prima dell'unificazione amministrativa del sistema sanitario, l'Italia aveva un tasso di mortalità di 30,9 per mille abitanti,

5 Sui limiti dell'ordinamento cfr. F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in «Studi Storici», 4, 1980, pp. 713-759: 745-746.

6 J.C Chesnais, *The Demographic Transition: Stages, Patterns, and Economic Implications*, OUP, Oxford 1992, citato in G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna 1997, p. 61.

più alto di quello francese e inglese, che invece era rispettivamente del 21,7 e 21,4 per mille abitanti. Nel grafico si osserva che per tutto il periodo considerato i tassi di mortalità in Italia rimasero stabili e più alti di quelli di Francia e Regno Unito, anche dopo l'introduzione della legge del 1865.

Un ulteriore e importante limite del sistema sanitario italiano emerge se si considerano gli effetti della prima emergenza sanitaria che l'Italia unificata si trovò ad affrontare in occasione dell'epidemia di colera. Sebbene a oggi siano ancora pochi gli studi sulle ondate di colera in Europa durante il XIX secolo, è stato osservato che nell'ondata del 1865-67 nel paese furono colpiti 281.953 individui, di cui 160.545 morirono, mentre in Francia morirono 14.661 persone⁷. In Italia il tasso di letalità raggiunse il 56,9% e toccò il picco del 67,8% nel sud e nelle isole⁸.

In generale, in Italia, il *trend* allarmante della mortalità era profondamente influenzato dalla mortalità infantile, che, come osserva Della Peruta, è documentabile dal 1863. Con l'unificazione del Regno, circa il 48,8% dei decessi riguardava bambini nei primi cinque anni di vita, una percentuale che rimase pressoché costante fino alla riforma Crispi-Pagliani, che segnò l'inizio di un lento ma progressivo declino. In un contesto di povertà e bassi livelli di reddito, in cui le famiglie faticavano a soddisfare bisogni fondamentali come cibo, abitazione e accesso alle cure mediche, infatti, la combinazione di una limitata capacità economica, l'assenza di un sistema di *welfare* sociale e un sistema sanitario inadeguato contribuivano a mantenere alta la mortalità infantile, anche in assenza di epidemie. Dal punto di vista economico, poi, un aumento del reddito *pro capite* avrebbe consentito di sostenere più figli, tuttavia, senza miglioramenti nelle condizioni di vita e nell'accesso alle cure l'incremento della natalità non si traduceva necessariamente in una riduzione della mortalità infantile, poiché la sopravvivenza dei neonati dipendeva fortemente dal contesto igienico-sanitario. Il miglioramento delle condizioni sanitarie poteva invece assicurare un aumento del numero dei bambini sopravvissuti, contribuendo significativamente alla crescita demografica del paese, anche a fronte del persistere di bassi livelli di reddito, secondo un approccio *top-down*, fondamentale per favorire la transizione demografica e avviare un processo di crescita economica⁹.

2. I primi tentativi di riforma sanitaria

Nel settembre del 1866, in piena ondata di colera, venne nominata una commissione sanitaria con l'obiettivo di riformare il sistema sanitario. In relazione alla nomina della commissione l'allora presidente del Consiglio, esponente della Destra

7 *Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno. Relazione generale*, Direzione generale della statistica, Roma 1886, p. CXCII.

8 E. Tognotti, *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Laterza, Roma-Bari 2000, p. 223. Cfr. P. Sorcinelli, *Nuove epidemie, antiche paure: uomini e colera nell'Ottocento*, FrancoAngeli, Milano 1986; F.M. Snowden, M. Faccia, *Storia delle epidemie: dalla Morte Nera al Covid-19*. Leg, Milano 2020.

9 G. Oded, D.N. Weil, *Population, Technology, and Growth: From Malthusian Stagnation to the Demographic Transition and Beyond*, in «American Economic Review», 4, 2000.

storica, Bettino Ricasoli, sottolineò come «l'ingerenza» del governo e delle autorità locali negli atti amministrativi in materia sanitaria dovesse rispettare il più possibile la «libertà privata» e non ledere e ostacolare «il libero esercizio della proprietà e delle forze individuali»¹⁰.

Le dichiarazioni del primo ministro svelano gli elementi del dibattito che avrebbe accompagnato, anche in futuro, i tentativi di riforma del sistema sanitario, incentrato sul problema di bilanciare tutela delle libertà individuali e intervento pubblico. Esempio ne fu il tentativo di imporre l'obbligo vaccinale antivaio ai lavoratori delle fabbriche e delle industrie manifatturiere nel settembre del 1870, occasione in cui se ne ottenne infine la rimozione, sostenendo che avrebbe dato luogo a un'indebita ingerenza nell'esercizio della libertà individuale dei sudditi del Regno.

Un più audace tentativo di riforma della sanità avvenne durante il governo Lanza, quando la Commissione sanitaria presentò al Senato, il 15 novembre 1872, un nuovo *corpus* di norme. Rispetto al sistema sanitario in vigore, il nuovo codice istituiva i Consigli sanitari municipali (CSM), obbligava i comuni a inserire in bilancio la spesa per gli onorari di un ostetrico e di un medico e attribuiva ai medici condotti la qualifica di ufficiale governativo, pur senza regolarizzarne la professione. Il codice, conosciuto come “codice Lanza”, fu approvato dal Senato nel maggio del 1873, ma non arrivò mai in discussione alla Camera a completamento dell'iter legislativo e fu infine promulgato come semplice regolamento sanitario nel settembre del 1874.

Il nuovo regolamento sanitario, che si aggiungeva alla legge sanitaria del 1865, conservava un carattere più di vigilanza che di intervento pubblico nelle questioni sanitarie locali, creando inoltre un problema di disuguaglianza tra i comuni del Regno poiché i comuni più piccoli e più poveri rischiavano di rimanere sprovvisti di medici e ostetrici pubblici, che non potevano stipendiare regolarmente. Inoltre, anche nel caso dell'approvazione del regolamento sanitario, durante le discussioni in Senato si assistette a uno scontro tra le istanze di interventismo statale e quelle a tutela della libertà privata. Nella tornata del 13 marzo 1873, ad esempio, allorché si affrontò il problema del sovraffollamento delle abitazioni private, il relatore Carlo Burci, medico chirurgo e già presidente del Consiglio superiore di sanità, domandava:

Ma possiamo poi noi entrare nelle case dei privati? Possiamo noi ordinare che [in] una stanza che sarebbe capace, per esempio, di quattro individui non ve ne dovessero propriamente stare che quattro? E se al proprietario piacesse di metterne otto, si dovrebbe andare a verificare? E come verificare? E chi ne dà il diritto?¹¹

Successivamente, nel settembre 1876, il ministro dell'Interno del governo Depretis, Giovanni Nicotera, presentò un nuovo codice sanitario, che il Senato discusse nel dicembre 1877 senza però che vi fosse alcun seguito. Del resto dai dati del grafico 1 risulta evidente che il contributo del codice Lanza rispetto al principale proble-

10 F. Della Peruta, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, cit., pp. 745-746.

11 Ivi, p. 752.

ma del Regno in ambito sanitario, ovvero gli alti tassi di mortalità, fu minimo: la mortalità aumentò anzi nel biennio successivo all'adozione del codice, per iniziare a decrescere lentamente, del 3%, nei cinque anni successivi. Tuttavia, come il grafico illustra, il tasso di mortalità rimaneva ancora lontano dallo standard europeo, rappresentato da Regno Unito e Francia.



Grafico 1. Tasso di mortalità per 1000 abitanti in Francia, Inghilterra e Italia, 1860-1879¹²

3. Il nuovo approccio politico alla questione sanitaria

Una nuova fase della politica sanitaria iniziò negli anni Ottanta del XIX secolo, quando il governo Depretis affidò ad Agostino Bertani, medico chirurgo eletto nell'Estrema sinistra, il compito di elaborare un nuovo schema di codice sanitario. Per comprendere le ragioni del cambiamento intervenuto nella sensibilità politica rispetto alla salute pubblica è necessario analizzare la cornice culturale in cui gli attori protagonisti della riforma si trovarono a operare.

Proprio in questi anni, infatti, si affermò e diffuse la teoria dei germi, che dimostrò scientificamente l'esistenza di microrganismi, come batteri e virus, quali agenti di ma-

12 Il picco di mortalità nel 1867 in Italia è determinato dall'ondata di colera. In Francia il picco di morti che si riscontra nel 1870-71 è dovuto alla battaglia di Sedan. Fonte: vedi testo.

lattie infettive. Questa scoperta, tra i pilastri fondamentali della medicina moderna, metteva in discussione la convinzione allora dominante sulla trasmissione delle malattie, rappresentata dalla teoria zimotoica, che promulgava una concezione della malattia strettamente legata all'idea aristotelica di "generazione spontanea della vita". Secondo questa teoria, le malattie, e dunque le epidemie, non erano necessariamente collegate a una catena di trasmissione, ma nascevano spontaneamente e potevano originare dalla materia inerte¹³. Il superamento di questo dogma, che era in sintonia con la concezione cristiana di "generazione spontanea della vita", si deve a scienziati quali Pasteur e Koch, le cui scoperte, poggiando sul contributo dei loro predecessori, offrirono una solida base di conoscenza scientifica ed epistemica che rese più difficile ignorare le nuove scoperte mediche e scientifiche¹⁴. Come è noto, Pasteur scoprì che il processo di fermentazione era causato da microrganismi presenti nell'aria, dimostrando così le origini delle malattie del baco da seta. Koch, a sua volta, sviluppò una serie di tecniche per identificare specifici microrganismi, dimostrando che un particolare batterio era l'agente patogeno della tubercolosi. Grazie all'osservazione di questi microrganismi al microscopio Pasteur e Koch contribuirono a una maggiore comprensione del loro ruolo nella trasmissione delle malattie. È importante sottolineare, tuttavia, che l'identificazione dei batteri non equivaleva alla scoperta della loro cura; infatti, per molte malattie, questa sarebbe arrivata molto più tardi, nel corso del XX secolo. Ciò nonostante, il riconoscimento del vettore di trasmissione permise di comprendere l'importanza della creazione di regole per prevenire la diffusione delle malattie, riducendo il numero di infezioni e, di conseguenza, il numero assoluto di morti.

La teoria dei germi ebbe un impatto profondo sul ruolo delle istituzioni nella tutela della salute pubblica poiché l'identificazione degli agenti patogeni poneva le condizioni per combattere i responsabili delle malattie, identificati anche nelle cattive condizioni igienico-sanitarie delle persone, chiamando in causa, dunque, una co-responsabilità politica¹⁵.

Per quanto riguarda l'Italia, con il diffondersi delle notizie relative alle scoperte degli agenti patogeni si riscontra un accresciuto interesse dello Stato per le condizioni di salute degli italiani. Nel novembre del 1880 con decreto regio si istituì la *Statistica delle cause di morti*¹⁶, con cui si stabiliva che dal 1° gennaio 1881 dovesse compilarsi una scheda necrologica per ogni denuncia di morte avvenuta nei 281 comuni capoluoghi di provincia, di circondario o di distretto¹⁷. La classificazione comprendeva 142 tipi di

13 F.M. Snowden, M. Faccia, *Storia delle epidemie*, cit., p. 233.

14 J. Mokyr, V. Zamagni, *I doni di Atena: le origini storiche dell'economia della conoscenza*, il Mulino, Bologna 2004; D.E Harkness, *The Jewel House: Elizabethan London and the Scientific Revolution*, Yale University Press, New Haven 2007; J. Mokyr, *Una cultura della crescita. Alle origini dell'economia moderna* il Mulino, Bologna 2016.

15 Interessanti considerazioni sul ruolo della conoscenza scientifica nello sviluppo delle società moderne sono svolte da J. Mokyr, R. Stein, *Science, Health, and Household Technology: the Effect of the Pasteur Revolution on Consumer Demand*, in T.F. Bresnahan, R.J. Gordon (eds.), *The Economics of New Goods*, University of Chicago Press, Chicago 1996, pp. 143-206; J. Mokyr, V. Zamagni, *I doni di Atena*, cit.

16 Regio Decreto (R.D.) 18 novembre 1880, n. 5793, GU n. 2 del 4 gennaio 1881.

17 In seguito l'indagine prese il nome di *Statistica delle cause di morte* e fu estesa ai 284 comuni capoluogo di provincia, circondario o distretto, e poi a tutti i comuni del Regno dal 1887.

cause di morte, distinte in 15 classi. Dalla *Statistica* risulta evidente che le principali cause di morte erano legate alle malattie infettive come febbre tifoide, difterite, febbre malarica, crup, scarlattina, vaiolo e tubercolosi. Un'ulteriore indagine conoscitiva sulle condizioni di salute degli italiani promossa dallo Stato si ebbe il 9 gennaio 1885, quando il presidente del Consiglio e ministro dell'Interno, Agostino Depretis, commissionò un'inchiesta sulle condizioni igienico-sanitarie nel Regno d'Italia, inviando una lettera circolare a tutti i comuni con richiesta di fornire notizie sulle condizioni igieniche e sanitarie locali, da accertare «per mezzo di un questionario redatto dal Consiglio superiore di sanità, di concerto col Consiglio superiore di statistica»¹⁸.

Il questionario riguardava 20 argomenti: localizzazione geografica del comune e numero di abitanti; clima; acque correnti; acque stagnanti; acque potabili; coltivazioni; occupazioni degli abitanti; movimento della popolazione; stato fisico della popolazione; stato fisico delle vie e delle abitazioni; stato fisico del bestiame e delle stalle; alimentazione; cimiteri; regolamento personale sanitario; vaccinazione; malattie degli abitanti; malattie del bestiame; orfanotrofi e asili d'infanzia; ospedali e ricoveri; carceri. Come sottolinea Frascani, molte domande si rivelarono «non solo inutili e sovrabbondanti, ma anche mal formulate per l'adozione di criteri qualitativi che introducevano ulteriori elementi di discrezionalità»¹⁹. Tuttavia, dal questionario sono riscontrabili molti elementi utili per acquisire un'idea più chiara dell'Italia del XIX secolo. Ad esempio, a pagina XCVI dell'inchiesta si trova un passaggio relativo alle latrine:

Soltanto 908 comuni, che hanno complessivamente 4.220.481 abitanti, dichiarano che tutte le abitazioni sono provviste di latrina; per 2.428 comuni (popolazione 10.742,402) le latrine mancherebbero in poche abitazioni; in altri 3.636 comuni (pop. 10.734,145) la maggioranza delle case non hanno latrine, e finalmente [in] 1.286 comuni (pop. 2.762,081) le latrine mancano in quasi tutte le abitazioni. In quest'ultima condizione si trovano specialmente i comuni dell'Italia meridionale e delle isole, e molti comuni del Veneto. 383 comuni rimuovono gli escrementi fuori dal centro abitato, valendosi delle fogne e, in via secondaria, di altri sistemi di rimozione; 98 si servono di apparecchi a sistema inodoro; 622 li rimuovono per mezzo di botti, o di recipienti chiusi più o meno imperfettamente; 5.780 per mezzo di mastelli, di cesti, cioè di recipienti quasi sempre scoperti; e finalmente in 797 comuni, gli escrementi si depongono nelle vie e viene lasciata ai venti, alle piogge ed ai maiali la cura di sgombrarle da questi fomenti continui d'infezione. 1,180 comuni dichiarano che gli escrementi non vengono utilizzati come concime a beneficio dell'agricoltura o dell'orticoltura.²⁰

Inoltre, dall'inchiesta emerge come a livello di regolamenti sanitari e di mortalità del colera tra il nord e il sud dell'Italia esistesse un divario nelle condizioni igienico sanitarie, sia nel periodo in cui l'inchiesta fu effettuata che nel periodo precedente all'unificazione; una divergenza che, come evidenzia Cea²¹, mostrava diversi livelli

18 *Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno*, cit., p. XI.

19 P. Frascani, *Medicina e statistica nella formazione del sistema sanitario italiano: l'inchiesta del 1885*, in «Quaderni storici», 3, 1980, pp. 942-965: 954.

20 *Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del regno*, cit., p. XCVI.

21 R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, cit., p. 63.

di modernizzazione degli ordinamenti sanitari tra Nord e Sud già prima dell'Unità. Inoltre, il divario tra Nord e Sud era evidente anche nel livello dei salari reali²², utilizzabili come *proxy* degli standard di vita.

La pubblicazione della *Statistica* e dell'*Inchiesta* furono il risultato dell'azione della Direzione Generale di Statistica guidata da Luigi Bodio, il quale non era nuovo alle indagini statistiche e sociali sull'Italia, essendo autore degli *Indici Misuratori*, redatti sulla base delle serie storiche contenute negli annuari di statistica relative all'andamento demografico dell'Italia post-unitaria, allo sviluppo dell'igiene pubblica e della beneficenza e al movimento economico, fiscale e finanziario. Il consolidamento del legame tra Bodio e Crispi ebbe inizio nel biennio 1877-1878, quando Crispi assunse per la prima volta l'incarico di ministro dell'Interno nel secondo governo Depretis. In questa fase, a seguito della temporanea abolizione del ministero dell'Agricoltura, la competenza sulla statistica fu trasferita al ministero dell'Interno. Fu proprio sotto la gestione di Crispi che, con regio decreto n. 4288 del 10 febbraio 1878, fu istituita la Direzione generale della statistica all'interno del ministero. Questa nuova struttura conferiva maggiore autorevolezza alle richieste di collaborazione rivolte a enti locali, come comuni e prefetture, per la realizzazione di rilevamenti demografici e amministrativi. Quando Crispi assunse la presidenza del Consiglio, Bodio divenne il principale consulente per l'analisi di tematiche economiche, finanziarie, fiscali, doganali, migratorie e di gestione amministrativa²³.

I primi risultati della *Statistica delle cause di morti* e l'inchiesta sulle condizioni igienico-sanitarie palesarono l'effettivo sottosviluppo in cui vivevano gli italiani su cui, nel 1884, si abbatté una nuova ondata di colera. A differenza che in passato, l'epidemia del 1884 avvenne tuttavia dopo l'identificazione del vettore di contagio. Infatti, nonostante nel 1854 John Snow avesse ipotizzato il metodo di trasmissione della malattia²⁴, solo nel 1883 Koch riuscì a isolare il *Vibrio cholerae*, dimostrando che la malattia si diffondeva in via principale attraverso la contaminazione fecale di acqua e cibo. Le notizie sulla teoria dei germi si diffusero rapidamente in tutta Europa, soprattutto nei circoli universitari, dove alcuni accademici, considerati 'eretici' rispetto alle teorie mediche dominanti, ne promuovevano lo studio e l'adozione, spesso sfidando il pensiero convenzionale, come riguardo alla teoria dei miasmi, e introducendo nuove prospettive sulla causa delle malattie.

In Italia, tra i numerosi medici e biologi sensibili alle nuove scoperte medico-scientifiche, vi era Luigi Pagliani, igienista e titolare della prima cattedra di igiene dell'Università di Torino, oltre che fondatore della *Società d'Igiene* nel 1878. Pagliani sostituì Bertani, autore di un progetto di un nuovo codice sanitario, discusso in Senato nel 1886 e mai approvato, per elaborare una nuova proposta di codice sanitario. Come ricordò in seguito lo stesso Pagliani, Crispi, allora ministro dell'Interno, gli inviò un telegramma personale

22 F.M.S. Fiore Melacrinis, *Annual wages in the Kingdom of the Two Sicilies from 1800 to 1860 and the beginning of the Italian regional divide*, in «European Review of Economic History», 2, 2024, pp. 277-298.

23 M. Soresina, *Conoscere per amministrare: Luigi Bodio: statistica, economia e pubblica amministrazione*, FrancoAngeli, Milano 2001, pp. 40-41.

24 L. Ball, *Cholera and the Pump on Broad Street: the Life and Legacy of John Snow*, in «The History Teacher», 1, 2009, pp. 105-119.

al termine di una delle sue lezioni alla facoltà di Medicina di Torino per convocarlo a Roma. Il futuro presidente del Consiglio aveva infatti intenzione di istituire un organismo di edilizia sanitaria e migliorare i servizi igienico-sanitari del paese, ritenendo urgente adottare misure atte a fronteggiare l'epidemia di colera, che durava ormai da tre anni e che si sarebbe probabilmente aggravata con l'arrivo dell'estate. Nel convocarlo a Roma, Pagliani ricorda come Crispi gli avesse lasciato ampia libertà d'azione secondo i criteri scientifici conosciuti e ritenuti più idonei a modernizzare il paese²⁵.

Una delle principali problematiche di politica interna affrontate da Crispi all'inizio dell'estate del 1887 riguardava proprio la sanità pubblica²⁶. Nel mese di maggio, infatti, il colera riemerse nel Mezzogiorno e Crispi ricevette ampi elogi per la sua gestione decisa della crisi. I prefetti responsabili di negligenza furono censurati o rimossi e i consigli comunali inefficaci furono sciolti. Al ministero dell'Interno fu inoltre istituita una sezione speciale dedicata al coordinamento della sanità pubblica su scala nazionale. In giugno, Crispi annunciò una serie di riforme legislative in materia sanitaria e istituì un ufficio di ispettori, conosciuto come la «polizia sanitaria», incaricato di monitorare e migliorare le condizioni igieniche nelle città italiane.

Nella seduta del 26 giugno 1887 la Camera si occupò di una prima valutazione delle eventuali modifiche da apportare ai regolamenti in materia di norme igieniche, nonché della riformulazione dei Consigli sanitari. L'analisi dei dibattiti parlamentari ci permette di ravvisare nel dibattito politico del paese un chiaro mutamento di indirizzo riguardo al tema della cura della salute pubblica e della prevenzione, riflesso, tanto all'interno della Destra che della Sinistra storica, in un diverso atteggiamento sulla questione della riforma sanitaria e degli standard igienici all'interno del paese. Questo avviene sullo sfondo di un'insistenza crescente da parte della Sinistra su temi sociali, ma anche di un generale cambiamento di sensibilità condiviso a livello *bipartisan*. L'onorevole Tommaso Villa, dai banchi della Sinistra storica, rivolgendosi al presidente del Consiglio e ministro dell'Interno, affermava ad esempio:

Perché, per esempio, si consente l'accumulazione di materie putride e infette in mezzo ai casolari e perfino fra le pareti domestiche? Perché si consente che vi siano delle povere popolazioni che si abbeverano ancora di acque fetide e contaminate? Le leggi sanitarie non sono forse leggi che toccano ai più grandi interessi locali? Non sono dirette alla tutela delle persone? Ma se avete il dovere di difendere la mia vita e le mie sostanze dall'assassinio e dal ladro, non dovete forse egualmente difenderla da chi è causa di malefici miasmi, che possono uccidere ad un tratto intere popolazioni? Non è forse vero che da un piccolo fomite d'infezione che altri alimenti in casa sua, e per cupida malintesa avidità trascuri, può venire la malattia di tutto un paese e quindi focolare da cui si irradia l'infezione in tutta la nazione? [...] Accetterò anche i Consigli sanitari, se l'onorevole mio amico Crispi v'insiste, ma non è da essi che attendo il bene che il paese reclama.²⁷

25 *La costituzione e l'opera della prima direzione della sanità pubblica in Italia (anni 1887-1896)*, Relazione del Prof. Luigi Pagliani al IV Congresso nazionale degli igienisti in Trento, Stabilimento tipografico G. Testa, Biella 1921, pp. 7-8.

26 C. Duggan, *Creare la Nazione*, cit., pp. 580-581.

27 Atti Parlamentari della Camera dei Deputati (AP CD), XVI Legislatura, 1° sessione, tornata del 26 giugno 1887, p. 4102.

A queste considerazioni replicava Ottavio Serena, deputato della Destra storica e relatore della modifica della legge sulla composizione dei Consigli sanitari, il quale, riconoscendo l'importanza delle considerazioni di Villa, commentava che «avrebbero potuto farsi più a proposito se oggi avessimo discusso il codice d'igiene pubblica»²⁸ poiché «oggi l'onorevole ministro propone, e la Commissione accetta, di far intervenire in questi consigli sanitari dei medici igienisti e degli ingegneri esperti di edilizia sanitaria»²⁹. Serena constatava infatti che «le antiche e recenti epidemie [avevano] purtroppo dimostrato che spesso anzi quasi sempre è difficile curare i morbi, quando sono entrati nelle nostre città; e che giova assai più prevenire i morbi stessi e prevenirli»³⁰.

Al contempo si può constatare l'influenza esercitata da Pagliani su Crispi, segnalata dall'approvazione di due misure di grande rilevanza come i Decreti regi 4707 e 4878 del 1887, i quali istituivano, rispettivamente, l'Ufficio della Direzione della Sanità pubblica e l'Ufficio degli ingegneri sanitari presso il ministero dell'Interno. Gli ingegneri sanitari, in particolare, erano incaricati di visitare i comuni malsani e di effettuare studi e proposte su tutto ciò che riguardava il miglioramento igienico della popolazione. Le competenze degli ingegneri sanitari ebbero un impatto significativo sullo stato generale di salute attraverso l'introduzione, ad esempio, di un sistema di smaltimento dei rifiuti.

Nel corso del 1887 furono pubblicati altri due decreti, il D.R. 4937 e 5103, volti rispettivamente a disciplinare le norme per le nomine del personale della direzione sanitaria, l'istituzione dell'insegnamento di igiene e di ingegneria sanitaria presso l'Università di Roma e di laboratori clinici a cui affidare le indagini tecniche sanitarie richieste dalla Direzione di Sanità del ministero dell'Interno.

Prima di addentrarci nella discussione parlamentare in merito alla nuova legge sanitaria è importante segnalare le discussioni delle tornate parlamentari del 12, 13 e 14 aprile 1888, dedicate all'approvazione del bilancio del ministero dell'Interno, durante le quali si riscontra la nuova sensibilità politica relativa alla salute pubblica. L'onorevole Mario Panizza, medico chirurgo e docente universitario eletto nell'Estrema sinistra, il 12 aprile, riconosceva a Crispi il merito di essersi preoccupato della questione sanitaria e di averne «instaurati i servizi», ritenendo che «la preoccupazione per la pubblica igiene» fosse un «saggio infallibile per giudicare se un ministro dell'Interno ha la piena coscienza dell'ufficio che assume»³¹. Manifestando il proprio consenso all'approvazione del bilancio, il deputato auspicava che il progetto sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica divenisse il primo possibile legge, poiché «vale[va] a perfezionare e a completare la nostra legislazione in materia sanitaria»³².

Il 13 aprile Crispi, rispondendo a chi accusava il ministero dell'Interno da lui guidato di avere previsto eccessivi costi di bilancio, rivendicò che «gli ingegneri sanitari non costa[va]no nulla al bilancio dello Stato» e sottolineò i benefici che

28 Ibid.

29 Ivi, p. 4103.

30 Ibid.

31 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 12 aprile 1888, p. 1674.

32 Ivi, p. 1675.

il loro contributo aveva apportato alla situazione sanitaria italiana. Grazie all'attività dell'Ufficio degli ingegneri sanitari, infatti, si erano compiuti «studi per il risanamento di 309 comuni» in breve tempo, laddove in precedenza all'oberato Consiglio superiore dei lavori pubblici «non bastava un anno». A tal proposito Crispi evidenziava che l'Italia contava più di ottomila comuni, la maggior parte dei quali necessitava di essere risanata, un «santissimo scopo» a cui il governo aveva «rivolto tutte le [sue] cure»³³. Per Crispi si trattava del resto di consolidare il processo di modernizzazione dell'Italia, adeguando il paese agli standard delle altre grandi potenze europee: il presidente del Consiglio fece infatti presente che il Regno Unito, seguito dalla Germania, era stato il primo paese a introdurre la figura degli ingegneri sanitari, mentre in Italia gli studi di ingegneria sanitaria non si erano ancora affermati ed esistevano solo cinque professionisti che si erano dedicati a discipline fondamentali quali l'igiene e l'edilizia sanitaria. Una lacuna grave, che Crispi volle colmare promuovendo l'istituzione, nel novembre del 1887, di una scuola di igiene presso l'Università di Roma, aperta a studenti di medicina e di ingegneria, con l'obiettivo di formare esperti igienisti. Il presidente del Consiglio spiegava che non si trattava di un «lusso burocratico»³⁴ ma di una necessità per un paese come l'Italia, che aveva affrontato il colera per quattro anni consecutivi e dove le malattie infettive erano frequenti proprio a causa delle condizioni dell'edilizia locale e della mancanza di risorse idriche potabili.

Le argomentazioni di Crispi incontrarono l'approvazione anche di esponenti della Destra storica, tra cui Alberto Cavalletto, che, ingegnere egli stesso, riconoscendo al presidente del Consiglio il merito di «avere iniziato efficacemente la riforma dell'ordinamento sanitario del regno»³⁵ raccomandava, in attesa dell'approvazione del nuovo ordinamento sanitario in discussione al Senato, di sfruttare la potenzialità dei nuovi istituti sanitari come il Consiglio superiore di sanità, che, «costituito da persone molto illustri e competenti», avrebbe potuto contribuire a «combatter alcune malattie contagiose, le quali danneggiano molto le nostre popolazioni, e in alcune provincie dello Stato sono micidialissime», quali il colera, il vaiolo, il tifo e la difterite³⁶. Ricordando i progressi della scienza, il deputato affermava poi che era necessario introdurre e utilizzare «i metodi curativi delle malattie epidemiche e contagiose [poiché] la povera gente moriva e attribuiva a fatalità la morte; invece n'era causa l'assoluta ignoranza del medico inesperto e poco studioso»³⁷. Considerazioni rispetto alle quali Crispi, evidenziando i miglioramenti occorsi nella gestione delle malattie da parte della pubblica amministrazione, rivendicò le misure introdotte dal governo, quali l'istituzione di una direzione sanitaria presso il ministero dell'Interno, chiamata a occuparsi di malattie non solo occasionali ma anche endemiche, e l'adozione di disposizioni speciali per assicurare che tutte le provincie del Regno fossero

33 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 13 aprile 1888, p. 1709.

34 Ibid.

35 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 14 aprile 1888, p. 1741.

36 Ivi, p. 1742.

37 Ibid.

provviste del vaccino contro il vaiolo. Al di là delle rivendicazioni circa il suo operato, il presidente del Consiglio svolgeva poi un'importante considerazione, affermando che, di fronte allo scoppio di malattie infettive, la prevenzione fosse più importante della cura e che l'obiettivo dovesse essere quello di condurre il paese a un adeguato livello di civiltà nel campo della pubblica amministrazione sanitaria³⁸.

4. *La nuova legge sanitaria*

La discussione del disegno di legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica iniziò il 12 dicembre 1888³⁹. Il presidente del Consiglio sottolineò l'urgenza a procedere all'approvazione del disegno di legge senza accettare l'apertura della discussione parlamentare⁴⁰ per evitare di perdere ulteriormente tempo su una legge, già approvata al Senato, che lo Stato aspettava da anni, con il colera che mieteva vittime. Per evitare un secondo passaggio del disegno di legge al Senato, le modifiche proposte al testo furono infatti accettate solo attraverso precisazioni da inserire nei regolamenti attuativi.

Nonostante tale limite, la discussione alla Camera fu molto animata, toccando temi di natura scientifica, economica, sociale, politica e morale, anche sull'onda dell'entusiasmo per i progressi scientifici del periodo. L'esponente dell'Estrema sinistra, medico chirurgo e docente universitario, Nicola Badaloni, aprì la discussione mettendo in luce i limiti della precedente legislazione attraverso un confronto tra i tassi di mortalità presenti in Italia e nel Regno Unito, usuale termine di riferimento di progresso e modernità, rispetto al quale «morivano ogni anno 240.000 italiani in più». Badaloni accompagnava al dato statistico un'analisi economica, sostenendo che le vite che l'Italia avrebbe potuto risparmiare ogni anno avrebbero apportato benefici significativi ai commerci, all'agricoltura, all'industria e alle finanze della nazione, per una somma stimata «non inferiore ai duecento milioni⁴¹». Nel suo intervento il deputato non si limitava tuttavia a considerazioni puramente economiche, ma associava il problema della salute pubblica a temi di moralità. La diminuzione del numero di morti per malattie, a suo giudizio, avrebbe eliminato «un costo non solo pubblico ma anche morale per il paese». In tal senso a suo parere il «principale merito» del disegno di legge era quello di aver affidato all'elemento tecnico il compito di garantire la tutela della salute pubblica, seppure a fronte di una certa tendenza all'accentramento, evidente soprattutto nelle funzioni conferite al medico provinciale, il quale aveva il potere di proporre al prefetto misure disciplinari contro il personale sanitario della provincia⁴².

38 Ivi, p. 1743.

39 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 12 dicembre 1888, p. 5957.

40 Ibid.

41 Ivi, p. 5959.

42 Ibid.

All'interno del dibattito parlamentare di altrettanto interesse sono le considerazioni di Luigi Chinaglia sul valore della conoscenza e della cultura scientifica e sul ruolo della pubblica istruzione nell'incoraggiarne la diffusione. Il deputato della Destra storica, infatti, sottolineò come i pregiudizi e «le diffidenze più irragionevoli» fossero radicate nella società in tutto quanto riguardasse i temi della salute⁴³ e invocò l'azione del ministro della Pubblica istruzione affinché si rendesse più efficace l'intervento igienico-sanitario che lo Stato aveva deciso di portare avanti, attraverso la modifica dei programmi di educazione scolastica e il rafforzamento degli insegnamenti universitari nel campo dell'igiene medica e dell'ingegneria sanitaria⁴⁴.

Tra le questioni più problematiche sollevate dalla legge sanitaria vi erano invece, oltre a quelle relative ai timori per un eccessivo accentramento nella gestione della salute pubblica, quelle connesse a considerazioni di bilancio. Alcuni interventi, infatti, pur riconoscendo l'opportunità di introdurre la nuova normativa, ammonirono circa la necessità di salvaguardare i bilanci comunali, sui quali avrebbe gravato l'implementazione delle misure proposte⁴⁵. Considerazioni a cui replicò Antonio Cardarelli, anch'egli autorevole medico chirurgo⁴⁶, sostenendo che l'aumento delle spese comunali sarebbero state ripagate dai risultati ottenuti nella prevenzione delle malattie⁴⁷. In netto anticipo sui tempi, Cardarelli auspicava inoltre la creazione di un ministero della Salute pubblica, che avrebbe visto la luce solo nel 1958 con la legge 296 promulgata sotto il governo Zoli: «Sarebbe un mio desiderio», dichiarò Cardarelli, «di vedere un Ministro della salute pubblica, coi suoi quadri agenti sanitari. [...] Ed a questo Ministero io darei il bel nome di Ministero della guerra contro i microbi. Sarebbe il nome meritato dall'indirizzo scientifico dell'igiene⁴⁸». Quanto alle preoccupazioni circa eventuali accentramenti di potere, lo stesso presidente del Consiglio rimarcò che la legge in discussione intendeva dare «regole sicure, affinché la pubblica sanità possa essere tutelata, ed il paese non possa subire i danni che nelle ultime epidemie ha sofferto⁴⁹», facendo notare la relativa liberalità della legislazione italiana se comparata alla realtà inglese e belga, paesi in cui le deliberazioni sanitarie non sempre erano soggette a possibilità di appello, ciò che non avveniva in Italia, dove il «popolo per le sue abitudini non avrebbe saputo acconciarvisi⁵⁰».

La discussione della legge toccò inoltre un tema ancora attuale, ovvero l'obbligo vaccinale. Francesco De Renzis, tra i deputati della Sinistra storica, nell'affermare la necessità di diffondere la cultura igienica nel paese utilizzando gli uffici sanitari delle grandi città come istituti di formazione, propose infatti di estendere

43 Ivi, p. 5971.

44 Ivi, p. 5972.

45 Ivi, p. 5978.

46 Antonio Cardarelli fu medico di fiducia di Giuseppe Garibaldi, dei sovrani Vittorio Emanuele II e Umberto I, di Giuseppe Verdi e di Benedetto Croce. A lui sono stati intitolati gli ospedali di Campobasso e Napoli.

47 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 13 dicembre 1888, p. 5989.

48 Ivi, p. 5991.

49 Ivi, p. 6021.

50 Ivi, p. 6020.

l'obbligo di vaccinazione antivaiolo, previsto dalla legge in discussione, fino a comprendere la rivaccinazione:

Nella legge è ammessa come obbligatoria la vaccinazione; io credo però che una legge che sia promulgata nel 1888 non possa fare a meno di ammettere la rivaccinazione. Non siamo più nel principio del secolo [...] noi vediamo che dappertutto dove esiste la rivaccinazione la mortalità per il vaiuolo diminuisce e tende a scomparire. Ebbene, noi legislatori non dobbiamo restare sotto questa grave accusa di avere indirettamente cagionato la perdita di persone che, mediante la rivaccinazione, si sarebbero senza dubbio salvate.⁵¹

La sollecitazione fu accolta stabilendo che i regolamenti attuativi della legge in discussione avrebbero sottinteso la rivaccinazione nella definizione di vaccinazione obbligatoria. Il 14 e 18 dicembre 1888 furono presentati e approvati i singoli articoli del disegno di legge e tutti gli emendamenti vennero ritirati. Il 19 dicembre l'ordine del giorno prevedeva la votazione a scrutinio segreto sul disegno di legge relativo alla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, al termine della quale il presidente della Camera poté annunciare che, su 214 presenti e votanti, con 145 voti favorevoli e 69 contrari la Camera aveva approvato il disegno di legge⁵².

5. La riduzione della mortalità nel quadro della politica crispina

La nuova legge sanitaria 5849/1888, conosciuta come “legge Crispi-Pagliani”, fu promulgata l'8 gennaio 1889 e rimase in vigore fino al 12 dicembre 2008. I 71 articoli, divisi in 6 Titoli, disciplinavano l'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno e l'esercizio delle professioni sanitarie (Titolo I e II); le norme sull'igiene del suolo e dell'abitato e degli alimenti, oltre che le misure contro la diffusione delle malattie infettive e per la regolamentazione della polizia mortuaria (Titolo III e IV). Infine, disciplinava i regolamenti di igiene e prevedeva delle disposizioni generali di spesa in materie di salute pubblica (Titolo V e VI). Come risulta dal grafico⁵³ seguente a partire dall'applicazione della legge in Italia si registrò un progressivo declino della mortalità e una convergenza dei tassi di mortalità con i valori degli altri stati europei.

51 Ivi, p. 5998.

52 AP CD, XVI Legislatura, 2° sessione, tornata del 19 dicembre 1888, p. 6146.

53 J.C Chesnais, *The Demographic Transition*, cit., p. 61.

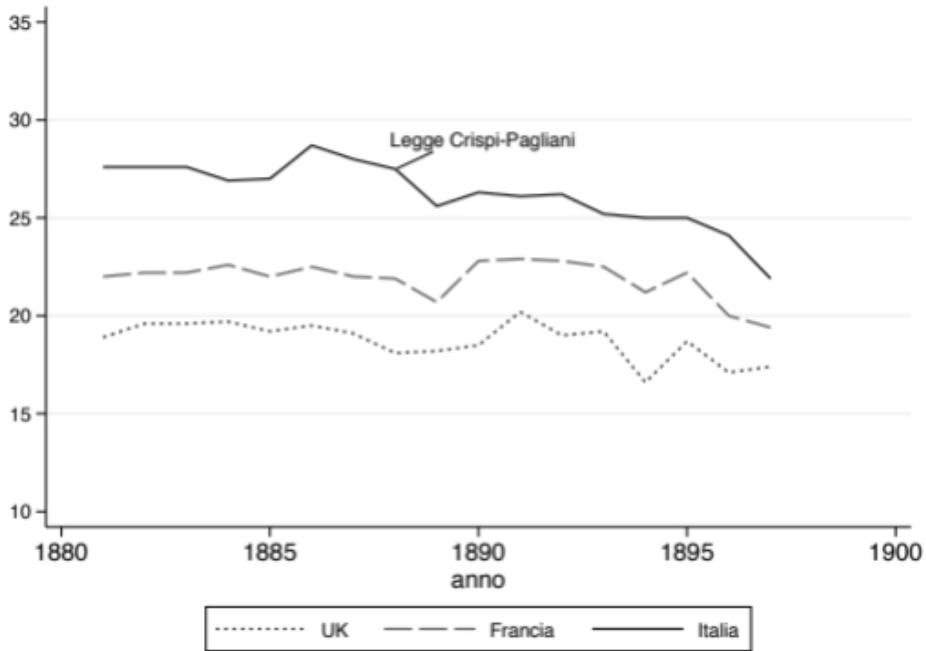


Grafico 2. Tasso di mortalità per 1000 abitanti in Francia, Regno Unito e Italia, 1880-1897

Nell'anno successivo alla riforma si osserva una riduzione del tasso di mortalità pari al 6,9%, mentre cinque anni dopo l'approvazione della legge Crispi-Pagliani, la riduzione risulta dell'8,4%, divenuta del 16,7% a distanza di dieci anni.

Un aspetto cruciale della riforma sanitaria italiana, che consentì la convergenza con i tassi di mortalità di Francia e Regno Unito, riguarda le misure per contrastare la diffusione delle malattie infettive, delineate nel Titolo III della legge. La legge Crispi-Pagliani implementò un insieme di regolamenti che, come dimostrato dalle indagini annuali svolte dalla Direzione Generale di Statistica sulle cause di morte, hanno significativamente ridotto l'incidenza, e quindi il numero di morti, per malattie quali tubercolosi, morbillo, vaiolo e tifo. La diminuzione fu facilitata da un esteso sistema di sorveglianza e controllo sanitario, reso possibile, come sottolinea Cea⁵⁴, dall'introduzione di una nuova tecnologia medica (i laboratori e l'analisi chimica-batteriologica) e dalla riorganizzazione della precedente amministrazione, le cui attribuzioni erano ora affidate a un corpo di tecnici altamente qualificati. Inoltre, come evidenzia l'analisi dell'ISAP sulle riforme crispine⁵⁵, la fitta rete territoriale di sorveglianza e controllo sanitario si poggiava sulla figura dell'ufficiale sanitario e del medico provin-

54 R. Cea, *Il governo della salute nell'Italia liberale*, cit., pp. 93-94.

55 C. Pancino, *L'amministrazione periferica e locale*, in ISAP (a cura di), *Le riforme crispine*, vol. 6, Giuffrè, Milano 1990.

ziale. L'ufficiale sanitario, sottoposto gerarchicamente al medico provinciale, aveva il compito di vigilare e informare quest'ultimo sulle condizioni sanitarie del comune, di assistere il sindaco in tutti i provvedimenti sanitari e di raccogliere dati statistici. Il medico provinciale, dipendente del ministero dell'Interno, raccoglieva e organizzava le informazioni e le notizie sanitarie garantendone la trasmissione alle autorità competenti e vigilava sul rispetto della normativa sanitaria e sull'attività dei lavoratori nel settore sanitario, costituendo l'anello di congiunzione tra il prefetto e il territorio provinciale controllato dagli ufficiali sanitari. Questo ruolo si rivelò essenziale sia per coordinare gli sforzi locali nella prevenzione delle malattie infettive e delle epidemie che per assicurare l'attuazione delle normative sanitarie.

Queste misure portarono a un netto miglioramento delle condizioni sanitarie nel paese, diminuendo l'incidenza delle malattie e, di conseguenza, il tasso di mortalità generale. La legge Crispi-Pagliani, uno dei principali pezzi del mosaico dell'azione riformatrice crispina, rappresentò quindi un importante passo in avanti verso la modernizzazione del sistema sanitario italiano, da nord a sud, ponendosi in linea con le pratiche dei paesi più avanzati d'Europa.

Questa riforma va del resto inserita nel contesto della vasta attività riformatrice promossa da Crispi durante i suoi due mandati da presidente del Consiglio. Al netto delle note accuse di «autoritarismo⁵⁶» rivolte alla sua azione governativa, il radicale programma riformistico crispino trasformò profondamente l'Italia, proseguendo l'opera di costruzione della nazione avviata con l'unificazione. In questo quadro la riduzione della mortalità per malattie infettive, in assenza di cure note, grazie alle sole politiche preventive, fulcro del paradigma igienista, e alla fitta rete di sorveglianza e controllo realizzata grazie a ufficiali sanitari e medici provinciali, rimane un evidente successo del governo di Crispi. Ridurre la mortalità significava infatti migliorare la salute, la qualità e l'aspettativa di vita delle persone, tra gli obiettivi principali di ogni governo. L'approvazione della legge Crispi-Pagliani dimostra inoltre come l'adozione di politiche basate su solide evidenze scientifiche possa guidare efficacemente le riforme sanitarie e migliorare la salute e il benessere dei cittadini. Inoltre, la diretta conseguenza della diminuzione della mortalità è la costituzione di una popolazione più numerosa e più sana e, di conseguenza, un aumento del numero di individui in età lavorativa. Un risultato che ha contribuito allo sviluppo economico che l'Italia visse all'inizio del XIX secolo.

Francesco M. Fiore Melacrini
(francesco.fioremelacrini@unibocconi.it)